

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Mestrado em Psicologia Clínica

**Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro
Hospitalar de São João-Porto**

Helena Cláudia Alves Monteiro

Orientação: Doutora Carla Pires

Supervisão: Professora Doutora Maria Emília Areias

Gandra, Outubro de 2015

CESPU – Instituto Universitário de Ciências da Saúde

Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar de São João-Porto

Unidade de Psiquiatria do Adulto e do Idoso

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Mestrado em Psicologia Clínica

**Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro
Hospitalar de São João-Porto**

**Helena Cláudia Alves Monteiro
(18424)**

Gandra, Outubro de 2015

Agradecimentos

À Doutora Carla Pires pela sua orientação durante o estágio, pela confiança demonstrada, compreensão, apoio e acima de tudo pela transmissão de conhecimentos. Foi uma fonte de inspiração. Obrigada!

À Professora Doutora Maria Emília Areias pela orientação, pelos ensinamentos e por me ter dado uma palavra de apoio nos momentos de maior ansiedade.

A todos os profissionais da Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar de São João, por se terem mostrado muito acolhedores e dispostos a ajudar.

Obrigada às minhas amigas pelos momentos que passamos juntas, pela vossa amizade, mas essencialmente pelo vosso apoio.

À minha grande amiga, Sara Araújo, por todos estes anos de amizade, apoio, segurança e disponibilidade. Obrigada por todo o encorajamento e partilha de conhecimentos e sugestões.

À Lígia e a Ana Paula, muito obrigada por toda a ajuda, por todas as conversas e por toda a motivação.

Agradeço do fundo do meu coração aos meus pais e irmão, que sempre me apoiaram e que sempre fizeram de tudo para eu continuar nesta batalha, porque sem eles eu não teria chegado até aqui. Sei que concluir, positivamente, esta fase da minha vida é a melhor coisa que lhes poderia dar. Obrigada por me terem dado a possibilidade de estudar e de realizar o meu sonho.

Um muito obrigado a todos os que me motivaram e apoiaram durante este percurso de 5 anos!

Índice

Introdução	1
I - Enquadramento Institucional	2
a) Caracterização do Centro Hospitalar de São João (CHSJ).....	2
b) Caracterização da Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar de São João	3
II - O Papel e Função do Psicólogo na Instituição	5
III - Descrição das Atividades Desenvolvidas.....	6
a) Período de Observação	7
b) Avaliação Psicológica.....	8
c) Intervenção nas Consultas Externas	9
d) Outras Atividades	9
<input type="checkbox"/> Reuniões do Internamento	9
<input type="checkbox"/> Reuniões Científicas e Exercícios Clínicos	9
<input type="checkbox"/> Reuniões de Supervisão de Estágio	10
<input type="checkbox"/> Apresentação de um Caso Clínico	10
IV - Casos Clínicos.....	10
1. Caso Clínico “M.”	11
2. Caso Clínico “A”	30
Reflexão Final	45
Referências Bibliográficas.....	47

Índice dos Anexos

ANEXO 1 – Registo de Presenças em Estágio

- Tabela 1 – Registo de Presenças em Estágio

ANEXO 2 – Casos Clínicos Observados

- Tabela 2 – Casos Clínicos Observados

ANEXO 3 – Casos Clínicos de Avaliação Psicológica

- Tabela 3 – Casos Clínicos de Avaliação Psicológica

ANEXO 4 – Descrição dos Instrumentos de Avaliação

- Descrição dos instrumentos de avaliação utilizados na Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar de São João-Porto - Gabinete de Psicologia

ANEXO 5 – Relatórios

- Relatório A.S.M.C
- Relatório M.A.T.M
- Relatório M.T.L.F

ANEXO 6 – Casos Clínicos de Acompanhamento Psicológico

- Tabela 4 – Casos Clínicos de Acompanhamento Psicológico

ANEXO 7 – Reuniões Científicas

- Tabela 5 – Reuniões Científicas

ANEXO 8 – Caso Clínico “M”

- Critérios de Diagnóstico para Perturbação de Ajustamento
- Critérios de Diagnóstico para Episódio Depressivo Major
- Critérios de Diagnóstico para Perturbação Depressivo Persistente (Distímia)
- Critérios de Diagnóstico para Perturbação Depressivo Major
- Critérios de Diagnóstico para Perturbação Depressiva Major, Recorrente
- GAF - Avaliação Global de Funcionamento
- BDI – Questionário de Beck
- BDI – Questionário de Beck

- Tabela 6 – Folha de Registo de Pensamentos Disfuncionais
- Tabela 7 – Plano de Atividades Semanais
- Plano de Atividades Semanais 1
- Plano de Atividades Semanais 2
- Higiene do Sono

ANEXO 9 – Caso Clínico “A”

- Critérios do Especificador do Ataque de Pânico
- Critérios de Perturbação de Pânico Sem Agorafobia
- Critérios de Perturbação de Ansiedade Generalizada
- Critérios de Perturbação de Ansiedade Com Outra Especificação
- GAF - Avaliação Global de Funcionamento
- STAI Form Y-I
- STAI Form Y-2
- Tabela 8 – Folha de Registo de Pensamentos Disfuncionais
- Folha de Registo de Pensamentos 1
- Tabela 9 – Plano de Atividades Semanais
- Plano de Atividades Semanais 1
- Higiene do Sono
- Retreinamento da Respiração - Respiração Abdominal
- Relaxamento Progressivo de Jacobson

ANEXO 10 – *Power Point* com Caso Clínico

- *Power Point* com o Caso Clínico apresentado aos alunos do 3ºano

Siglas

CHSJ – Centro Hospitalar de São João

HSJ – Hospital de São João

FMUP – Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

E.P.E. – Entidade Pública Empresarial

APA – American Psychiatric Association

DSM 5 – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition

GAF – Avaliação Global de Funcionamento

Introdução

O presente relatório inseriu-se no âmbito do estágio curricular do Mestrado em Psicologia Clínica, do Instituto Universitário de Ciências da Saúde na CESPU, e tinha como objetivo fulcral a descrição das atividades de Estágio desenvolvidas no Centro Hospitalar de São João, E.P.E., do Porto, mais especificamente na Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental na consulta externa da Unidade do Adulto e do Idoso.

O estágio curricular decorreu sob a Orientação da Doutora Carla Pires e sob a Supervisão da Professora Doutora Maria Emília Areias, e teve uma duração de 8 meses (iniciou-se a 14 de Outubro de 2014 e terminou a 30 de Junho de 2015). No entanto após completas as 420h a estagiária continuou em estágio, até ao final de Setembro, para o acompanhamento terapêutico de alguns casos clínicos. O horário semanal ficou definido para Terça e Quarta-Feira das 9h às 13h e das 14h às 17h, correspondendo no total a 14 horas de estágio por semana. Este foi constituído por três períodos de consulta, Terça-Feira de manhã e Terça e Quarta-feira de tarde, e um de reuniões à Quarta-feira de manhã.

Inicialmente foram realizadas algumas consultas de observação exercidas pela Dra. Carla Pires e posteriormente foram-me distribuídos casos que me possibilitaram o desenvolvimento de competências ao nível da observação comportamental, da conceptualização, da avaliação psicológica e da intervenção.

Este último momento da formação académica foi a etapa mais esperada, uma vez que era nesta fase onde todos os conhecimentos iam ser postos à prova e onde se podiam aprofundar e consolidar com a prática, ou seja, através do estágio curricular podia-se contactar com a prática e aplicar os conhecimentos previamente adquiridos.

Este relatório iniciou-se com uma breve caracterização da instituição de acolhimento, o Centro Hospitalar de São João, e da Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental, uma descrição do papel do psicólogo num centro hospitalar seguida de uma descrição das atividades desenvolvidas no decorrer do estágio. Posteriormente houve uma análise detalhada de dois casos clínicos (M. e A.) seguidos durante o estágio. Por fim, este trabalho foi concluído com uma breve reflexão crítica.

I - Enquadramento Institucional

a) Caracterização do Centro Hospitalar de São João (CHSJ)

O Centro Hospitalar de São João, E.P.E, encontrava-se situado na Alameda Professor Hernâni Monteiro, na freguesia de Paranhos. Foi criado a 31 de Julho de 1943, tendo sido inaugurado a 24 de Junho de 1959 devido à Segunda Guerra Mundial.

Era o maior Hospital do Norte e o segundo maior do país, ligado à Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP), onde permitia durante o ano todo a formação prática de vários profissionais, sendo assim designado como um hospital universitário.

Desde o dia 31 de Dezembro de 2005, o CHSJ passou a ser uma entidade pública empresarial (E.P.E) constituída por duas unidades hospitalares que se localizavam no Porto e em Valongo.

Este Hospital dava assistência direta à população da cidade do Porto, nas freguesias de Bonfim, Paranhos, Campanhã e Aldoar, e aos concelhos de Valongo e Maia. Era centro de referência para os distritos do Porto (à exceção de Baião, Amarante e Marco de Canaveses), Braga e Viana do Castelo.

Era constituído por um edifício de onze pisos, sendo que dois se localizavam no subsolo, assim como um conjunto de edifícios.

O Hospital de S. João (HSJ) usufruía de uma pluralidade de meios complementares de diagnóstico e terapêutica como suporte à prestação de cuidados, com uma lotação para 1124 camas, com várias especialidades. Os serviços estavam ligados em seis unidades autónomas de gestão: Medicina, Cirurgia, da Mulher e Criança, dos Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica, de Urgência e Cuidados Intensivos e de Saúde Mental.

O edifício principal era composto por vários serviços como a urgência, o internamento, laboratórios e imagiologia, hoteleiros e os serviços administrativos e de gestão.

b) Caracterização da Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar de São João

O serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do HSJ foi fundado em 1963 e era dirigido pelo Dr. António Roma Torres. A equipa deste serviço era multidisciplinar, uma vez que era constituída por diversos profissionais de saúde, nomeadamente, médicos psiquiatras, psicólogos clínicos, enfermeiros, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais.

Situava-se na ala Norte do Hospital e ocupava 3 pisos (-1,1,2).

No piso -1 estavam localizadas uma biblioteca, uma sala de reuniões, a sala da Terapia Ocupacional com um bar, uma sala de jogos com acesso a um jardim exterior, um gabinete de Serviço Social, de Psicologia, de Psiquiatria Forense, de Psicodrama, duas salas de Terapia Familiar e duas salas da Unidade de Psiquiatria do Jovem e da Família. No piso 1 ficavam os serviços administrativos, as consultas externas constituídas por vários gabinetes, o gabinete do Diretor do Serviço e o Hospital de Dia, com um gabinete médico, uma sala de enfermagem, uma sala de Terapia Ocupacional, um refeitório, um ginásio e uma sala de convívio. Por fim, no piso 2 ficava a Unidade de Internamento, onde existiam duas alas (masculina e feminina), gabinetes médicos, enfermarias, uma sala de reuniões e uma sala de convívio.

A Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental do HSJ era dividida em quatro grandes unidades:

A Unidade de Psiquiatria do Adulto e do Idoso, orientada pelo Professor Doutor Manuel Esteves, onde incluía a Unidade de Internamento (24 camas), consulta de psiquiatria geral e várias consultas específicas, como psiquiatria forense, gerontopsiquiatria, *stress* pós-traumático, sexologia e dependências;

A Unidade do Jovem e da Família tinha como responsável a Dra. Isabel Brandão, que integrava a unidade de internamento (6 camas), o gabinete de Terapia Familiar e as consultas de Perturbações do Comportamento Alimentar;

A Unidade de Psiquiatria de Ligação e Psicossomática que era orientada pelo Professor Doutor Rui Coelho e apoiava outros serviços hospitalares que incluía a psico-oncologia, a interconsulta e procurava dar resposta a pedidos de parecer das consultas hospitalares. Esta unidade não tinha internamento;

A Unidade de Psiquiatria Comunitária e Hospital de Dia, que era orientada pela Doutora Rosário Curral, tinha como objetivo a reabilitação comunitária do paciente,

tornando-o funcional em todas as áreas da sua vida. Integrava o Hospital de Dia, o gabinete de psicodrama, a clínica de decanoato, a unidade de intervenção comunitária e a consulta de intervenção em crise. Funcionava diariamente das 9h às 16h, tendo capacidade para 20 utentes (10 do sexo masculino e 10 do sexo feminino), o período de frequência máxima era de 6 meses, tendo total liberdade para saírem. A admissão dos pacientes era feita de duas formas: através do psiquiatra que propunha a frequência através da consulta externa ou pelo psiquiatra que acompanhava o paciente aquando o seu internamento.

Dentro destas quatro grandes unidades, existiam ainda:

A Unidade de Consulta Externa, que era coordenada pela Dra. Manuela Moura, onde decorriam consultas de psiquiatria geral e de outras especialidades tais como, pedopsiquiatria, toxicod dependência, perturbações do comportamento alimentar, perturbação de *stress* pós-traumático, psicogeriatría, tabagismo, psiquiatria oncológica, aconselhamentos conjugal e sexologia;

A Unidade de Internamento estava sob a orientação do Professor Doutor Manuel Esteves. Era um serviço onde o internamento dos pacientes podia ser proposto em Consulta Externa, pelo Hospital de Dia ou Serviço de Urgência podendo ser voluntário ou compulsivo. Era de carácter permanente, funcionamento 24 horas por dia e era dividido por sexos. Era composto por 30 camas, onde 24 camas eram destinadas aos pacientes atendidos na Unidade de Psiquiatria do Adulto e do Idoso e as restantes 6 camas destinavam-se aos pacientes atendidos na Unidade de Psiquiatria do Jovem e da Família. Nesta unidade, devido à maior gravidade do estado de saúde dos pacientes, estes eram supervisionados diariamente, pela equipa desta unidade, nomeadamente, psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais;

O Gabinete de Psicologia era coordenado pela Dra. Antónia Pinto e este serviço era responsável pelo acompanhamento psicoterapêutico dos pacientes e pela avaliação psicológica (no internamento, hospital de dia ou consulta externa). Os pacientes que chegavam a este serviço podiam ser encaminhados pelo serviço de Psiquiatria ou pelos Hospitais e Centros de Saúde da sua área de residência;

O Gabinete de Terapia Ocupacional era coordenado pela Dra. Sara de Sousa e proporcionava aos pacientes várias atividades, nomeadamente, pintura, musicoterapia, sessões de relaxamento, leitura, cerâmica, costura, bar, jogos didáticos, jardinagem, desporto, teatro, *karaoke*, culinária, entre outros, sendo orientadas e supervisionadas pelo terapeuta ocupacional. Este era um serviço muito importante na reabilitação do

paciente, bem como na organização do tempo dos pacientes, quando estes se encontravam no Hospital de Dia ou na Unidade de Internamento.

O Gabinete de Neurofisiologia onde se realizavam exames eletroencefalográficos como auxiliar de diagnóstico;

O Gabinete de Serviço Social que, era coordenado pela Dra. Vanessa Ribeiro, prestava apoio socioeconómico aos pacientes que dele necessitavam;

O Serviço de Urgência que funcionava 24h por dia e destinava-se a quadros psicopatológicos agudos.

II - O Papel e Função do Psicólogo na Instituição

O psicólogo tem um importante papel no meio hospitalar. Para além de prestar ajuda no campo da saúde mental, a sua presença é extremamente importante quando o sofrimento do indivíduo diz respeito a uma vertente física, por exemplo, no confronto com uma doença e/ou perante as suas sequelas. É importante também considerar a pertinência do papel do psicólogo quando inserido numa equipa multidisciplinar, pois fornece conhecimentos e técnicas especializadas capazes de enriquecer e complementar a ação da equipa na elaboração de diagnósticos e planeamento de intervenções (Ribeiro, 1998).

Segundo Romano (1999, cit. In Nunes & Martins, 2003), o que caracteriza o psicólogo hospitalar é estar diretamente voltado para o doente, compreender o sofrimento do paciente e perceber a natureza do seu problema. O psicólogo hospitalar deve realizar o seu trabalho partindo da compreensão e da limitação que muitas vezes o contexto institucional em que se encontra, tendo a necessidade de adaptar as técnicas e teorias à realidade do hospital; Deve possuir os conhecimentos psicológicos necessários à compreensão da dinâmica psíquica do doente; Focalizar a sua intervenção no momento pelo qual o paciente atravessa: a doença, a hospitalização, as suas consequências e os significados que lhe atribui, visando ajudá-lo a lidar melhor com as suas emoções intensificadas por esse período de crise e, não deve descurar um aspeto muito importante para um doente hospitalizado: não deixar de considerar o futuro, a sua recuperação e reintegração social e familiar.

De todas as funções do psicólogo referidas por Leal (2000), realça-se as que estavam de acordo com o contexto em que se inseriu o estágio, e estas prendiam-se com

o estudo psicológico de indivíduos e elaboração do psicodiagnóstico, a intervenção psicológica e psicoterapia individual, a responsabilidade pela escolha, administração e utilização do equipamento técnico específico da psicologia, nomeadamente testes, escalas e provas psicológicas e a participação em reuniões científicas, participação em ações de formação na área de especialidade e afins e a participação em programas de investigação em aspetos relacionados com a área profissional.

Na clínica de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar de S. João, o papel do psicólogo estava destinado à avaliação psicométrica e ao acompanhamento psicoterapêutico individual e em grupo.

A intervenção na Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental do CHSJ incidia mais na Saúde Mental, mas apesar disso, a psicologia também prestava auxílio ao nível da saúde física, como por exemplo, nos grupos de desabituação tabágica, na avaliação psicológica de adultos candidatos à colocação de banda gástrica, *bypass* gástrico e *sleeve* gástrico e em casos de obesidade mórbida. O que tornava este serviço cada vez mais polivalente. É de se salientar o trabalho multidisciplinar, uma vez que a psicologia ajudava ao esclarecimento do diagnóstico de outros profissionais com quem trabalha.

III - Descrição das Atividades Desenvolvidas

Neste capítulo foi descrito as diferentes etapas do estágio curricular: a fase de observação, avaliação e intervenção.

O estágio teve início no dia 14 de Outubro de 2014 e estendeu-se até o dia 30 de Junho de 2015, com a duração de 420 horas, cumprindo 14 horas semanais, à Terça e à Quarta-feira das 9 horas às 17 horas. No entanto, a estagiária continuou o seguimento dos seus casos até o final de Setembro. (Anexo 1)

Às Terças-feiras das 9 horas às 10 horas aconteciam as primeiras consultas de gerontopsiquiatria e das 10 horas às 11 horas ocorriam as subsequentes, que eram avaliações. Das 14 horas às 15 horas havia as primeiras consultas de psicologia e das 11 horas às 13 horas e das 15 horas às 17 horas sucediam as consultas subsequentes, que podiam ser avaliações ou intervenções.

Às Quartas-feiras de manhã ocorriam as reuniões do internamento, das 9 horas às 11 horas e por volta das 12 horas havia as reuniões científicas para todos os profissionais do serviço.

Os três meses iniciais foram pautados pela observação de consultas de Psicologia apenas no âmbito de consulta externa. Posteriormente, em Janeiro iniciou-se a realização de avaliações psicológicas e no fim de Fevereiro consultas externas de psicologia.

Por último, no decorrer do estágio, ocorreram semanalmente às Segundas-Feiras à tarde, reuniões de supervisão de estágio com a Professora Doutora Maria Emília Areias.

a) Período de Observação

A observação representa uma importante forma de obtenção de informações, juntamente com outros instrumentos de avaliação clínica (Ferreira & Mousquer, 2004).

Na fase inicial, como já mencionado, a estagiária teve a oportunidade de observar consultas realizadas pela sua orientadora, na consulta externa de Psicologia, que decorreram às Terças-feiras (9 horas - 13 horas e das 14 horas - 17 horas) e às Quartas-feiras (14 horas – 17 horas). Esta fase permitiu constatar a complementaridade entre a teoria e a prática.

Todas as semanas chegavam ao Gabinete de Psicologia novos pacientes, a quem eram destinadas as primeiras consultas (às 9 horas e às 14 horas). Os pacientes que chegavam à consulta eram encaminhados pelo seu médico psiquiatra assistente para avaliação por parte de Psicologia ou, então, para acompanhamento psicológico.

A maioria das consultas observadas incidiu em entrevistas clínicas, avaliações psicológicas e consultas de acompanhamento. (Anexo 2)

No que diz respeito às avaliações psicológicas observadas remetiam-se fundamentalmente a avaliações neuropsicológica, intelectuais, da personalidade e da depressão.

As problemáticas mais frequentes nas consultas observadas foram demências, perturbações de ansiedade, depressões, perturbações da personalidade, debilidades intelectuais e perturbações de ajustamento.

Desta forma, a observação de consultas foi fundamental e indispensável para que existisse uma maior autonomização da estagiária.

b) Avaliação Psicológica

A avaliação psicológica é uma ferramenta indispensável ao psicólogo, contudo é um processo complexo que exige conhecimento aprofundado de métodos e recursos (Ribeiro, 2005).

Em Janeiro a estagiária teve a oportunidade de iniciar a realização de avaliações psicológicas na consulta externa, tanto nas consultas de gerontopsiquiatria como nas consultas de psicologia (Anexo 3) e os seus respetivos relatórios (Anexo 5). Com isto, foi possível contactar de perto com vários instrumentos de avaliação, bem como, com a sua administração, cotação, análise e interpretação dos resultados obtidos. A estagiária teve a oportunidade de colocar tudo aquilo que aprendeu, quer com a fase de observação e os ensinamentos da sua orientadora quer com a sua formação académica, em prática.

A avaliação na consulta de Gerontopsiquiatria tinha um protocolo a seguir pelo gabinete de psicologia em que eram usados os seguintes instrumentos: *Mini Mental State Examination* (MMSE), Teste do Desenho do Relógio (TDR), *Geriatric Depression Scale* (GDS) e *Elderly Assessment System (EASYcare)*. Após a aplicação dos testes mencionados, os idosos tinham uma segunda avaliação após 6 meses da primeira e uma terceira avaliação após 6 meses da segunda, uma vez que o diagnóstico de demência era feito com base na evolução do quadro clínico.

Na consulta de psicologia houve a oportunidade de fazer avaliações neuropsicológicas, intelectuais, de depressão e da personalidade. A estagiária aplicou vários tipos de testes, logo teve a oportunidade de contactar com uma vasta gama de instrumentos de avaliação psicológica como: o *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (MMPI-2), o Inventário de Depressão de Beck (BDI), O *Symptom Checklist-90* (SCL-90), a Bateria de Lisboa para Avaliação das Demências (BLAD), o Teste do Desenho do Relógio (TDR), o *Mini-Mental State Examination* (MMSE), o *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA), a *Frontal Assessment Battery* (FAB), o *Brief Symptom Inventory* (BSI), o *Trail Making Test* (TMT), a *Wechsler Adult Intelligence Scale* (WAIS-III) e a Escala de Avaliação da Demência (DRS-2).

Quanto aos últimos quatro testes referidos, só teve oportunidade de observar como se aplicava e como se corrigia. Todos os outros para além de observar como se aplicava e como se corrigia, também aplicou e corrigiu sozinha. (Anexo 4)

c) Intervenção nas Consultas Externas

Uma definição de psicoterapia, que parece consensual, é a de considerá-la uma terapia por meios psicológicos, tratando-se de um tratamento, uma forma de curar ou melhorar. A psicoterapia como recurso terapêutico, tem sido muito utilizada por profissionais da área da saúde, para lidar com diferentes formas de dor, sofrimento, desadaptação, dificuldades e problemáticas humanas, em contextos muito variados. A psicoterapia pode surgir associada a vários quadros teóricos: psicanalítico, cognitivo, comportamental, sistêmico, existencial; sendo que assim os seus objetivos e objetos são múltiplos; pode ainda assumir diferentes formas: individual, de grupo, familiar; podendo a sua duração variar, breve, de tempo limitado ou de longa duração (Leal, 2005).

A partir do fim do mês de Fevereiro, a estagiária iniciou as consultas de Psicologia, que ocorriam na consulta externa.

Ao longo do estágio curricular foram seguidos vários casos, que se encontram sumariamente descritos numa tabela em anexo (Anexo 6), sendo que dois casos encontram-se descritos detalhadamente mais à frente.

d) Outras Atividades

- **Reuniões do Internamento**

As reuniões de internamento decorreram todas as Quartas-Feiras de manhã, tendo normalmente uma duração de duas horas (das 9 horas às 11 horas). O objetivo destas reuniões era fazer o balanço dos pacientes internados, verificar o seu estado e apresentação das propostas de alta. Estas reuniões decorreriam com a presença de uma equipa multidisciplinar (psicólogos, psiquiatras, enfermeiros e terapeutas ocupacionais).

Apesar, da estagiária ter frequentado estas reuniões, nunca foi ao internamento e nem fez avaliações no local.

- **Reuniões Científicas**

De seguida, entre as 12 horas e as 13 horas, decorriam as reuniões científicas para todos os profissionais do serviço, onde eram apresentados vários temas com o objetivo

de atualizar os conhecimentos. As reuniões podiam ser apresentadas por um convidado interno ou externo ao serviço. Após a apresentação passava-se ao esclarecimento de dúvidas e a uma discussão. (Anexo 7)

- **Reuniões de Supervisão de Estágio**

As reuniões de supervisão de estágio tiveram início no dia 22 de Outubro de 2014 e terminaram no dia 27 de Julho de 2015. Decorreram nas instalações do Instituto Universitário de Ciências da Saúde, semanalmente, às Segundas-Feiras de tarde às 14:30, com a presença da Professora Doutora Maria Emília Areias e de mais três colegas estagiárias do Mestrado de Psicologia Clínica.

Estas reuniões tinham como objetivo a partilha das experiências das estagiárias, o esclarecimento de dúvidas relativas ao processo de estágio e uma orientação atenta das atividades desenvolvidas pelas estagiárias.

Desta forma, existiu a partilha de experiências e a orientação e supervisão das atividades desenvolvidas durante este percurso.

Paralelamente houve a oportunidade de ouvir as experiências vivenciadas pela supervisora, que acima de tudo permitiram eliminar angústias e aumentar a confiança.

- **Apresentação de um Caso Clínico**

Foi proposto pela Professora Doutora Maria Emília Areias que às quatro estagiárias do Mestrado de Psicologia Clínica fossem apresentar um caso clínico, dos respetivos estágios, aos alunos do 3º ano da Licenciatura de Psicologia.

As apresentações ocorreram em Dezembro e para além das apresentações dos casos houve oportunidade de tirar dúvidas em relação aos estágios. (Anexo 10)

IV - Casos Clínicos

Neste capítulo foram apresentados dois casos práticos, seguidos de forma autónoma no local de estágio. Foram apresentados todos os dados relevantes dos pacientes, a conceptualização teórica dos casos, as formulações clínicas e os respetivos planos de intervenção.

Os planos de intervenção foram realizados com base no Modelo Cognitivo-Comportamental, uma vez que foi verificada a sua eficiência nas problemáticas apresentadas.

De forma a salvaguardar a confidencialidade dos pacientes, os nomes foram substituídos por letras.

1. Caso Clínico “M.”

1.1. Dados de Identificação

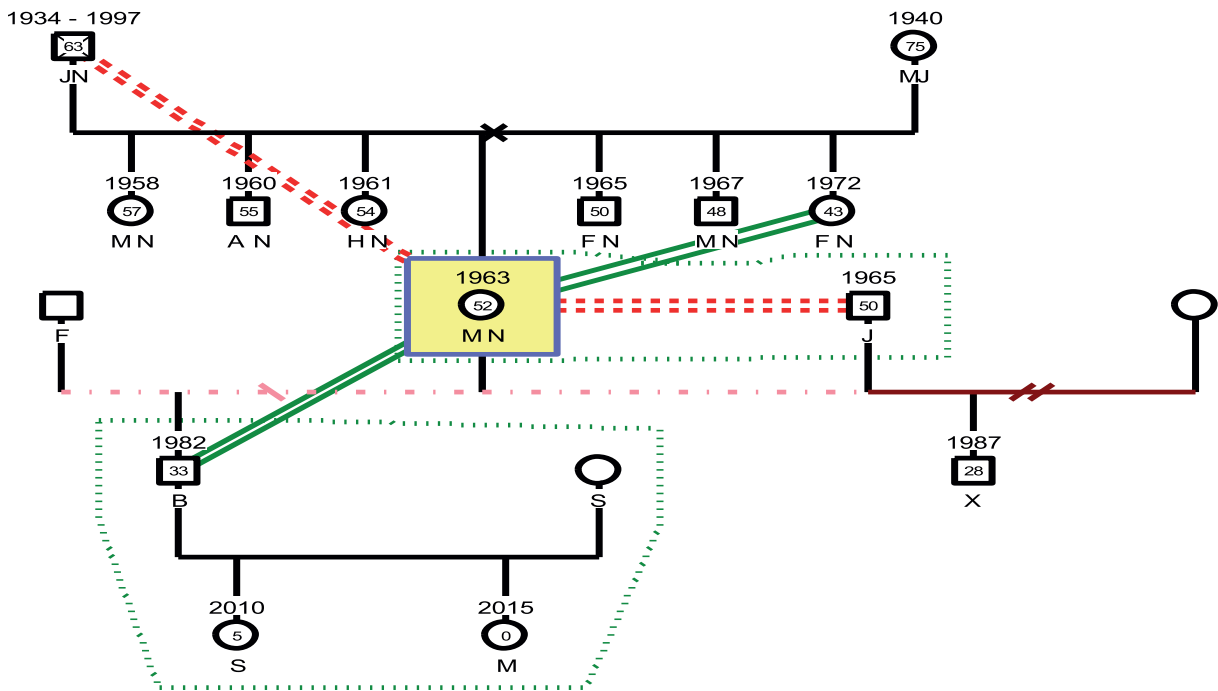
M. era do género feminino, portuguesa, de raça caucasiana e tinha 51 anos de idade. Estudou até o 6º ano de escolaridade e era auxiliar na unidade de Medicina (copa) num centro hospitalar. Vivia em união de facto há 20 anos e tinha um filho de 33 anos de uma relação anterior. Filho, esse que era polícia na GNR, vivia em união de facto e tinha duas filhas, uma de 5 e outra de meses.

Residia na Maia com o companheiro de 50 anos que trabalhava como auxiliar no serviço de urgências (bloco) no mesmo centro hospitalar. O companheiro, também, tinha um filho de 27 anos de um relacionamento anterior.

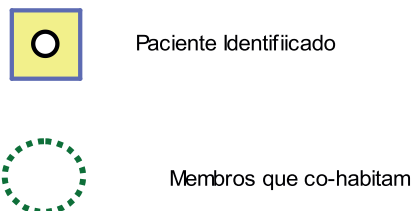
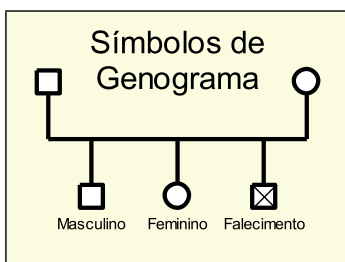
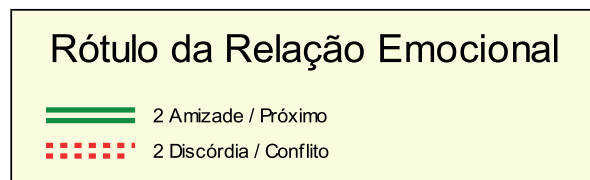
A mãe tinha 75 anos, estudou até a 4ª classe, estava reformada, era empregada de limpeza e residia na própria casa com a filha mais nova. O relacionamento com a progenitora era definido como bom. O pai morreu há 18 anos com cancro do pulmão e tinha 63 anos. Era taxista e mantinha com a família um relacionamento conflituoso.

Era a 4ª numa fratria de 7 irmãos (4 raparigas e 3 rapazes). Referiu que o relacionamento entre os irmãos na sua globalidade era bastante bom.

1.2. Genograma Família



Legenda:



1.3. Pedido

M. iniciou as consultas de Psicologia a pedido do seu médico psiquiatra assistente, por considerar que precisava de ajuda para se adaptar à sua situação vivencial.

1.4. Motivo da Consulta/ Queixas principais

As queixas principais de M. prendiam-se sobretudo com sintomas depressivos, como queixas de tristeza frequente, choro fácil e constante, insónia inicial e intermédia (sono irregular), baixa auto-estima, isolamento social, falta de motivação e energia para a realização das suas tarefas diárias, ideação suicida, sentimento de desesperança e sentimentos de culpa. Estas queixas surgiram na sequência de uma intervenção neurocirúrgica a um tumor cerebral benigno das meninges, à qual a paciente associa várias alterações que entretanto terão surgido, como, aumento de peso, tonturas/desequilíbrio, perda de cheiro e sabor, diminuição de visão e audição à direita, queda de cabelo e começou a gaguejar. Por último, a paciente relatava que sentia dificuldades em aceitar a sua imagem corporal.

Para além da dificuldade de adaptação à sua situação de saúde, a paciente queixou-se de problemas económicos, das discussões com o seu companheiro devido a falta de relacionamento sexual, os ciúmes e porque ele gastava dinheiro em coisas que não devia (álcool), e pelo facto de ela não querer voltar a trabalhar no hospital, após conflitos com a chefe.

1.5. Apreciação Geral de M.

Ao exame do estado mental apresentou-se vígil, orientada no tempo e no espaço e sem atividade delirante ou alucinatória. Orientada alo e autopsiquicamente, com discurso lógico, coerente e boa construção frásica. Humor depressivo com ideação suicida e juízo crítico mantido tendo em conta as suas limitações atuais em lidar com os seus problemas.

Com aspeto cuidado e adequado e com idade aparente igual à idade cronológica. Sem história familiar de doenças psiquiátricas.

Manteve uma postura sempre ativa, adequada ao contexto e congruente com o seu humor, mantendo contato ocular.

A fase inicial foi pautada por um choro fácil, uma atitude defensiva e com uma postura corporal retraída.

1.6. História Médica e Psicofarmacologia

M., para além do tumor, referiu que não tinha doenças significativas. Estava a ser acompanhada em Psiquiatria fazendo medicação anti-depressiva, ansiolítica e sedativa.

1.7. História do Problema Atual

Com antecedentes psiquiátricos, os novos problemas da paciente começaram em 2013 com o surgimento de muitas dores de cabeça. *“Começavam de repente e tinha que baixar a cabeça e começava a gritar e passados 2/3 minutos passava. Era assim muitas vezes ao dia”* (sic).

Nesta altura também teve um conflito com as chefias. *“Houve um doente que foi embora, mas eu fiz na mesma a refeição dele, porque entram doentes novos todos os dias e uma colega minha foi fazer queixa à chefe. Discutimos e a partir daí só falava com ela quando era mesmo preciso. Fiquei muito triste e sentida com ela. Só vinha trabalhar, porque era obrigada.”* (sic). Referiu que nesta altura perdeu a vontade de ir trabalhar e que andava muito triste. *“Senti que ninguém me dava valor. Que cá no hospital ninguém dá valor a quem faz muito por ele”* (sic). Após a discussão com a chefe começou a aumentar os consumos de álcool e chegou a ir a uma consulta de alcoologia.

Em Janeiro de 2014 iniciou uma baixa médica motivada pelas dores de cabeça intensas e essa condição manteve-se até o momento das consultas.

“As dores pioraram e em Maio a minha Médica de Família mandou-me fazer uns exames e de seguida enviou-me para o Neurologista. Foi aí que me descobriram que eu tinha um tumor cerebral benigno” (sic).

No dia 27 de Maio foi operada ao tumor da qual recuperou. *“A partir do dia que descobri o tumor nunca mais toquei em álcool”* (sic).

Após a cirurgia a paciente começou a sentir várias alterações corporais, como aumento de peso, tonturas/desequilíbrio, perda de cheiro e sabor, diminuição de visão e audição à direita, queda de cabelo e começou a gaguejar.

M. não aceitou muito bem essas alterações e teve dificuldades em lidar com elas e começou a apresentar sintomas depressivos, como queixas de tristeza frequente, choro constante e fácil, insónia inicial e intermédia (sono irregular), baixa auto-estima, isolamento social, falta de motivação e energia para a realização das suas tarefas diárias, ideação suicida, sentimento de desesperança e sentimentos de culpa. *“Não ando cá a fazer nada (...) estou a pagar pelo mal que fiz. Sou um fracasso como pessoa”* (sic).

Nessa altura iniciava uma tentativa de suicídio através de ingestão medicamentosa, que não consumou por ter sido encontrada pelo seu companheiro que a impediu.

“Sinto-me assim desde que discuti com a minha chefe, mas depois da operação as coisas pioraram (...) Sinto que isto é um conjunto de coisas e que estou a pagar por todo o mal que fiz (...) de ter bebido, de ter feito mal à minha vizinha e de às vezes não dar valor e não ser compreensiva com o J.” (sic).

Aguardava junta médica *“Espero conseguir ir para a reforma, porque não volto a trabalhar aqui (...) aqui ninguém me dá valor. Para além disso sou doente e não posso cuidar de outras pessoas doentes”* (sic).

Nesta mesma altura, a irmã que considerava a sua melhor amiga ia viver para a Alemanha *“Isto também me deixa mais em baixo, porque ela é a única que se preocupa comigo e agora não vou ter ninguém para me ajudar.”* (sic).

Para além da dificuldade de adaptação à sua situação de saúde, a paciente queixou-se de problemas económicos, das discussões com o seu companheiro devido a falta de relacionamento sexual, os ciúmes e porque ele gastava dinheiro em bebidas alcoólicas, e pelo facto de ela não querer voltar a trabalhar no hospital. *“Isto tudo faz-me sentir que não ando cá a fazer nada”* (sic).

1.8. História Pessoal e Familiar

M. nasceu em 1963 no seio de uma família de nível sócio-económico baixo. Sendo o núcleo familiar constituído pelo pai, pela mãe e por uma fratria de 7 irmãos, sendo a paciente a 4^a dessa fratria.

Não foi planeada e nem desejada, nasceu de parto eutócico, em casa, e não existiram complicações relevantes.

Referiu que teve um desenvolvimento normal e sem problemas de saúde relevantes.

M. teve uma infância marcada pela relação conflituosa dos pais. Referiu que via o pai a agredir a mãe constantemente. *“Bebia muito e depois chamava nomes e batia na minha mãe, porque era muito ciumento. Quando ele chegava do trabalho e estava bêbado a minha mãe avisava-nos e nós escondíamos atrás do sofá”* (sic). Para além de agredir a mulher também batia nos filhos. As agressões acabaram por terminar quando os filhos começaram a crescer e começaram a enfrentar o pai.

Entrou para a escola com 6 anos de idade e completou a 4ª classe com 10 anos. Referiu que tinha boas notas e que gostava da escola. Tinha bom relacionamento com os professores e com os colegas.

Com 10 anos entrou para o 5º ano e com 12 anos completou o 6º ano. *“Não fiz mais porque tinha preguiça”* (sic).

Dos 12 aos 13 anos esteve em casa a ajudar a mãe nas tarefas de casa.

Aos 13 anos foi viver para um centro educacional aonde esteve até aos 16 anos. *“Não obedecia aos meus pais e só queria ir para os bailes”* (sic). A partir desse momento sentiu que não podia contar com ninguém.

Aos 13 anos começou a fumar, porque as amigas também o faziam.

Aos 14 anos começou a trabalhar como costureira, tendo estado 1 ano nesse emprego. Nesta altura foi quando conheceu o pai do filho no baile da aldeia e aos 15 anos começou a namorar com ele.

Aos 15 anos começou a trabalhar como empregada de limpeza durante 9 anos.

Com 18 anos engravidou. *“Engravidar de propósito, porque queria um filho dele, mas ele não aceitou a gravidez e eu fiquei muito sentida com isso, pois pensei que ele ia ficar contente. Então decidi acabar o namoro”* (sic).

Ao fim de um mês o seu namorado foi ter com a paciente, mostrou-se arrependido e voltaram a namorar.

Entretanto continuou a esconder a gravidez dos pais até que a mãe começou a aperceber-se e pediu a um tio, que tinha uma boa relação com o pai, para contar-lhe da gravidez. *“O meu pai reagiu muito mal a minha gravidez, quando soube atirou-me com um quadro, mas eu consegui baixar-me a tempo. Deixou de falar para mim, mas eu sei que ele se preocupava comigo, pois ouvia ele a perguntar por mim a minha mãe, e a minha mãe também me contava, e dizia-lhe para ela ter atenção para não me faltar nada. Só voltamos a falar quando o meu filho nasceu”* (sic).

A gravidez correu bem e sem problemas. O filho nasceu com 39 semanas e o parto foi eutócico e não existiram complicações relevantes. Referiu que teve um desenvolvimento normal e sem problemas de saúde relevantes

Depois do nascimento do filho, residindo na casa dos pais, namorou ainda com o pai do filho 8 anos até altura em que teve conhecimento de que ele ia casar com outra mulher. Nessa altura tentou suicidar-se ingerindo medicamentos sendo conduzida ao Serviço de Urgência para desintoxicação e começou a ser seguida em Psiquiatria, embora tivesse interrompido as consultas por iniciativa própria pouco tempo depois.

“Passado pouco tempo do pai do meu filho ter-se casado ele veio ter comigo ao café aonde trabalhava e pediu-me desculpa e para o aceitar de volta. Estive com ele mais 1 mês e terminei, porque achei que não era correto andar com um homem casado” (sic). O filho tinha 8 anos nessa altura.

Nesta altura começou a ter consumos de álcool ao fim-de-semana. “Eu só bebia vinho verde branco. Não sei dizer a quantidade” (sic).

Aos 24 anos começou a trabalhar num café, onde permaneceu durante dois anos, e aos 26 anos começou a trabalhar num centro hospitalar, aonde trabalhava há 25 anos.

Passados 2 anos conheceu o atual companheiro que trabalhava como auxiliar no Bloco do serviço de urgência do mesmo centro hospitalar. *“Juntamo-nos passado 3 anos. O meu filho tinha 13 anos e o filho dele tinha 8 anos. Ele era divorciado, porque descobriu que a mulher o traía. E por isso, o início do nosso relacionamento foi bastante complicado, pois ele era muito desconfiado e andava sempre a espreitar-me no trabalho. Não podia ver-me a falar com um homem que fazia uma cena de ciúmes. Às vezes lembrava-me do meu pai, mas só que a diferença é que o meu companheiro nunca me bateu”* (sic). Referiu na atualidade ainda é um pouco ciumento.

“Nunca tive um grande amor pelo J. como tive pelo pai do meu filho (...) e juntei-me com ele para fugir do meu pai. Ele para mim é um grande amigo que me ajudou muito” (sic). Referiu que sempre evitou ter qualquer tipo de atividade sexual com o companheiro, mas que após a cirurgia as coisas pioraram.

Segundo a paciente, no início o filho do seu companheiro não aceitou muito bem a relação, porque chocava muito com ela e o seu filho chocava muito com o seu companheiro. *“Atualmente, o filho dele tem 28 anos e vive na Holanda, mas desde muito novo que anda metido na droga e até esteve preso no Brasil. Só manda mensagens para o pai quando precisa de dinheiro. É raro dar notícias. Não temos um relacionamento muito próximo. O meu filho agora dá-se muito bem com o meu J. e até*

lhe chama pai. Apesar de ter bom relacionamento com o pai dele e com os irmãos da parte do pai” (sic).

Disse que o seu companheiro também tinha consumos excessivos de álcool. *“Bebe um bocadinho, principalmente quando está em casa de folga ou de férias. Eu comecei a beber mais com o meu atual companheiro, bebia vinho verde branco, como sempre, mas cerca de 1 garrafa de 2 litros mais uns copos, não sei muito bem quantos. O meu J. bebe cerveja, vinho, whisky e favaios” (sic).*

“O meu companheiro e os meus irmãos dizem que quando bebia fazia muitas cenas. Que começava a ligar-lhes e não dizia nada com sentido. Nesta altura tive conflitos com a minha vizinha. Molhava-lhe a roupa e fazia barulho de propósito, até que um dia ela chamou-me bêbada e eu parti-lhe a porta” (sic).

Quando tinha 32 anos morreu o seu pai de cancro do pulmão. *“Nunca tivemos muito bom relacionamento, mas espero que Deus o tenha em bom lugar e que o perdoe, porque eu já o perdoei” (sic).*

Em 2007 fez uma nova tentativa de suicídio através de uma ingestão medicamentosa, após uma discussão com o seu companheiro. *“Ele é muito ciumento e gasta muito dinheiro em coisas que não deve (álcool)” (sic).* Foi parar ao Serviço de Urgência para desintoxicação e começou a ser seguida em Psiquiatria. *“Fui duas ou três vezes e depois comecei a sentir-me melhor e desisti” (sic).*

“Em 2012 a minha Médica de Família aconselhou-me ir a um psicólogo por causa destes problemas que o álcool me causava e por causa das discussões com o meu companheiro, mas fiquei um bocado chateada quando vim ao médico e soube que era um psiquiatra. Por isso, só vim umas duas/três vezes e desisti” (sic).

Em 2013 começaram os seus problemas com as chefias e em 2014 descobriu que tinha um tumor cerebral benigno e para sua remoção teve que ser submetida a uma intervenção cirúrgica.

Referiu que após a intervenção cirúrgica nunca mais bebeu bebidas alcoólicas.

Conta que ao contrário do pai sempre teve bom relacionamento com a mãe, os irmãos, o filho, a nora e as netas.

Ao longo da sua adolescência e idade adulta teve dois relacionamentos, o pai do seu filho e o seu atual companheiro.

Apesar de ter amigas no trabalho, após ficar de baixa nunca mais as foi ver. Na altura tinha uma amiga significativa, que era uma das suas irmãs, mas que ia começar a ter menos contacto uma vez que ia viver para a Alemanha.

1.9. Avaliação Psicológica

A avaliação psicológica incluiu para além da observação e recolha de dados a administração do Inventário de Depressão de Beck (BDI) que foi repetida no final das consultas para avaliação da progressão.

O Inventário de Depressão de Beck é um questionário de auto-avaliação, fácil de administrar, que permite avaliar as mudanças nos sintomas (Beck, 1961).

Na segunda sessão, M., obteve uma pontuação de 53 no BDI, sendo que valores [20-24] são compatíveis com depressão grave.

Na sétima sessão, M., obteve uma pontuação de 23 no BDI, sendo que valores [18-24] são compatíveis com depressão média. (Anexo 8)

1.10. Formulação Clínica

a) Lista de Problemas

- Sintomatologia depressiva (tristeza, choro, baixa auto-estima, insónia inicial e intermédia, anedonia, isolamento social, sentimentos de culpa, sentimento de desesperança e ideação suicida);
- Instabilidade no meio familiar (conflito com o companheiro, por causa de ciúmes e dinheiro);
- Problemas Económicos;
- Problemas Ocupacionais (conflito com as chefias).

b) Hipóteses Diagnósticas Avaliadas

De acordo com os dados recolhidos, de forma a traçar um possível diagnóstico para a problemática de M. recorreu-se ao manual de diagnóstico DSM 5.

Tendo em conta as queixas apresentadas pela paciente, foi importante analisar a Perturbação de Adaptação com sintomatologia depressiva. Contudo foi excluída essa opção uma vez que não preenche o critério C. (APA, 2013)

Como a paciente não preenchia os critérios para uma Perturbação de Ajustamento foi pertinente verificar se preenchia os critérios para um Episódio Depressivo Major e foi concluído que sim. (APA, 2013)

Como M. preenche os critérios para Episódio Depressivo Major, a Perturbação Depressiva Persistente (Distímia) foi o primeiro diagnóstico a ser avaliado, no entanto foi excluída esta hipótese, pois a paciente não preenche os critérios A, C e D da perturbação apresentada no DSM 5. (APA, 2013)

Como tal, achou-se que o diagnóstico mais adequado seria uma Perturbação Depressiva Major, Recorrente. (Anexo 8)

c) Diagnóstico Multiaxial (DSM 5)

Eixo I	296.3 Perturbação Depressiva Major, Recorrente [F33.0]
Eixo II	Sem diagnóstico
Eixo III	Tumor Cerebral Benigno (Neoplasia benigna das meninges cerebrais)
Eixo IV	Problemas Ocupacionais (conflito com as chefias); Instabilidade no meio familiar (conflito com o companheiro, por causa de ciúmes e dinheiro)
Eixo V	GAF (Avaliação Global de Funcionamento) = 58 (Anexo 8)

d) Conceptualização Teórica do Caso

Segundo Baptista, Baptista & Dias (2001) a depressão pode ser influenciada, na sua etiologia e manutenção, por fatores biológicos/genéticos, psicológicos, familiares e sociais.

Da história de vida de M. podia-se salientar o facto de ter nascido no seio de uma família com uma estrutura bastante complexa e a conflituosa relação paternal. Enquanto na adolescência, a paciente foi colocada pelos pais num centro educacional e isto fez com que a utente criasse um esquema de privação emocional em que perspetiva que o outro nunca será capaz de lhe dar o suporte emocional de que necessita. “*Senti que não podia contar com ninguém*” (sic). O que fez antever que a infância e a adolescência foram marcadas por relações de insegurança, quando, é nesta altura que se carece mais de relações estruturadas e seguras. As experiências precoces com a figura de vinculação são bastantes importantes para o futuro afetivo da criança e funcionam como base segura para as relações futuras. As experiências iniciais fornecem a base para formar

conceitos e representações acerca de si mesmo, do mundo e do futuro (Beck et al., 1997).

M. salienta como um acontecimento de vida marcante quando o pai do seu filho casou com outra mulher às escondidas. Após esta situação, a paciente ativou o esquema de privação emocional e esquemas mal adaptativos, o que desencadeou sintomatologia depressiva e uma tentativa de suicídio. *“Ele deixou-me e casou-se com outra”*. (sic) A depressão resulta frequentemente em suicídio e determina estilos de vida pouco saudáveis (Gusmão, 2005; Wilkison, Moore & Moore, 2005).

Estes problemas foram mantidos através de mecanismos de reforço negativo. Em primeiro lugar, o facto de se ter juntado com um homem de quem não gostava da qual tem muito ciúmes e que gasta muito dinheiro *“Nunca tive um grande amor pelo J. como tive pelo pai do meu filho (...) Ele é muito ciumento e gasta muito dinheiro em coisas que não deve (álcool)”*, o que fez com que a paciente evitasse atividades de lazer, isolando-se. Este isolamento, também foi agravado devido à falta de relações interpessoais o que agravou a sintomatologia depressiva. Considera-se que a depressão é um quadro clínico muitas vezes associado a uma deterioração grave dos funcionamentos físico e social (Gameiro, Carona, Pereira, Canavarro, Simões, Rijo, Quartilho, Paredes & Vaz-Serra, 2008).

Em segundo lugar, o facto de querer ir para a reforma, por não querer voltar a trabalhar no hospital devido a uma discussão e a uma humilhação aonde não conseguiu ser assertiva e que agora tenta evitar. Este acontecimento fez aumentar os seus pensamentos desadaptativos *“Aqui ninguém dá valor ao nosso trabalho”*. De acordo com Lima (1999) e Gusmão (2005) os fatores de risco de depressão são história pessoal ou familiar positiva para depressão, a depressão é cerca de duas vezes mais frequente nas mulheres do que nos homens, o risco é também superior em pessoas divorciadas, viúvas ou separadas, o risco esta igualmente aumentado na presença de acontecimentos de vida negativos ocorridos no ano anterior, nomeadamente quando envolve sentimentos de perda ou de humilhação.

E por último, a neurocirurgia que lhe trouxe algumas alterações físicas, aumentando os esquemas mal adaptativos, como, *“Não ando cá a fazer nada (...) “estou a pagar pelos males que fiz”, “Sou um fracasso (...)”*, a baixa auto-estima e a sintomatologia depressiva. Estes esquemas podem ser também concebidos como fatores de predisposição para a depressão (Beck et al., 1997).

Como refere Pires (2004) a depressão é uma perturbação de humor ao nível das emoções, da motivação, do modo de pensar, no comportamento, nas mudanças fisiológicas e nas relações sociais.

1.11. Plano de Intervenção

A Terapia Cognitivo-Comportamental tem-se revelado eficaz no tratamento da Depressão, sendo uma psicoterapia breve, estruturada e orientada para o presente (Gouveia, 2007).

A intervenção foi baseada nos Modelos de Intervenção para a Depressão (Gouveia, 2007; Barlow, 2009; Reyes, 2003; Knapp et. al.,2004; Wells, 2009; Beck, Rush, Shaw & Emery, 1997; Leahy & Holland, 2000), sendo que as propostas dadas pelos autores foram adaptadas para responder às necessidades específicas do caso de M. A intervenção psicoterapêutica recaiu essencialmente sobre psicoeducação, reestruturação cognitiva, estratégias para a promoção da auto-estima e treino de assertividade e resolução de problemas.

a) Objetivos da Intervenção

Os objetivos deste processo focalizaram-se essencialmente na alteração dos pensamentos desadaptativos e das crenças irracionais por outros mais adaptativos, no desenvolvimento das suas capacidades no que diz respeito à assertividade, com o companheiro, na autoconfiança e valorização de si própria.

b) Duração

As sessões acabaram por ocorrer de três em três semanas com a duração de 60 minutos. A terapia foi constituída por 7 sessões, uma vez que a paciente faltava bastante, de forma a responder aos objetivos da terapia que, como já foi referido, focalizaram-se essencialmente na substituição de crenças irracionais e pensamentos disfuncionais, por outros mais adaptativos.

O processo de intervenção de M. iniciou-se no final de Fevereiro de 2015 e continuou até Setembro, sendo que a partir desta data a paciente começou a ser seguida pela orientadora de estágio da estagiária.

c) Descrição da Intervenção

1ª Sessão: M. chegou a consulta sozinha, com um aspeto cuidado e adequado e toda vestida de preto. Manteve uma postura sempre ativa, adequada ao contexto e congruente com o seu humor mantendo contato ocular.

A primeira consulta com a paciente incidiu na entrevista clínica onde foram recolhidas informações acerca do problema, história do problema, história do desenvolvimento psicossocial e avaliação comportamental e interpessoal. A Entrevista Clínica consiste num método de recolher informação, com uma determinada finalidade, através de um meio de comunicação verbal, que pode ter como referência diferentes modelos: sistémicos, comportamentais-cognitivos, psicanalíticos, existencial, desenvolvimental (Leal, 2000; Ribeiro, 1999; Pedinielli & Rouan, 2005; Sierra et al., 2001), a partir da qual se torna possível relacionar eventos e experiências, fazer inferências, estabelecer conclusões e tomar decisões (Tavares, 2003).

Foi também definido com a M. o que se pretendia trabalhar e quais eram as suas expectativas quanto à terapia procurando-se ao longo da consulta que fosse criada uma relação empática com a paciente para que existisse uma maior partilha da informação desta.

O objetivo da primeira sessão foi ouvir a paciente e produzir algum alívio dos sintomas. Para que a redução do sofrimento proporcionasse um aumento da colaboração e da confiança no processo terapêutico.

2ª Sessão: Como forma de avaliação da sintomatologia depressiva foi aplicado o Inventário de Depressão de Beck (BDI), cujo resultado foi de 53 pontos, que indica um nível severo da sintomatologia depressiva.

Ainda, nesta sessão foi dada a psicoeducação à paciente, para que esta percebesse o que é a depressão, os seus sintomas e as causas mais comuns. A psicoeducação tem como objetivo a exposição da natureza da problemática, desmistificando todas as ideias pré-concebidas, de forma à que a paciente perceba todos os sintomas e as causas da sua problemática (Gouveia, 2007; Barlow, 2009).

De seguida foi explicado o racional teórico da Terapia Cognitivo-Comportamental e dar a conhecer o tratamento e a eficácia do modelo neste tipo de casos.

Foram, em conjunto com a paciente, estabelecidos os objetivos da terapia, tal como as tarefas a realizar ao longo da intervenção.

3ª Sessão: Uma vez que M. chegou com um rosto fechado e com um olhar triste foi questionada sobre os acontecimentos entre as sessões e aí começou com um choro fácil. *“Eu não aguento mais isto. Estas mudanças todas só me fazem pensar que não ando cá a fazer nada. Não tenho sorte na vida. Tentei matar-me, mas quando estava a começar a tomar os comprimidos, o meu J. apanhou-me. Admiro a paciência dele até porque em casa não tenho feito nada. É ele que arruma e faz de comer. Passo o dia todo deitada no sofá. Antes ainda ligava a televisão para ver a “Casa dos Segredos”, mas agora que acabou nem televisão vejo. Só me levanto para ir dar de comer aos gatos e quando não há outra hipótese vou buscar pão perto da minha casa. E a minha irmã foi viver para a Alemanha e isso também me deixa mais em baixo, porque ela é a única que se preocupa comigo e agora não vou ter ninguém para me ajudar”* (sic).

Nesta consulta a paciente também mostrou uma certa revolta e desagrado com o seu neurologista, *“Eu quero tirar dúvidas com ele e ele responde-me mal eu nem sei se estas coisas que eu tenho vão passar”* (sic), e com uma anestesista *“Quinta vou ser operada a mão direita e estou muito preocupada. E ainda por cima, não gostei da anestesista, porque ela escreveu nos registos que eu era obesa e alcoólica crónica”* (sic).

Uma vez que a paciente apresentava pensamentos recorrentes acerca de suicídio foi pertinente trabalhar o custo-benefício do comportamento suicida.

Com esta ideação suicida por parte da paciente e pelo facto de passar o dia todo desocupada achou-se pertinente criar um plano de atividades focando a importância de se manter ocupado com atividades positivas, de passar mais tempo acompanhada e de aumentar a sua rede de amigos (Reyes, 2003). O objetivo era distrair dos pensamentos negativos e melhorar o seu estado de humor. (Anexo 8)

Explicou-se, ainda, que as nossas emoções e comportamentos estão diretamente influenciados pelo que pensamos. A tristeza e a falta de prazer podem ser extintas através destas atividades gratificantes e prazerosas (Knapp et. al., 2004).

Nesta sessão começou-se a realizar Reestruturação Cognitiva. A Reestruturação Cognitiva não tem como objetivo diminuir os sintomas desencadeados em situações corporais, mas permite corrigir ou analisar os pensamentos distorcidos (Wells, 2009).

Para tal foram identificados pensamentos automáticos como, *“Não ando cá a fazer nada; “Estou a pagar pelos males que fiz”; “Sinto que não posso contar com ninguém”; “Nunca mais me vou poder maquilhar, por causa dos olhos”; “O meu*

cabelo nunca mais vai crescer”; *“Não tenho ninguém que se preocupe comigo*”; *“Nasci para sofrer*”; *“Ninguém me dá valor*”; *“Sou um fracasso como pessoa*”; *“Não tenho nada de bom*”; *“Sou doente e não posso cuidar de doentes*” (sic).

Como M. tinha pensamentos automáticos disfuncionais que necessitam ser alvo de reestruturação foi necessário recorrer à seta descendente, questionando as implicações de cada pensamento, de forma a chegar aos pressupostos básicos. Por fim, de forma a discutir o conteúdo das afirmações da paciente, utilizou-se o questionamento socrático com o intuito de a fazer chegar a uma alternativa mais adaptativa.

Com a identificação destes pensamentos automáticos a estagiária ensinou a paciente que quando isso acontecesse para proferir em voz alta ou mentalmente, a palavra “STOP”, para parar o pensamento negativo e pessimista. Esta técnica tem como nome paragem do pensamento (Beck, 1997).

Para trabalho de casa foi pedido para preencher uma folha de registo de pensamentos e que cumprisse o plano de atividades que se fez durante a sessão.

4ª Sessão: Nesta sessão a paciente mencionou que andava a cumprir o plano de atividades, mas que não preencheu o registo de pensamentos. *“Sou muito preguiçosa. Prefiro falar do que escrever*” (sic).

A paciente referiu que já foi chamada para a junta médica e que seria antes da próxima consulta. *“Já fui chamada para a junta médica, só espero que me deem a reforma, porque para cá não volto. Pensei que se tinham esquecido de mim*” (sic).

M. relatou que tinha muitas dificuldades em adormecer, assim achou-se pertinente em termos de intervenção dar algumas sugestões para melhoria da qualidade de sono. Após avaliados os hábitos relativos ao sono verificou-se que a paciente cometia alguns erros ao longo do dia. (Anexo 8)

Nesta sessão continuou a realizar-se a Reestruturação Cognitiva iniciada na sessão anterior.

Por último, foi elaborado um novo plano de atividades, reforçando a importância da reaproximação ao seu filho e à sua mãe. (Anexo 8)

5ª Sessão: Ao contrário das outras sessões, a paciente chegou bem-disposta, sorridente e com roupas de cor, aspeto que a estagiária salientou e valorizou.

Referiu que já foi à junta médica. *“Correu tudo bem. Respondi a muitas perguntas, mas não eram nada difíceis. Eu é que pensava que tinha uma resposta logo, mas eles disseram que era só daqui a uns 6 meses.”* (sic).

A estagiária tentou explicar à paciente que tem que começar a pensar nas duas possibilidades, à de ficar com a reforma ou de ter que voltar a trabalhar, e que caso não lhe dessem a reforma pensar em outras possibilidades de emprego. Desta forma, deu-se umas diretrizes à paciente, no sentido de lhe aliviar um pouco a ansiedade que notoriamente manifestava. Recomendou-se que pensasse os prós e os contras (Knapp et al., 2004) de se manter no emprego onde estava e, por outro lado, que fizesse exatamente o mesmo para avaliar a possibilidade de mudar de emprego. Esta é uma técnica que incute a paciente a noção de responsabilidade e de controlo no comando da sua vida.

Como possibilidades de emprego gostava de auxiliar num centro de saúde, trabalhar na copa de um café ou então ir para casa de uma senhora que conhecia para fazer limpezas. *“Ela já me anda a pedir há algum tempo, mas para já não me quero meter em nada”* (sic).

Diz que anda um pouco melhor e mais bem-disposta. *“Agora não paro quieta. Não me deito no sofá e comecei a arrumar a casa e enquanto limpo ouço música (...) quanto ao comer é que tenho mais dificuldades, pois perdi o paladar e o cheiro, então aí o J. dá-me uma ajuda”* (sic).

Nesta altura começou a tomar medicação para dormir (Kainever – 1 ao deitar). *“Tenho dormido melhor. Agora deito-me por volta das 23 horas e acordo às 6:30. Para além dos comprimidos tenho evitado fazer as asneiras que a Doutora me disse”* (sic).

M. referiu que o filho deu-lhe um computador para ela se entreter o que a deixou com bastante entusiasmo. *“À tarde vou para lá, mas ainda estou a aprender a mexer. O tempo passa a voar naquilo”* (sic). Para além do computador, a sua irmã voltou da Alemanha, porque não se adaptou *“Tenho saído com ela e com o meu companheiro e acrescentei isso no plano de atividades desta semana. (...) e fui visitar a minha mãe. Também fui a uma festa com a minha irmã e o meu J. e no outro dia fomos comer um gelado a noite ”* (sic). Desta forma, a estagiária procurou valorizar e incentivar estas suas iniciativas.

Nesta sessão continuou-se a realizar a Reestruturação Cognitiva iniciada nas sessões anteriores.

O plano de atividades manteve-se o mesmo, a pedido de M., uma vez que tinha acrescentado coisas novas em casa, como por exemplo visitar a mãe e passear ao domingo com o companheiro e a irmã. (Anexo 8)

6ª Sessão: Tal como aconteceu na sessão anterior, M. apareceu bem-disposta, sorridente e com roupas coloridas, aspeto que voltou-se a salientar e a valorizar. Referiu que continua bem-disposta e melhor comparativamente com as primeiras consultas. *“Tenho-me aproximado mais da minha mãe e vou visitá-la com a minha irmã”* (sic).

A paciente pareceu satisfeita com o facto de o cabelo apresentar crescimento. *“Afinal ele está a crescer. Até já o consigo apanhar. Mas ainda não tenho coragem de me maquilhar. (...) Ainda não me sinto bem com o meu aspeto físico, principalmente com o facto de ter engordado”* (sic). Perante estas afirmações achou-se pertinente efetuar psicoeducação sobre a importância de uma alimentação correta e saudável, como um dos pilares de base para o bem-estar físico e mental. Assim sendo, pediu-se a M. que de ali em diante se impusesse a regra de se alimentar de 3 em 3 horas, fazendo refeições mais leves a partir das 18 horas e que bebesse muita água. *“Eu gostava de ir para o zumba, mas o meu companheiro não deixa e também não tenho dinheiro”* (sic). Então sugeriu-se que começasse a fazer caminhadas.

M. disse que o marido andava melhor em relação aos ciúmes, mas que ainda gastava muito dinheiro e que para piorar as coisas iam ser obrigados a fazer obras no telhado. *“Tenho dormido pior, outra vez, e acordo muitas vezes a pensar no que hei-de fazer. E tive uma discussão com o J. por causa disso, mas não pensei em coisas más (suicídio) Se não fosse a minha mãe e a minha irmã a encher-me o frigorífico e darem-me roupas as coisas ainda iam ser piores. Às vezes tenho pena de não ajudar mais o meu filho, mas não tenho como. Com isto tudo penso que sou um fracasso, por tudo o que me aconteceu e que não tenho nada de bom na minha vida para além do meu filho e das minhas netas”* (sic).

A nível do pensamento, expressou não ter tantos pensamentos negativos, mas referiu que ainda tinha alguns. Quando acontecia aplicava a técnica de paragem de pensamento que a estagiária lhe tinha ensinado quando se identificou alguns pensamentos automáticos.

Continuação da realização da Reestruturação Cognitiva através do questionamento socrático e da seta descendente.

Tal como já tinha dito na primeira sessão, a paciente nunca teve um grande amor pelo J. como teve pelo pai do seu filho e que só se juntou com ele para fugir do seu pai, então perante estas afirmações a estagiária confrontou M. e perguntou-lhe o que para ela era um companheiro à qual ela respondeu “*São duas pessoas que gostam muito uma da outra e que remam os dois no mesmo sentido*” (sic) e então questionou-se se era isso que acontecia na sua relação a qual ela respondeu “*Não*” (sic).

Então foi pedido, à paciente, que pensasse nas possíveis vantagens e desvantagens de se separar. Apesar de ter concluído que havia mais prós do que contras referiu que “*ele sempre foi um bom amigo e ajudou-me muito. Não merecia que eu lhe fizesse isto*” (sic).

Segundo Beck (1997) para auxiliar na tomada de decisão o terapeuta deverá pedir ao paciente para catalogar as vantagens e as desvantagens de cada opção e, então, o ajuda a criar um sistema para pesar cada item e extrair uma conclusão sobre que opção parece ser a melhor.

O plano de atividades manteve-se o mesmo e como trabalho de casa foi sugerido que pensasse em aspetos que gostasse de conversar com o seu companheiro, no sentido de ajudá-la na resolução de problemas.

7ª Sessão: M. apareceu, mais uma vez, bem-disposta, sorridente e satisfeita com o facto de ter emagrecido 2 kg desde a última sessão. “*Começo a ver, finalmente, resultados. Tenho seguido os seus conselhos e feito, algumas, caminhadas à noite com o meu companheiro*” (sic).

Referiu que passava mais tempo com as netas e que ela e o companheiro não andavam a discutir, uma vez que J. queria juntar dinheiro para casarem para o ano e que até tinha deixado de beber tanto. “*O J. agora lembrou-se de que quer casar. Não é que eu faça muita questão, mas ele anda feliz com a ideia e já anda a poupar dinheiro*” (sic).

Uma vez que durante as sessões anteriores foi notada pouca assertividade por parte da paciente, sobretudo com o companheiro, foi importante fazer um treino de assertividade. Para este treino foi utilizado a técnica de *roleplay*, para que a paciente simulasse situações e formas de resposta. A técnica da cadeira vazia também foi importante uma vez que a ajudou a ganhar coragem para dizer ao companheiro, coisas que sentia e que por medo ou por raiva não conseguia dizer (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1997; Leahy & Holland, 2000). Esta falta de assertividade provocava ainda mais

angústia e sofrimento a M., uma vez que não conseguia expressar o que estava a sentir, ouvindo apenas o que tinham para lhe dizer. Nesta etapa, foi importante ajudar a paciente a desenvolver afirmações positivas e perceber os seus direitos, ajudando-a a defini-los, defendê-los e a lutar por eles.

Antes de terminar a sessão voltou-se a aplicar o Inventário de Depressão de Beck (BDI) como forma de avaliação da sintomatologia depressiva, cujo resultado foi de 23 pontos, que indicava um nível médio da sintomatologia depressiva.

Manteve o plano semanal de atividades.

1.12. Ponto de Situação e Prognóstico

O processo terapêutico da M. ficou pela sexta sessão por escassez de tempo, mas a paciente já demonstrava melhorias ao nível da diminuição da sintomatologia depressiva e do isolamento social. A Reestruturação Cognitiva foi muito importante, na medida em que M. compreendeu e reconheceu que os pensamentos disfuncionais afetavam as emoções e os comportamentos, sendo necessário trabalhar neles, de forma a torná-los adaptativos.

Ao longo de todo este processo foi muito gratificante acompanhar a evolução da paciente, pois foi-se verificando melhorias ao nível do humor, uma vez que começou a sair mais vezes com a irmã, a passar mais tempo com as netas e retomou as visitas a casa da mãe.

Apesar destas melhorias, M. referiu que ainda tinha muitas dificuldades em aceitar o seu aspeto físico e continuava a ter algumas discussões com o companheiro, por causa do dinheiro. Por isso achava-se importante continuar a trabalhar a auto-estima e promover algumas competências sociais, principalmente a nível da assertividade, através do *role-play*. Esta falta de assertividade provoca-lhe alguma angústia e sofrimento, uma vez que não conseguia expressar da melhor forma o que sentia ao companheiro.

1.13. Reflexão Crítica

O acompanhamento psicoterapêutico de M. foi, sem dúvida, uma experiência que marcou a estagiária e com a qual aprendeu muito. Foi o primeiro caso que acompanhou como psicóloga, como tal, irá ser recordado com muito apreço. Este acompanhamento

contribuiu para a sua formação e levou a estagiária a elaborar uma pesquisa bibliográfica acerca do tema e da forma mais eficaz para intervir.

Ao longo deste processo a estagiária conseguiu estabelecer uma boa relação terapêutica com a paciente, apesar de ter havido uma grande resistência em fazer as tarefas propostas para trabalhos de casa, principalmente o preenchimento da tabela de registo de pensamentos. O que não aconteceu com a agenda de atividades semanais que aderiu muito bem.

Ao longo da intervenção a estagiária foi confrontada com o incumprimento dos trabalhos de casa, por parte da paciente, e com a não comparência a várias consultas, o que lhe provocaram alguma angústia e insegurança. Contudo, ao longo do processo esta insegurança foi desaparecendo com a adesão da paciente à terapia.

Apesar dos incumprimentos, durante as sessões revelou entendimento face aos objetivos propostos, mantendo a disponibilidade para colaborar na recolha de dados e nos processos de avaliação e intervenção.

2. Caso Clínico “A”

2.1. Dados de Identificação

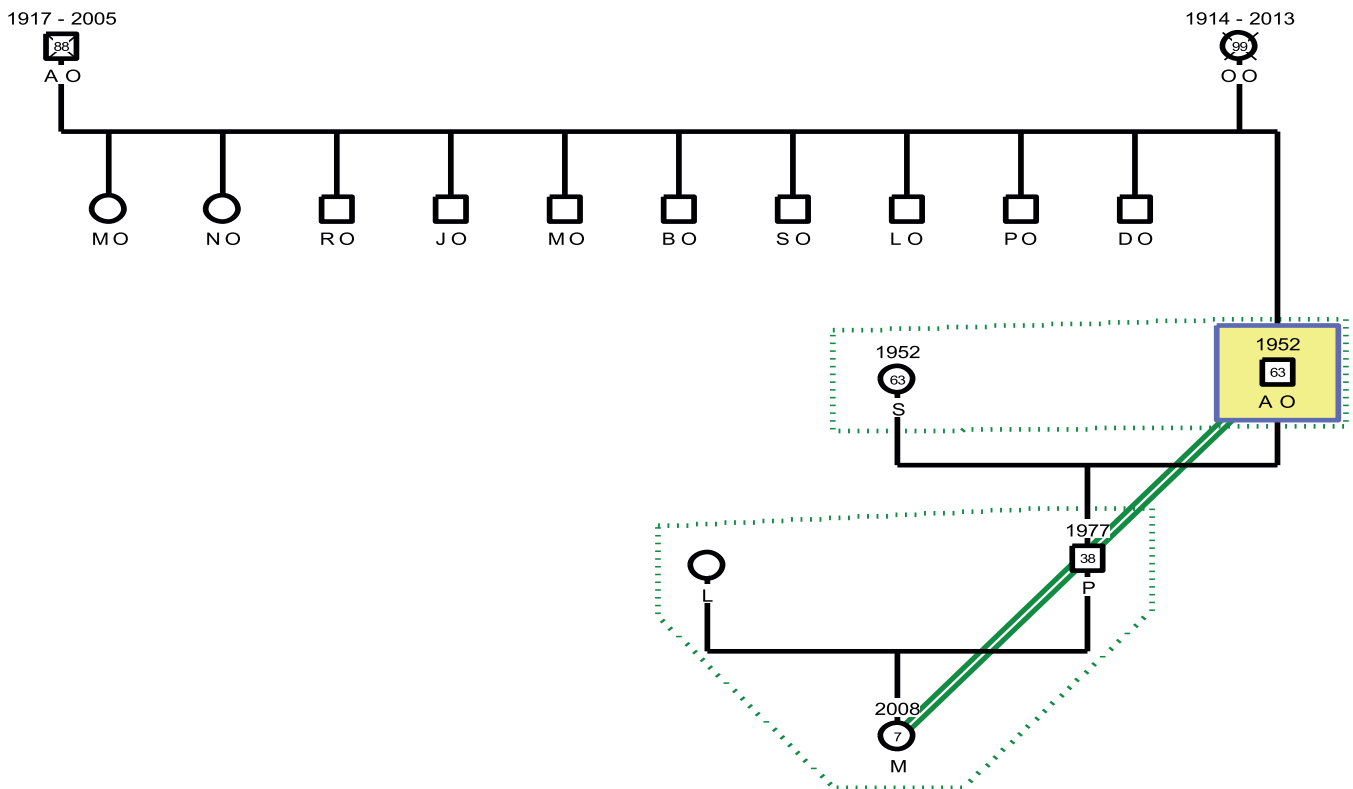
A., era do género masculino, português, de raça caucasiana e tinha 63 anos de idade. Estudou até a 4ª classe de escolaridade e estava reformado (trabalhava como operador químico numa fábrica de químicos). Era casado há 38 anos e tinha um filho de 38 anos. O filho era casado e tinha uma filha de 7 anos.

Residia na Maia com a mulher de 63 anos que também estava reformada (era costureira) e que tinha a 4ª classe.

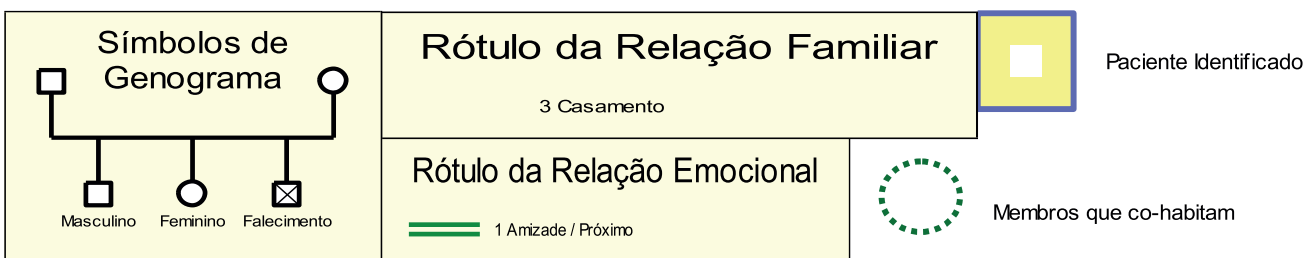
A mãe, que era doméstica e estudou até a 4ª classe, e o pai, que era construtor civil e estudou até a 4ª classe, já morreram e o relacionamento com os progenitores era definido como bom.

Era o 11º numa fratria de 11 irmãos (2 raparigas e 9 rapazes) e referiu que o relacionamento entre os irmãos era na sua globalidade bastante bom.

2.2. Genograma Familiar



Legenda:



2.3. Pedido

A. foi encaminhado para Psiquiatria pela Médica de Família, iniciando as consultas de Psicologia a pedido do seu médico psiquiatra assistente, por considerar que beneficiaria de acompanhamento psicoterapêutico no sentido de melhor lidar com a situação do filho.

2.4. Motivo da Consulta/ Queixas principais

As queixas principais de A. prendiam-se sobretudo com sintomas ansiosos, como suores, batimento cardíaco acelerado, náuseas, dor no peito, sensação de falta de ar/asfíxia, calafrios e uma grande comichão na cabeça que o fazia puxar o cabelo.

As queixas ansiosas que apresentava surgiram da sequência de problemas familiares, ou seja, o filho terá recorrido a consumos de haxixe. Contou que o filho iniciou os consumos aos 17 anos de idade, entretanto realizou vários tratamentos e terá estado abstinente durante 11 anos. Há cerca de um ano ficou desempregado e terá retomado os consumos (Janeiro), estando abstinente desde então.

“Estou sempre a pensar no meu filho, naquilo que ele era e naquilo que é hoje. E tento evitá-lo. Quando telefona é a mãe que fala com ele e quando vem ao Domingo almoçar lá a casa arranjo sempre uma desculpa para sair depois do almoço, pois não consigo olhar para ele e ver como está diferente. O Domingo de manhã é terrível, pois penso “Vem aí o P.! Como será que ele está? Será que vem bem?” e fico muito ansioso. Sempre que o telefone ou o telemóvel tocam fico muito nervoso, porque imagino, logo, que é alguém a dizer que o meu filho teve uma recaída ou que lhe aconteceu alguma coisa de mal” (sic).

2.5. Apreciação Geral de A.

Ao exame do estado mental apresentou-se vígil, orientado no tempo e no espaço e sem atividade delirante ou alucinatória. Orientado auto e alopsiquicamente, com discurso lógico, coerente e boa construção frásica. Calmo e colaborante e sem ideação autodestrutiva. Humor eutímico e juízo crítico mantido. Com aspeto cuidado e adequado e com idade aparente igual à idade cronológica. Sem história familiar de doenças psiquiátricas.

Manteve uma postura sempre ativa adequada ao contexto e manteve contato ocular.

2.6. História Médica e Psicofarmacologia

A. referiu que não tinha doenças significativas. Está a ser acompanhado em psiquiatria fazendo medicação anti-depressiva, sedativa e ansiolítica.

2.7. História do Problema Atual

Sem antecedentes psiquiátricos, os novos problemas do paciente começaram no início de 2014 quando o filho despediu-se da empresa aonde trabalhava há 10 anos, uma vez que trabalhava à noite e quase que não via a filha. *“Quando a filha estava em casa ele estava a trabalhar e quando ele estava em casa a menina estava na escola. Foi a partir dessa altura que as coisas pioraram. Eu sei que ele nunca mais vai arranjar um emprego, porque é muito doente devia as drogas. Comecei a pensar, constantemente, no meu filho, naquilo que ele é e naquilo que ele era e que nunca mais vai conseguir trabalhar. Tenho medo de morrer e dele continuar a ter recaídas e a sofrer e eu não poder estar cá para o ajudar”* (sic).

Decidiu procurar consultas privadas de Psiquiatria e tomou medicação durante 6 meses. Terá deixado a medicação por iniciativa própria após sentir-se melhor.

O filho estava desempregado há cerca de 1 ano e voltou a ter uma recaída em Janeiro de 2015. *“Ele foi a casa de banho e estava a demorar muito e a minha nora estranhou e foi ver o que se passava. Estava desmaiado com a seringa metida no braço. Quando ela me ligou a dizer o que se tinha passado comecei a ter suores, o meu coração começou a bater muito rápido, senti-me enjoado, uma dor no peito, falta de ar, calafrios e comecei a coçar a cabeça e a puxar o cabelo. Só pensava “porquê o meu filho?”. E os pensamentos que tinha sobre ele voltaram”* (sic).

O filho andava a ser seguido pelo CAT de Braga e tinha Hepatite. *“Agora tento evitá-lo. Quando telefona é a mãe que fala com ele e quando vem ao Domingo almoçar lá a casa arranjo sempre uma desculpa para sair depois do almoço, pois não consigo olhar para ele e ver como está diferente. E sei o quanto isto deixa a minha mulher triste. O Domingo de manhã é terrível, pois penso “Vem aí o P.! Como será que ele está? Será que vem bem?” e fico muito ansioso. Sempre que o telefone ou o telemóvel tocam fico muito nervoso, porque imagino, logo, que é alguém a dizer que o meu filho teve uma recaída ou que lhe aconteceu alguma coisa de mal”* (sic).

2.8. História Pessoal e Familiar

A. nasceu 1952 e no seio de uma família de nível sócio-económico médio-baixo. Sendo o núcleo familiar constituído pelo pai, pela mãe e por uma fratria de 11 irmãos, sendo A. o 11º dessa fratria.

Não foi planeado e nem desejado, nasceu de parto eutócico, em casa, e não existiram complicações relevantes.

Referiu que teve um desenvolvimento normal e sem problemas de saúde relevantes.

Mencionou que a sua infância decorreu dentro da normalidade. *“Tivemos uma educação rígida, mas era normal naquele tempo, porque eramos muitos filhos. Bastava o nosso pai olhar para nós que já tínhamos medo”* (sic). Sempre foram uma família unida e sempre tiveram bom relacionamento uns com os outros.

Entrou para a escola com 6 anos de idade e completou a 4ª classe com 10 anos. Referiu que tinha boas notas e que gostava da escola. Tinha bom relacionamento com a professora e com os colegas. *“Antigamente as escolas eram muito rígidas. Nós até tínhamos medo de ir para a escola e de ir ao quadro, porque se errássemos levávamos logo, mas tirando isso sempre fui, apesar de tímido, sociável”* (sic).

Durante a adolescência o paciente e os irmãos tiveram uma banda de música e jogavam muito a bola. *“Tive uma adolescência e uma infância muito feliz”* (sic).

Dos 10 aos 15 anos trabalhou com o pai na construção civil e aos 15 anos começou a trabalhar numa fábrica de têxteis até ir para a tropa aos 19 anos.

Esteve no Ultramar quase um ano, em 1972, e que apesar de não ter tido contacto direto com a guerra ele referiu que *“Sai de lá muito perturbado. Aquilo era umas escumalhas que fizeram muito mal a muitas criancinhas. Mal pude saí de lá”* (sic).

Quando voltou conheceu a sua mulher e quando tinha 25 anos casou e ela já estava grávida.

Aos 21 anos começou a trabalhar numa fábrica de cerveja até esta ir a falência.

Por volta dos 40 começou a trabalhar numa fábrica de químicos até entrar na reforma em 2012.

P. foi um filho planeado e desejado, nasceu de parto eutócico e não existiram complicações relevantes. Teve um desenvolvimento normal e sem problemas de saúde relevantes.

Não frequentou o jardim-de-infância, mas esteve numa ama enquanto os pais iam trabalhar. *“Eu chegava primeiro do trabalho do que a minha mulher e então ia logo buscar o P.”* (sic).

Entrou para a escola com 6 anos de idade e completou a 4ª classe com 10 anos. Referiu que tinha boas notas, nunca reprovou e que gostava da escola. Tinha bom relacionamento com a professora e com os colegas. *“Era um rapaz cheio de força, ganhava as taças todas de futebol e de atletismo da escola e lá da terra, adorava*

desporto. Era um líder, muito bonito e andava sempre na moda. Tinha sempre roupa e calçado de marca e tudo o que queria. É o nosso único filho dávamos tudo o que podíamos do bom e do melhor” (sic).

Aos 10 anos entrou para o 5º ano e continuou a tirar boas notas, mas quando chegou ao 7º ano, quis desistir da escola e ir trabalhar. *“Apesar de ter sido um desgosto para mim e para a minha mulher, ele acabou por abandonar a escola. Desde que ele entrou para a escola, era eu que o ia levar e buscar, ajudava-o nos trabalhos de casa, ia levá-lo e buscá-lo ao futebol e inclusive cheguei a ser treinador dele. Era um pai muito presente, acompanhava-o para todo o lado e andávamos praticamente sempre juntos” (sic).*

Aos 15 anos teve o primeiro emprego como soldador aonde esteve cerca de 1 ano. *“Chegava a casa com os olhos muito vermelhos, coitado, mas mesmo assim dizia que preferia trabalhar do que estudar. Mas depois tentei arranjar-lhe um emprego melhor” (sic).*

Foi, mais ou menos, nesta altura que o filho começou a sair a noite. *“Apanhava bebedeiras e começou a fumar. De manhã sentia-se mal e vomitava e um dia tive que lhe chamar a atenção” (sic).*

Aos 16 anos foi trabalhar para uma tipografia durante um ano. *“Nesta altura ele tirou a carta de mota e nós demos-lhe uma scooter. E aí começou a consumir haxixe. Ia sair à noite e de manhã durante o pequeno-almoço parecia um bebé que não se segurava e deixava cair tudo. Chamei-lhe mais uma vez à atenção, mas pensava que ele andava cansado até que a minha esposa o apanhou a consumir. Arranjamos logo um tratamento em Setúbal. Foi a minha mulher que o foi levar, porque eu não tive coragem. Eles foram até ao Porto, S. Bento de comboio e lá apanharam outro. Quando chegaram a S. Bento ele começou a ficar nervoso e pediu dinheiro para ir buscar droga. A minha mulher disse para ele se acalmar, mas ele ameaçou atirar-se à linha do comboio e estava toda a gente a olhar e a S. acabou por lhe dar o dinheiro. Sei que foi por influência de um rapaz lá da zona. Se eu soubesse que tinha sido ele a desencaminhar o meu filho tinha-o matado, porque ele sempre foi um bom menino” (sic).*

Após fazer o tratamento, regressou a casa e passados 6 meses teve uma recaída voltando a fazer novo tratamento.

Aos 18 anos foi trabalhar para outra tipografia, aonde esteve 2 anos. E aos 20 anos começou a trabalhar numa outra empresa aonde esteve 7 anos. *“Ao fim de 7 anos foi despedido, porque teve uma recaída e faltava muito para fazer os tratamentos”* (sic).

Foi nesta altura que o seu filho conheceu a sua esposa e se casou aos 28 anos. *“Eles namoraram algum tempo, mas não sei dizer quanto”* (sic).

“Depois lembrei-me de um amigo e contei-lhe a situação do meu filho e ele arranhou-lhe trabalho junto dele. Foi o único emprego em que souberam do seu problema desde o início” (sic). Esteve nesta empresa 10 anos e ao fim desse tempo despediu-se, pois trabalhava a noite e quase que não via a filha. Foi a partir do despedimento do filho que os novos problemas do paciente começaram.

Conta que teve sempre bom relacionamento com os irmãos, o filho, a nora, a neta, a mãe e o pai, apesar de que sempre foi mais rígido do que a mãe.

Ao longo da sua adolescência e idade adulta teve dois relacionamentos, uma namorada antes de ir para a tropa e a sua mulher.

Atualmente tem três amigos significativos.

2.9. Avaliação Psicológica

A avaliação psicológica incluiu para além da observação e recolha de dados a administração do *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI; Spilberg, Gorsuch, Clayden, Husain & Sipple, 1970 versão portuguesa de Silva, 2007). A. obteve resultados acima da média, tanto para a ansiedade-estado como para a ansiedade-traço, sendo os resultados da ansiedade-traço mais elevados. Deste modo, na ansiedade-estado obteve uma pontuação de 51 e na ansiedade-traço obteve uma pontuação de 58. (Anexo 9)

2.10. Formulação Clínica

a) Lista de Problemas

- Sintomatologia Ansiosa (suores, batimento cardíaco acelerado, náuseas, dor no peito, sensação de falta de ar/asfíxia, calafrios, começa a coçar a cabeça a puxar o cabelo);
- Instabilidade no meio familiar (dificuldades em lidar com a situação do filho).

b) Hipótese Diagnósticas Avaliadas

De acordo com os dados recolhidos, de forma a traçar um possível diagnóstico para a problemática de A. recorreu-se ao manual de diagnóstico DSM 5.

Tendo em conta as queixas apresentadas pelo paciente, foi pertinente analisar os critérios para Ataque de Pânico, a Perturbação de Pânico Sem Agorafobia e a Perturbação de Ansiedade Generalizada.

A. preenchia todos os critérios para um ataque de pânico situacional predisposto, logo o primeiro diagnóstico a ser avaliado foi a Perturbação de Pânico Sem Agorafobia (APA, 2013).

Na Perturbação de Pânico Sem Agorafobia o paciente preencheu todos os critérios exceto o B (B1 e B2), uma vez que ele não tinha medo de ter um ataque, mas sim que o filho tivesse uma recaída (APA, 2013).

Quanto a Perturbação de Ansiedade Generalizada, o paciente não preenchia o critério A e F desta perturbação (APA, 2013).

Como tal, achou-se que o diagnóstico mais provável seria uma Perturbação de Ansiedade Com Outra Especificação, uma vez que esta categoria aplica-se a apresentações nas quais os sintomas característicos de uma perturbação de ansiedade que causa mal-estar clinicamente significativo ou défice no funcionamento social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento predominam no quadro clínico, mas não preenchem os critérios completos para nenhuma das perturbações na classe de diagnóstico das perturbações de ansiedade (APA, 2013). (Anexo 9)

c) Diagnóstico Multiaxial (DSM 5)

Eixo I	300.09 Perturbação de Ansiedade Com Outra Especificação [F41.8]
Eixo II	Sem diagnóstico
Eixo III	Nenhum
Eixo IV	Nenhum
Eixo V	GAF = 68 (Anexo 9)

d) **Conceptualização Teórica do Caso**

Quer o medo, quer a ansiedade podem constituir, antes de mais, reações normais a situações adversas ou de perigo: se o medo permite ao indivíduo afastar-se de um risco objetivo, a ansiedade assume o mesmo papel protetor ainda que esta surja na ausência de um estímulo ameaçador e se coloque no campo da antecipação. No entanto, quando ambas deixam de ser adaptativas podemos ter que passar a falar em sintomas e/ou perturbações da ansiedade (Crujo & Marques, 2009).

Podia-se identificar como uma possível origem do problema o facto de ter nascido no seio de uma família com uma estrutura bastante complexa e a relação de austeridade com o pai que provocava instabilidade e ansiedade. O que fez antever que a infância e a adolescência foram marcadas por relações de medo, quando, é nesta altura que se carece mais de relações estruturadas e seguras. *“Tivemos uma educação rígida, mas era normal naquele tempo, porque eramos muitos filhos. Bastava o nosso pai olhar para nós que já tínhamos medo”* (sic). Segundo Crujo & Marques (2009) do ponto de vista de etiologia parecem estar implicados fatores genéticos e sócio-familiares, nomeadamente padrões desadequados de funcionamento familiar.

Da história de vida de A. denota-se uma ansiedade de base, desde tenra idade relatando que sempre foi tímido. De acordo com Crujo & Marques (2009) crianças de temperamento inibido e tímido parecem estar em maior risco de posteriormente virem a desenvolver uma perturbação de ansiedade; e acontecimentos de vida adversos.

Outro fator poderá ter sido a escola, uma vez que o paciente referiu que *“Nós até tínhamos medo de ir para a escola e de ir ao quadro, porque se errássemos levávamos”* (sic). Em geral, as crianças e os adolescentes ansiosos apresentam um medo exagerado de insucesso, uma sensibilidade exagerada aos sinais de perigo, náuseas, palidez, tremores e queixas somáticas. (Bernstein & Borchardt, 1991; Fonseca, 1998)

No início da idade adulta, o paciente esteve, quase um ano, no Ultramar e que apesar de não ter tido contacto direto com a guerra ele referiu que *“Saí de lá muito perturbado. Aquilo era umas escumalhas que fizeram muito mal á muitas criancinhas. Mal pude sai de lá”* (sic).

A. considerava-se uma pessoa ansiosa desde sempre, mas que este estado acentuou-se na altura em que descobriu que o filho tinha entrado no mundo da droga levando-o a ter episódios de cariz ansioso e pensamentos de desvalorização *“penso muitas vezes aonde é que falhei para isto ter acontecido”* (sic). A experiência de pânico pode ter

como potencial desencadeador do contacto do sujeito com a sua existência, e ao invés de dar uma explicação causal para esse fenómeno e de certa forma perpetuar a continuação de uma existência que se evita. (Reis & Teixeira, 2008)

O contacto com esta realidade pode ter conduzido A. a formar esquemas precoces mal adaptativos de controlo excessivo. Tais esquemas agravaram-se com o desemprego do filho e a sua recaída. Fruto desses esquemas mal adaptativos, A. revelou que tinha pensamentos desadaptativos automáticos do tipo “*o meu filho não gosta de futebol, por causa da droga*” ou “*o meu filho fala pouco e é muito parado, por causa da droga*” (sic), estes pensamentos eram o que aparentemente pareciam manter o problema, impossibilitando assim, a mudança.

2.11. Plano de Intervenção

Os tratamentos psicológicos que demonstraram ser eficazes na diminuição da ansiedade baseavam-se em dois tipos de procedimentos, empiricamente suportados, que se designavam por terapia comportamental e terapia cognitiva (Batista, 1999).

O caso de A. foi conceptualizado no Modelo Cognitivo-Comportamental para a ansiedade, com estratégias propostas por Barlow (2008), Gouveia (2007), Jacobson (1964), Reyes (2003), Estanqueiro (2009), Newman et al. (2007) e Pires (2003).

A intervenção psicoterapêutica recaiu essencialmente sobre, psicoeducação, reestruturação cognitiva, respiração abdominal, relaxamento progressivo de Jacobson, treino da assertividade e no desenvolvimento de competências sociais e exposição.

a) Objetivos da Intervenção

Os objetivos das consultas de A. focalizaram-se essencialmente na modificação dos pensamentos e crenças irracionais por outros mais adaptativos, no desenvolvimento do controlo da respiração (respiração abdominal), no relaxamento progressivo de Jacobson, no desenvolvimento de competências sociais no que respeita à assertividade e à comunicação (com o filho) e na modificação dos comportamentos relacionados com o evitamento.

b) Duração

As sessões decorreram normalmente 1 vez por mês, pois o paciente não tinha possibilidades para vir mais vezes, com a duração de aproximadamente 60 minutos. A terapia foi constituída por 6 sessões de forma a responder aos objetivos da terapia. O processo de intervenção de A. iniciou em Março de 2015.

c) Descrição da Intervenção

1ª Sessão: A. chegou à consulta sozinho e com um aspeto cuidado e adequado. Teve uma postura sempre ativa, adequada ao contexto e mantendo o contato ocular. O paciente manteve esta postura ao longo das sessões.

A primeira consulta incidiu na entrevista clínica onde foram recolhidas informações acerca do problema, história do problema, história do desenvolvimento psicossocial e avaliação comportamental e interpessoal.

Foi também definido com o A. o que se pretendia trabalhar e quais eram as suas expetativas quanto à terapia, procurando-se ao longo da consulta que fosse criada uma relação empática com o paciente para que existisse uma maior partilha da informação por parte deste.

De seguida foi explicado o racional teórico da Terapia Cognitivo-Comportamental e dar a conhecer o tratamento e a eficácia do modelo.

O objetivo da primeira sessão foi ouvir o paciente e produzir algum alívio dos sintomas. Para que a redução do sofrimento proporcionasse um aumento da colaboração e da confiança no processo terapêutico.

O paciente foi ainda alertado para a importância de ser pontual na próxima sessão, uma vez, que a sessão teve um atraso de 25 minutos, no qual se justificou pela distração das horas.

2ª Sessão: Como forma de avaliação da sintomatologia ansiosa foi aplicado, no início da sessão, o *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI; Spilberg, Gorsuch, Clayden, Husain & Sipple, 1970 versão portuguesa de Silva, 2006), tendo resultados acima da média, tanto para a ansiedade-estado como para a ansiedade-traço, obtendo resultados mais elevados na ansiedade-traço. Deste modo, na ansiedade-estado obteve uma pontuação de 51 e na ansiedade-traço obteve uma pontuação de 58.

Ainda, nesta consulta foi dada a psicoeducação ao paciente. A psicoeducação tem como objetivo a exposição da natureza da problemática, desmistificando todas as ideias pré-concebidas, para que o paciente perceba todos os sintomas e as causas da sua problemática (Gouveia, 2007; Barlow, 2009). Neste caso perceber o que era a ansiedade e os seus sintomas.

Foi importante dar a conhecer a impossibilidade de eliminar a ansiedade na sua vida e na vida de qualquer pessoa, considerando que era uma condição subjacente ao ser humano e esclarecer a diferença entre ansiedade normalística e a ansiedade patológica, para que este compreenda que a ansiedade pode ser experienciada por toda a gente. No entanto, umas pessoas experienciam com mais intensidade e regularidade do que outras dependendo das situações indutoras de ansiedade e da forma como estas interferiam no seu funcionamento (Barlow, 2008).

A., também, referiu que tinha dificuldades em adormecer e que era nessas alturas em que pensava mais no filho, por isso, em termos de intervenção foram avaliados os hábitos relativos ao sono e deu-se algumas sugestões para melhoria da qualidade de sono. (Anexo 9)

“Penso muito no meu filho quando estou na cama, antes de dormir e acordo muitas vezes de noite a pensar nele e de manhã quando acordo tenho por hábito ficar na cama a olhar para o teto durante uma hora e nessa altura fico a pensar nele” (sic). Foi aconselhado a A. que quando acordasse não ficasse na cama, focando a importância de agir, de se manter ocupado com atividades positivas, de passar mais tempo acompanhado e de aumentar a sua rede de amigos (Reyes, 2003).

Nesta sessão também foi elaborado um plano de atividades, para que o paciente se mantivesse ocupado com atividades que lhe fossem agradáveis e que procurasse evitar o isolamento e pensamentos desagradáveis. A estagiária esclareceu que, muitas vezes, a melhor forma de mudarmos o modo como pensamos é mudarmos os nossos comportamentos (Estanqueiro, 2009).

Foram dados alguns exemplos, como passar mais tempo com a mulher para usufruírem mais um do outro, ou seja, começar a acompanhar a mulher às compras ou ajudar-lhe a arrumar a cozinha, passar mais tempo com a neta, ir tomar café e jogar cartas com os amigos. (Anexo 9)

O paciente teve como trabalho de casa fazer um registo de pensamentos e cumprir o plano de atividades.

3ª e 4ª Sessões: Durante estas sessões realizou-se Reestruturação Cognitiva. A Reestruturação Cognitiva visa avaliar as sensações corporais. Não tem como objetivo diminuir os sintomas desencadeados em situações corporais, mas permite corrigir ou analisar os pensamentos distorcidos (Wells, 2009). Foi importante explorar as crenças disfuncionais do paciente que estão na base da ansiedade, devendo olhar para estes pensamentos como hipóteses e não como pensamentos únicos, procurando pensamentos alternativos, mais funcionais e realistas perante a percepção das situações problemáticas diminuindo assim a sua sintomatologia (Barlow, 2008).

Ao longo destas sessões o paciente referiu que os seus pensamentos mais frequentes eram: *“Penso muito naquilo que ele era antes (muito popular, um líder, magro, inteligente e muito ativo) e no que é agora (pacato, fala pouco, mais gordo e gosta de estar no seu canto). Gostava de o ver forte e mais falador, porque gosto muito de conversar e ele é mais pacato, está a ficar parecido como a mãe. Deve ser por causa dos medicamentos que toma por causa da droga”*; *“Penso muito aonde é que falhei para isto me ter acontecido”*; *“Tenho medo de morrer e do meu filho continuar a ter recaídas, de não arranjar emprego e de sofrer”*; *“Gosto muito de futebol e ele não liga muito a isso, porque andou metido na droga”*; *“Penso que ele nunca mais vai arranjar um emprego, porque andou na droga e caso ele tenha sorte de arranjar algum, sei que ele vai ser despedido por ter andado na droga”* (sic). Outro aspeto que lhe estava sempre no pensamento era *“Se soubesse que tinha sido aquele rapaz a desencaminhar o meu filho tinha-o matado”* (sic).

Ao domingo de manhã só pensava *“Lá vem o P.! De certeza que vem calado, parado, desempregado e tudo por causa da droga”* (sic).

Como A. tinha pensamentos automáticos disfuncionais que necessitavam ser alvo de reestruturação foi necessário recorrer à seta descendente, questionando as implicações de cada pensamento, de forma a chegar aos pressupostos básicos. Por fim, de forma a discutir o conteúdo das afirmações do paciente, utilizou-se o questionamento socrático com o intuito de o fazer chegar a uma alternativa mais adaptativa.

O paciente ao longo destas sessões começou a perceber que há coisas que não podíamos controlar e uma dessas coisas eram as pessoas que apareciam na vida dos filhos e que o melhor que ele podia fazer era fortalece-lo, aceita-lo e encoraja-lo, pois os pais são importantes. A. também começou a perceber que o seu filho tinha alguns aspetos iguais ao pai, outros iguais à mãe e outros que são próprios dele e que não

tinham nada a ver com o facto de ter consumido droga. E que recair podíamos recair todos em qualquer aspeto.

O paciente ao longo destas sessões manteve como trabalho de casa fazer um registo de pensamentos e cumprir o plano de atividades. (Anexo 9)

5ª Sessão: Apesar de ter sido alertado para a importância de ser pontual A. continuou a chegar atrasado, por isso a estagiária achou pertinente elaborar um plano em conjunto com o paciente para ser pontual, como por exemplo, calcular o tempo que demorava a chegar ao Hospital para saber a que horas a que tinha que sair de casa.

Durante a sessão referiu que o filho arranhou emprego como voluntário da proteção civil. *“Eu sei que ele vai ser despedido e nestes últimos dias sempre que o telefone ou o telemóvel toca fico em pânico a pensar que ele vai ser despedido”* (sic). Por isso continuou-se a realizar Reestruturação Cognitiva aonde se recorreu à seta descendente e utilizou-se o questionamento socrático com o intuito de o fazer chegar a uma alternativa mais adaptativa.

A 5ª sessão finalizou-se com o Retreinamento da Respiração. O Retreinamento da Respiração foi uma estratégia fundamental para a intervenção no controlo da ansiedade sendo esta, uma das bases do relaxamento, dando assim continuidade ao próximo passo da intervenção (Gouveia, 2007; Barlow, 2009).

Numa primeira fase foi incentivado a hiperventilar e de seguida foi explicada a respiração abdominal. Quando este se encontrava numa posição confortável, devia de colocar a mão no abdómen, fechar os olhos e concentrar todas as atenções na sua respiração. Foi solicitado a realização de alguns movimentos respiratórios, inspirando, muito devagar, pelo nariz até sentir os pulmões a encher, sustentando o ar durante alguns segundos e depois, devia lentamente e progressivamente expirar pela boca até esvaziar os pulmões. Este processo tem que ser repetido durante alguns minutos. (Anexo 9)

O paciente teve como trabalho de casa praticar a respiração abdominal pelo menos duas vezes por dia (de manhã ao acordar e a noite ao deitar).

6ª Sessão: Esta sessão iniciou-se com a continuação do Retreinamento da Respiração e a explicação do uso de Técnicas de Relaxamento.

O uso do Relaxamento tem como intuito a desativação emocional levando o paciente adquirir capacidades para um maior controlo dos sintomas (ativação

fisiológica) (Pires, 2003; Barlow, 2009), principalmente quando o paciente está exposto a situações que lhe despertem ansiedade (Newman et al. 2007).

O relaxamento utilizado foi o Relaxamento Progressivo de Jacobson (1964). Este relaxamento tem como objetivo aplicar tensão em 16 grupos musculares. Os grupos musculares são relaxados sequencialmente, ou seja, cada grupo é primeiro tenso e depois “largado” várias vezes, conseguindo um relaxamento cada vez mais profundo do grupo muscular. A pessoa deve procurar uma posição confortável (cadeira ou deitado). A sequência tensão-relaxamento de cada grupo muscular é repetida até conseguir o relaxamento nos músculos em questão, sendo importante que o largar da tensão nos grupos musculares não seja lento mas repentino. Pretende-se que sinta os indicadores do relaxamento: calor ou peso. A pessoa deve tentar evitar se mover durante o exercício e deve manter os olhos fechados. (Jacobson, 1964). (Anexo 9)

O paciente teve como trabalho de casa praticar a respiração abdominal e o relaxamento pelo menos duas vezes por dia (de manhã ao acordar e a noite ao deitar). Também foi sugerido a A. que pensasse em aspetos que gostasse de conversar com o seu filho, no sentido de ajudá-la na resolução de problemas.

2.12. Ponto de Situação e Prognóstico

As 6 sessões do processo terapêutico, ainda não concluído por escassez de tempo, permitiram uma melhoria nos níveis da sintomatologia ansiedade do paciente. A Reestruturação Cognitiva foi muito importante, na medida em que A. compreendeu e reconheceu que os pensamentos disfuncionais afetavam as emoções e os comportamentos, sendo necessário trabalhar neles, de forma a torná-los adaptativos.

Ao longo de todo este processo foi-se verificando melhorias ao nível do evitamento, por parte do paciente, conseguindo manter-se ao domingo o dia todo em casa a fazer companhia ao filho deixando de arranjar desculpas para sair e já conseguia falar ao telemóvel/telefone com o filho, mesmo que fosse por breves minutos.

Apesar destas melhorias A. era necessário continuar com o retreinamento respiratório e o relaxamento.

O paciente referiu que ainda tinha muitas dificuldades em começar uma conversa com o filho. Por isso achava-se importante trabalhar e promover algumas competências sociais, principalmente a nível da comunicação e da assertividade, ou seja, como iniciar uma conversa e como dizer o que sente sem magoar o filho, através do *role-play*. Uma

vez que A. gostava muito falar de coisas que o agradam e que na maior parte das vezes eram assuntos da qual o filho não percebia e, porque gostava de ter coragem de dizer ao filho coisas que sentia e que por medo não conseguia dizer. Estas duas falhas provocavam uma certa angústia no paciente.

Depois de isto tudo trabalhado era a altura de se fazer uma Exposição Gradual, que é uma componente que permite complementar todas as trabalhadas anteriormente. Aqui o intuito é refutar avaliações equívocas e extinguir respostas emocionais e comportamentais condicionadas a situações in vivo (Mavissakalian & Barlow, 1981; Barlow, 2009).

Esperava-se que no final deste processo, que A. conseguisse ver as situações temidas de forma diferente e consolidar estratégias que o levassem a lidar melhor com a ansiedade.

2.13. Reflexão Crítica

Durante a terapia a estagiária conseguiu estabelecer uma boa relação terapêutica, existindo uma boa adesão de A. às atividades propostas, o que não se verificou tanto no caso M., e por ter mostrado motivação e força de vontade para a mudança.

O acompanhamento de A. quebrou algumas ideias pré-concebidas, uma vez que no primeiro contato com o paciente a estagiária deu por si a tentar encaixar a sintomatologia numa determinada psicopatologia, no entanto não foi possível de imediato, pois a sintomatologia não era evidente.

Ao longo das sessões, o paciente, revelou entendimento face aos objetivos propostos, mantendo a disponibilidade para colaborar na recolha de dados e nos processos de avaliação e intervenção.

O paciente demonstrou claras dificuldades em cumprir os horários, apesar de ter sido alertado para a importância de ser pontual durante todo o processo terapêutico, o que também provocou uma certa angústia na estagiária.

Reflexão Final

Após o fim do estágio curricular, pode-se concluir que foi uma ferramenta indispensável no enriquecimento da vida da estagiária enquanto psicóloga e enquanto pessoa. Enquanto futura psicóloga o estágio dotou-a de competências profissionais e

enquanto pessoa foi crucial pelas relações que foi estabelecendo e pela superação de desafios que ia conseguindo.

A observação de consultas constituiu o primeiro contato da prática profissional e aqui foi possível perceber na prática tudo o que se aprendeu a nível teórico, tornando as coisas mais claras.

A estagiária ao longo deste estágio foi confrontada com o incumprimento dos trabalhos de casa, com a não comparência dos pacientes à consulta, com a dificuldade de comunicação dos mesmos e as suas características de personalidade, o que muitas vezes criou uma certa angústia. Por isso, foi-lhe exigido uma constante superação e uma constante aprendizagem de melhoramento das abordagens terapêuticas através dos conselhos da sua orientadora.

No início desta etapa levava muitas dúvidas e receios, porque para além da mudança do passar da teoria para a prática já ser muito difícil, a sua primeira opção de local de estágio foi o serviço de Pediatria do Hospital de S. João e teve que haver uma mudança repentina do que já estava planeado há algum tempo. Por isso, para além da mudança do local de estágio houve uma mudança da população alvo. Logo, não se pode negar, que inicialmente a estagiária sentiu uma enorme ansiedade e um enorme medo de falhar.

Deu por si muitas vezes a pensar “será que é isto que realmente quero para a minha vida?”, “será que é nesta área que eu vou ser boa?”, “será que vou conseguir ajudar as pessoas naquilo que elas realmente precisam?”, “será que vou ser capaz de realizar uma consulta?”, “será que vai haver momentos em que não vou conseguir dizer nada?” e “se houver momentos em que não vou saber gerir os silêncios?”. Mas ao longo do estágio, todos estes medos e inseguranças foram aos poucos desaparecendo com a ajuda da sua orientadora e com a observação de consultas.

A integração no serviço correu muito bem, havendo uma grande recetividade tanto por parte da Dra. Carla que sempre se mostrou prestável e preocupada, como por parte de toda a equipa que integra o serviço mostrando-se simpáticos e disponíveis a ajudar.

Por isso, pode-se afirmar que o estágio superou as suas expectativas e a sua integração revelou-se muito boa.

Concluindo, é de salientar que a autonomia e os conselhos dados pela Dra. Carla Pires foram de uma extrema importância, uma vez que se tornou um fator de enriquecimento para o seu futuro profissional.

Referências Bibliográficas

- American Psychiatric Association, (2013). *DSM 5: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. 5ª Edição. Lisboa: Climepsi.
- Baptista, A. (1999). *Eficácia e disseminação dos programas psicológicos de tratamento. O desafio atual*. Revista de Humanidades e Tecnologias, 1, 52-61.
- Baptista, M; Baptista, A. & Dias, R. (2001). *Estrutura e suporte familiar como fatores de risco na depressão*. Psicol. Cienc. Prof. [online], vol. 21, n.2.
- Barlow, D., H. (2008). *Clinical Handbook of Psychological Disorders. A Step-by-Step Treatment Manual*. New York, NY: The Guilford Press.
- Barlow, D., H. (2009). *Manual Clínico dos Transtornos Psicológicos: tratamento passo a passo*. Porto Alegre: Artmed. 4ª Edição.
- Beck, A., Rush, A.J., Shaw, B.F., Emery, G. (1997). *Terapia Cognitiva da Depressão*. Porto Alegre: Artmed.
- Beck, J. (1997). *Terapia Cognitiva: Teoria e Prática*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Bernstein, G.A., & Borchardt, M.D. (1991). *Anxiety disorders of childhood and adolescence: A critical review*. *Journal of the American Academy of Child Psychology and Psychiatry*, 148, 564-577.
- Crujo, M. & Marques, C. (2009). *As perturbações emocionais – ansiedade e depressão na criança e no adolescente*. Rev. Port Clin Geral, 25:576-82.
- Estanqueiro, A. (2009). *Saber lidar com as pessoas: Princípios da comunicação interpessoal*. Lisboa, Portugal: Editorial Presença.
- Ferreira, V. R., Mousquer, D.N. (2004). *Observação em Psicologia Clínica*. *Revista de Psicologia da UnC.*, 2, (1): 54-61.
- Fonseca, A. C. (1998). *Problemas de ansiedade em crianças e adolescentes: Elementos para a sua caracterização e para o seu diagnóstico*. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 18(2), 7-34.

Gameiro, Carona, Pereira, Canavarro, Simões, Rijo, Quartilho, Paredes & Vaz-Serra. (2008). *Sintomatologia depressiva e qualidade de vida na população geral*. Psicologia, Saúde e Doenças, 9(1), 103-112.

Gouveia, J. P. Carvalho, L. (2007). *Pânico: da compreensão ao tratamento*. Lisboa, Climpesi Editores, 3º Edição.

Gusmão, R., Xavier, M., Heitor, M., Bento, A. & Almeida, J. (2005). *O peso das perturbações depressivas: aspetos epidemiológicos globais e necessidades de informação em Portugal*. Acta Méd Port, 18: 129-146.

[Http://portal-chsj.min-saude.pt](http://portal-chsj.min-saude.pt)

Knapp, P. (2004). Princípios Fundamentais da Terapia Cognitiva. In P. Knapp (Ed.), *Terapia Cognitivo-Comportamental na Prática Psiquiátrica* (pp.19-41). Porto Alegre: Artmed.

Leahy, R. & Holland, S. (2000). *Treatment plans and interventions for depression and anxiety disorders*. Nova Iorque: The Guilford Press.

Leal, I. (2000). *Entrevista Clínica e Psicoterapia de Apoio*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Leal, I. (2005). *Iniciação às Psicoterapias*. Lisboa: Fim de Século – Edições, Sociedade Unipessoal, Lda.

Lima, M. (1999). *Epidemiologia e impacto social*. Rev. Bras. Psiquiatr. [online]. Vol. 21, suppl.1, pp. 01-05.

Mavissakalian, M., Barlow, D., H., (1981). *Phobia: psychological and pharmacological treatment*. P. 103- 144.

Newman, M. G., Anderson, N. L. (2007). *Una Revisión de la investigación básica y aplicada sobre el Transtorno de Ansiedad Generalizada*. Revista Argentina de Clínica Psicológica. V. XVI, 7-20.

Pedinielli, J.L., Rouan, G. (2005). A entrevista psicológica. In C. Cyssau (Eds.), *A entrevista em clínica* (pp.51-57). Lisboa: Climepsi Editores.

- Pires, C. M. L. (2003). *Manual de Psicopatologia: uma abordagem biopsicossocial*. Editorial Presença, 2ª Edição.
- Reis, G. & Teixeira, J. (2008). *Agorafobia: Perspetiva fenomenológica e existencial*. *Análise Psicológica*, 25 (4), 675-682.
- Reyes, M. (2003). *A inutilidade do Sofrimento*. Lisboa, Portugal: A Esfera dos Livros.
- Ribeiro, J.L. (1998). *Psicologia da Saúde*. Lisboa, ISPA.
- Ribeiro, J.L. (1999). *Investigação e Avaliação em Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Ribeiro, J.L. (2005). *Introdução à Psicologia da Saúde*. Coimbra: Quarteto.
- Romano, B. W. *Princípios para a prática da psicologia clínica em hospitais*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.
- Sierra, J.C., Buela-Casal, G., Garzón, A., Fernández, M. A. (2001). La entrevista clínica. In Buela-Casal & Sierra (Ed.), *Manual de evaluación y tratamientos psicológicos* (pp.41-71). Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.
- Spillberg, C., Gorsuch, R., & Lushene, R. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Paulo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Tavares, M. (2003). *A entrevista clínica*. In J. Cunha (Ed.), *Psicodiagnóstico-R*. (5ª Ed. Rev.) (pp.45-56). Porto Alegre: Artmed.
- Wells, A., (2009). *Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression*. The Guilford Press. New York. London. P. 154-194.
- Wilkinson, G., Moore, B & Moore, P. (2005). *Guia Prático do tratamento da depressão*. Lisboa: Climepsi Editores.