



RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Gabriela João Madureira Graça

Relatório de Estágio Curricular Integrado no Mestrado em
Psicologia da Saúde e Neuropsicologia

Gandra, janeiro de 2019



RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Gabriela João Madureira Graça

Supervisão: Professora Doutora Alexandra Serra

Relatório de Estágio Curricular Integrado no Mestrado em
Psicologia da Saúde e Neuropsicologia

Gandra, janeiro de 2019

Declaração de Integridade

Gabriela João Madureira Graça, estudante do Mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia do Instituto Universitário de Ciências da Saúde, declara ter atuado com absoluta integridade na elaboração deste Relatório de Estágio.

Confirmo que em todo o trabalho conducente à sua elaboração não recorri a qualquer forma de falsificação de resultados ou prática de plágio (ato pelo qual um indivíduo, mesmo por omissão, assume a autoria do trabalho intelectual pertencente a outrem, na sua totalidade ou em partes dele).

Mais declaro que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros autores foram referenciadas ou redigidas com novas palavras, tendo neste caso colocado a citação da fonte bibliográfica.

Agradecimentos

A conclusão desta etapa da minha vida é um momento muito especial, sendo marcado por diversas pessoas, a quem deixo o meu sincero e profundo agradecimento.

À **minha orientadora**, pela excepcional orientação ao longo de todo o estágio, pela disponibilidade, pela confiança, pela partilha, pela compreensão, pela atenção e pelo apoio, que contribuíram para a melhor experiência que poderia ter tido enquanto psicóloga estagiária.

À **Prof. Dra. Alexandra Serra** por toda a disponibilidade, pelos conselhos, pelas chamadas de atenção e pelo apoio, que foram essenciais para o meu enriquecimento profissional e pessoal.

À **minha mãe**, que sempre mostrou um orgulho imenso em mim, mesmo quando eu falhava, por me ter proporcionado um curso no ensino superior apesar de todas as adversidades, e por me ensinar que não existe sucesso sem tentar e sem aprender que falhar também faz parte.

Aos meus amigos, por acompanharem todo este percurso, por me ouvirem e por me fazerem chorar de tanto rir. Em especial à **Mafalda** e à **Diana** que estão, incondicionalmente, do meu lado sempre que preciso e mesmo quando não preciso, que não só sabem das minhas histórias, como também fazem parte delas. Sem menos importância, tenho que agradecer à **Diana Constante**, que neste ano que passou foi igualmente uma enorme surpresa e um enorme apoio para mim, como companheira de estágio partilhamos muitos momentos e sei que, o que o estágio uniu, ninguém separa.

À **minha família**, que sempre me apoiou.

A todos os profissionais do DPSM, pelo apoio e carinho demonstrados durante o meu período no hospital.

A todos os professores que acompanharam o meu percurso académico, pela transmissão de conhecimentos e valores que farão de mim uma melhor profissional.

Glossário

ACE-R – *Avaliação Cognitiva de Addenbrooke*

BLAD – *Bateria de Lisboa para Avaliações de Demências*

BSI – *Brief Symptom Inventory*

DPOC – *Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica*

DPSM – *Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental*

DSM-V – *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*

EGD – *Escala de Depressão Geriátrica*

ICG – *Inventário de Luto Complicado*

IES-6 – *Escala de Impacto de Eventos – 6*

MMPI – *Inventário Multifásico de Personalidade de Minnesota*

MMSE – *Mini Mental State Examination*

MoCA – *Montreal Cognitive Assessment*

PSPT – *Perturbação de Stress Pós-Traumático*

SCL-90-R – *Symptom Checklist-90 Revised*

TCC – *Terapia Cognitivo-Comportamental*

WAIS-III – *Wechsler Adult Intelligence Scale*

WISC-III – *Wechsler Intelligence Scale for Children*

Índice

Introdução	Pág. 1
I. Caracterização da Instituição	Pág. 2
1.1. Caracterização do Local de Estágio.....	Pág. 2
1.2. Papel do Psicólogo na Instituição	Pág. 3
II. Descrição das Atividades do Estágio	Pág. 5
2.1. Reuniões de Orientação e Supervisão	Pág. 5
2.2. Observação Participante	Pág. 5
2.3. Avaliação Psicológica e Neuropsicológica;	Pág. 6
2.4. Consulta Psicológica	Pág. 7
2.4.1. Estudo de Caso	Pág. 10
2.4.1.1. Identificação	Pág. 10
2.4.1.2. Motivo e Pedido	Pág. 10
2.4.1.3. História de Vida	Pág. 10
2.4.1.4. Genograma Familiar	Pág. 13
2.4.1.5. Processo de Avaliação Psicológica	Pág. 14
2.4.1.6. Enquadramento Conceptual das Problemáticas Psicológicas	Pág. 16
2.4.1.7. Processo de Intervenção Psicológica	Pág. 19
2.4.1.8. Reflexão Final	Pág. 24
2.4.2. Dinamização do Grupo de Estimulação Neuropsicológica	Pág. 25
2.5. Formação Complementar	Pág. 28
Conclusão	Pág. 29
Referências Bibliográficas	Pág. 32
Anexos	Pág. 34

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Casos Clínicos	Pág.9
---------------------------------	-------

Índice de Figuras

Figura 1 – Genograma da família de F.	Pág. 13
--	---------

Índice de Anexos

Anexo 1 – Plano de Intervenção Grupo Terapêutico de Apoio a Pacientes Depressivos

Anexo 2 – Exemplar de Relatório de Avaliação

Anexo 3 – Referenciação do Estudo de Caso

Anexo 4 – Guião de Relaxamento Elaborado pela Estagiária

Anexo 5 – Respiração Diafragmática

Anexo 6 – Relaxamento Imagético

Anexo 7 – Auto registo de Ansiedade Estudo de Caso

Anexo 8 – Guiões de Relaxamento para tarefa de casa

Anexo 9 – Instrumentos Administrados ao Estudo de Caso

Anexo 10 – Dinâmica Estátuas de Família Estudo de Caso

Anexo 11 – Dinâmicas Utilizadas nas Intervenções em Grupo

Anexo 12 – Panfleto Informativo Grupo de Estimulação Neuropsicológica

Anexo 13 – Plano de Intervenção Grupo Terapêutico de Estimulação Neuropsicológica

Anexo 14 – Certificado de Conclusão do Grupo de Estimulação Neuropsicológica

Anexo 15 – Poster Grupo de Estimulação Neuropsicológica

Introdução

O estágio curricular é um momento crucial na finalização do percurso académico, na medida em que viabiliza o primeiro contacto com a prática clínica e permite aplicar todos os conhecimentos e competências previamente adquiridos. Não obstante, também é uma fase de grande enriquecimento pessoal uma vez que, para além da partilha e aquisição de conhecimentos científicos, possibilita a aquisição de valores essenciais enquanto futura profissional.

O presente relatório de estágio curricular está integrado no Mestrado de Psicologia da Saúde e Neuropsicologia do Instituto Universitário de Ciências da Saúde, e tem como finalidade expor todas as atividades. Por conseguinte, o mesmo contempla dois capítulos, o primeiro que remete para a instituição onde decorreu o estágio e o papel do psicólogo na mesma, e um segundo capítulo que dá lugar à descrição da intervenção neste contexto tanto na vertente avaliativa como na vertente de acompanhamento, bem como a participação em grupos terapêuticos e em formações.

O estágio foi realizado no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental (DPSM), sob a orientação de uma psicóloga do local de estágio e supervisão da Professora Doutora Alexandra Serra. Este teve início a 2 de outubro de 2017 e terminou dia 30 de julho de 2018 e, embora o horário semanal definido fosse segundas e terças-feiras das 9h às 16h, este foi sendo adaptado conforme a necessidade. As horas de estágio estabelecidas foram também ultrapassadas uma vez que o grupo terapêutico e os acompanhamentos não tinham ainda terminado.

I. Caracterização da Instituição

1.1. Caracterização do Local de Estágio

O Centro Hospitalar é constituído por duas unidades hospitalares, permitindo a prestação de cuidados de saúde à população das áreas demográficas adjacentes. Este possui uma unidade de internamento, de hospital de dia e de consultas externas, com a finalidade de melhorar a qualidade de vida dos pacientes, assegurando os cuidados de saúde necessários.

O estágio curricular desenvolveu-se no DPSM de uma das unidades hospitalares, o qual dispõe dos Serviços de Psiquiatria, Pedopsiquiatria, a Unidade de Psicologia, Serviço Social de Enfermagem e dos Serviços Administrativos, estes são distribuídos pela consulta externa e pela unidade de internamento parcial (Hospital de Dia).

Estruturalmente, possui cinco psiquiatras, três pedopsiquiatras, quatro psicólogos (dois psicólogos e duas psicólogas estagiárias da ordem), três enfermeiras e uma assistente social, existindo um contacto e uma troca de informações permanentes entre todos, o que promove um melhor acompanhamento de cada caso. Esta unidade funciona no rés-do-chão e é formada por nove gabinetes de consulta (designados para consultas de Psicologia, Psiquiatria, Pedopsiquiatria e Serviço Social), dois gabinetes de enfermagem, uma sala da Unidade de Internamento Parcial (Hospital de Dia), uma sala para as intervenções de grupo, dois átrios que funcionam como sala de espera, uma sala de café e um gabinete dos serviços administrativos.

Como população alvo, esta unidade abrange 13 concelhos, estimando-se uma população de 550.000 habitantes.

No que concerne ao seu campo de ação, este remete maioritariamente para a prevenção secundária, garantindo o tratamento da psicopatologia e o estabelecimento do equilíbrio psíquico, e para a prevenção terciária, que envolve a reabilitação, a inserção social e a redução das consequências da enfermidade. Pretende-se que a prestação de cuidados decorra através de acompanhamento em ambulatório, no sentido de evitar o afastamento do meio em que o paciente está inserido, facilitando a sua reabilitação e integração social.

Todavia, se o internamento mostrar ser a resposta mais adequada para determinado diagnóstico, são dadas todas as condições de habitabilidade, privacidade e segurança nas unidades de internamento.

O Centro de Saúde, os serviços internos, o serviço de urgência e o internamento são responsáveis pelo encaminhamento dos pacientes para a consulta externa de Psicologia/Psiquiatria, que por sua vez prossegue com a respetiva triagem e com a marcação da consulta (via carta ou telefone).

1.2. Papel do Psicólogo na Instituição

"A Psicologia Hospitalar é o campo de entendimento e tratamento dos aspetos psicológicos em torno do adoecimento" (Simonetti, 2004). Não obstante, segundo Teixeira (2004), a *"Psicologia da Saúde é a aplicação do conhecimento e das técnicas psicológicas à saúde, às doenças e aos cuidados de saúde"* (Marks et al., 2000; Odgen, 2000; cit. in Teixeira, 2004).

O ambiente hospitalar é por si só um fator que potencia sentimentos como a insegurança, ansiedade, *stress*, angústia, sofrimento, entre outros, sendo necessária uma humanização do mesmo. Uma vez que, nem sempre, os pacientes se sentem compreendidos e ouvidos torna-se primordial resgatar as suas dimensões psíquicas, sociais e espirituais (Pessini & Bertachini, 2004; cit. in Mota, Martins & Vêras, 2006).

Quando as vivências psicológicas, conscientes ou não, precipitam um processo patogénico, consideram-se fatores psicológicos desencadeantes que atuam sobre uma vulnerabilidade física já existente. Todavia, às vezes as vivências psicológicas não estão associadas ao início da doença, mas contribuem para o agravamento do quadro clínico ou dificultam o tratamento, sendo consideradas fatores psicológicos agravantes (Simonetti, 2004).

Atualmente aceita-se que a doença é um fenómeno complexo, que comporta várias dimensões, como a biológica, a psicológica e a cultural. Nesse sentido, no contexto hospitalar, a psicologia não trata somente as doenças do foro psíquico, mas também os aspetos psicológicos de qualquer doença (Mota, Martins & Vêras, 2006).

No DPSM, a função do psicólogo passa pelos cuidados de saúde secundários e terciários, na medida em que realiza atendimento psicoterapêutico individual e de grupo e avaliação diagnóstica. Para responder às diferentes necessidades dos indivíduos é essencial a boa coordenação e comunicação com outros profissionais, como médicos psiquiatras, enfermeiros, técnicos de segurança social, entre outros, uma vez que os pacientes podem ser acompanhados nas mais diversas valências. Tendo como objetivo a melhoria do processo de tratamento, de adaptação e de integração, torna-se então necessária uma camaradagem entre os diversos profissionais de saúde envolvidos no processo clínico do paciente para que possa ser possível alcançar as metas propostas da forma menos custosa para o mesmo.

Uma vez que são acompanhados indivíduos de várias faixas etárias é também essencial haver uma adequação da abordagem terapêutica, sendo possível fazer uma distinção das problemáticas e do tipo de acompanhamento consoante as mesmas. Assim, nas crianças e nos adolescentes as problemáticas mais frequentes remetem para problemas de ansiedade e insucesso escolar e as consultas são, usualmente, individuais, existindo a vertente terapêutica de grupo nas férias escolares, com o Grupo Terapêutico de Relaxamento. Relativamente aos adultos, as problemáticas mais frequentes remetem para problemas de ansiedade e de depressão, e as consultas são tanto individuais como de grupo. No caso dos acompanhamentos em grupo, estes permitem dar uma maior e mais rápida resposta, abordando diferentes problemáticas, como é o caso do Grupo Terapêutico de Apoio a Pacientes Depressivos, o Grupo Terapêutico de Estimulação Cognitiva, o Grupo Terapêutico de Treino de Competências. Existe ainda o internamento no Hospital de Dia para indivíduos que requerem um maior acompanhamento, e a valência avaliativa, que tem a finalidade de dar suporte à psiquiatria e a dar resposta a pedidos específicos (tribunais, escolas, entre outros), em casos que, para além do acompanhamento, requerem uma avaliação neuropsicológica, psicopatológica ou de personalidade.

II. Descrição das Atividades do Estágio

2.1. Reuniões de Orientação e Supervisão

A orientação do estágio curricular no DPSM foi realizada por um dos psicólogos do serviço. Esta decorreu durante todo o período de estágio, através de reuniões semanais que, por norma, eram realizadas de manhã, contudo quando surgia a necessidade eram realizadas mais reuniões.

Numa fase inicial a orientação foi mais direcionada para os objetivos do estágio, para o que era esperado do mesmo e para o esclarecimento de dúvidas, e numa fase posterior mais focada nos acompanhamentos e nas avaliações, nas problemáticas inerentes aos mesmos e em possíveis dúvidas.

À parte disto, foi também realizada a supervisão do estágio pela Prof. Dra. Alexandra Serra. Com esta, realizaram-se reuniões com uma frequência quinzenal, com a finalidade de esclarecer dúvidas relativas ao estágio, particularmente sobre as avaliações psicológicas realizadas, sobre os acompanhamentos e as problemáticas inerentes, bem como a discussão das atividades realizadas tanto nos acompanhamentos como nos grupos.

Não obstante, ao longo do período de estágio houve uma comunicação ativa entre a orientação e a supervisão para dar resposta às necessidades da estagiária, potenciando os ganhos curriculares do estágio.

2.2. Observação Participante

Numa fase inicial, o estágio destinou-se à observação participante. Assim, sensivelmente durante um mês, procedeu-se à observação de consultas de acompanhamento, de avaliação psicológica, e aos grupos terapêuticos. Mais concretamente, foi possível assistir a consultas de apoio psicológico com diferentes faixas etárias, à administração de instrumentos de avaliação neuropsicológica, psicopatológica e de personalidade, bem como assistir ao Grupo Terapêutico de Apoio a Doentes Depressivos, desde o seu início, e

ao Grupo de Estimulação Neuropsicológica que já estava a decorrer. No que concerne ao primeiro grupo, a participação da estagiária foi mais ativa, tendo em conta que esteve presente em todas as sessões, tendo a oportunidade de participar em todas as dinâmicas realizadas (Anexo 1).

A fase de observação foi essencial para alcançar os objetivos propostos, pois permitiu aprofundar, desenvolver e melhorar competências e conhecimentos de avaliação e intervenção clínica, uma vez que viabilizou os primeiros contactos com a prática clínica. Não obstante, foi também imprescindível para a adaptação ao meio hospitalar e ao modo de funcionamento do mesmo, promovendo uma melhor prática clínica.

2.3. Avaliação Psicológica e Neuropsicológica

A avaliação psicológica remete para um processo compreensivo, realizado através de instrumentos válidos e fundamentados do ponto de vista científico, dando resposta às necessidades específicas de cada caso (Fernandes, 2015). Este tem como propósito a produção de hipóteses ou diagnósticos sobre o funcionamento intelectual, as características de personalidade, marcadores psicopatológicos, entre outros, de um indivíduo ou grupo (Hutz, Bandeira, & Trentini, 2015).

O processo de avaliação psicológica contempla, por norma, seis momentos, entre os quais a recolha de dados anamnésicos, a administração de instrumentos, a análise, cotação e interpretação dos resultados, a elaboração do respetivo relatório e a devolução dos resultados. É de salientar que a interpretação dos resultados se baseia na integração da informação obtida através da recolha de dados anamnésicos, dos instrumentos e da observação clínica (Ricou, 2016), de forma a ajustar a resposta às especificidades de cada indivíduo.

Uma vez que já havia um contacto prévio com alguns dos instrumentos avaliativos utilizados no DPSM, a fase de observação das avaliações foi mais curta, resultando numa autonomização mais rápida da estagiária, nesse sentido. Assim, foram realizadas 46 consultas de avaliação psicológica e/ou neuropsicológica, seguidamente às quais, se procedeu à cotação dos instrumentos e à elaboração do respetivo relatório (Anexo 2).

O serviço dispunha de uma vasta seleção de instrumentos, dos quais, os mais utilizados foram o *Mini Mental State Examination* (MMSE), o *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA), a *Avaliação Cognitiva de Addenbrooke* (ACE-R), a *Bateria de Lisboa para Avaliações de Demências* (BLAD), a *Wechsler Adult Intelligence Scale* (WAIS-III), a *Wechsler Intelligence Scale for Children* (WISC-III), a *Escala de Depressão Geriátrica* (EGD), a *Escala de Ansiedade de Auto-Avaliação de Zung*, a *Escala de Depressão de Auto-Avaliação de Zung* e o *Teste de Retenção Visual de Benton* para avaliação neuropsicológica, a *Symptom Checklist-90 Revised* (SCL-90-R) e a *Brief Symptom Inventory* (BSI) para avaliação psicopatológica e, por fim, para avaliação de personalidade era utilizado o *Inventário Multifásico de Personalidade de Minnesota* (MMPI).

Embora estes sejam os instrumentos mais utilizados, tendo em conta as problemáticas mais recorrentes, quando a especificidade e a contextualização de um caso assim o exigem, são utilizados outros instrumentos para além dos mencionados, para poder dar uma resposta mais adequada.

Entre os vários processos de avaliações realizados, evidenciou-se uma referenciação para avaliação neuropsicológica e psicopatológica no âmbito das consultas >60. O paciente mostrou-se desorientado no tempo e no espaço, com um discurso pouco perceptível e lentificado e com atividade heteróloga observável. Foram aplicados o ACE-R e o BSI, nos quais se verificou um severo comprometimento de todos os domínios cognitivos e valores significativamente elevados nas escalas de depressão, hostilidade e somatização, inferindo-se um severo quadro demencial com patologia depressiva. Este processo avaliativo ocorreu no início do período de estágio, tendo sido um desafio para a estagiária levar cabo os procedimentos psicométricos, atendendo à tendência que o paciente demonstrou em desviar a conversa para temáticas angustiantes para si relacionadas com a atividade heteróloga.

2.4. Consulta Psicológica

A Psicologia no contexto da saúde tem como finalidade compreender a influência que os fatores biológicos, comportamentais e sociais detêm sobre a saúde e sobre a doença (APA, 2003; cit. in Castro, 2004). Por conseguinte, esta tem por base o modelo

biopsicossocial e, reunindo conhecimentos de diversas valências da psicologia, objetiva a promoção e educação para a saúde. Esta vai além do trabalho institucional, na medida em que visa capacitar o indivíduo para ser agente da sua transformação, fornecendo-lhe ferramentas para que este aprenda a lidar, controlar e melhorar a sua qualidade de vida (Castro, 2004).

A atuação desta recai, predominantemente, sobre a educação para a saúde, a intervenção em crise, o acompanhamento psicológico, os grupos terapêuticos e a promoção e o treino de competências sociais e de estratégias de *coping* adequadas, focando a melhoria da gestão de conflitos, do autocuidado, da facilitação da mudança de comportamentos de risco, entre outros (Teixeira, 2004).

No DPSM, a intervenção psicológica tem em vista a aproximação ao utente e aos seus cuidadores, a articulação com os Cuidados de Saúde Primários, uma abordagem sob a perspectiva biopsicossocial e a promoção da Saúde Mental (DPSM, 2018). Esta apoia-se na Terapia Cognitivo Comportamental (TCC), a qual reúne conhecimentos e técnicas cognitivas e comportamentais e tem revelado ser bastante eficaz no tratamento de várias perturbações mentais, neste contexto (Cordioli & Knapp, 2008). A TCC emprega diversas técnicas, entre as quais, a psicoeducação, o relaxamento muscular, a reestruturação cognitiva, o *role-play*, entre outros (Manfro, Heldt, Cordioli, & Otto, 2008).

Seguidamente à fase de observação foi permitido à estagiária ter os seus processos de acompanhamento de uma forma mais autónoma, ainda que sob supervisão da orientadora. Neste sentido, para cada acompanhamento foi desenvolvido, pela mesma, um programa de intervenção que era discutido com a orientadora de forma a melhorar a resposta dada nos diferentes acompanhamentos. Não obstante, os programas de intervenção eram também discutidos com a supervisora.

No que concerne às problemáticas mais frequentes, estas variam, sobretudo, consoante a faixa etária e, uma vez que os processos de acompanhamento se centraram em indivíduos adultos do género feminino, as problemáticas direccionaram-se mais para perturbações de depressão, ansiedade e problemas familiares, ainda que com as suas especificidades.

Esta foi a fase mais gratificante do período de estágio, na medida em que possibilitou colocar em prática os conhecimentos até à data adquiridos, permitindo também a

obtenção de competências com um cariz mais prático e clínico, complementando a formação da estagiária.

Na tabela seguinte é possível observar uma breve descrição dos processos de acompanhamento.

Tabela 1
Casos Clínicos

Identificação	Problemática	Avaliação Psicológica	Abordagem Terapêutica	Observações
G. C. 55 anos 10 consultas	Depressão	BSI Escala de Depressão de Zung	TCC Relaxamento muscular Reestruturação Cognitiva	Alta
I. M. 41 anos 4 consultas	Depressão	-----	Relaxamento muscular Reestruturação Cognitiva	Alta por abandono
F. 44 anos 10 consultas	Luto e PSPT	SCL-R-90 ICG IES-6	TCC Relaxamento muscular Reestruturação Cognitiva	Reencaminhamento
M. S. 53 anos 4 consultas	Problemas Conjugais Ansiedade	-----	TCC Relaxamento muscular	Alta por abandono
M. P. 52 anos 5 consultas	Depressão	BSI Escala de Depressão de Zung	TCC Relaxamento muscular	Referenciada Grupo Cuidadores
M. C. 46 anos 7 consultas	Ansiedade	Programa de Prevenção de Recaídas	TCC Relaxamento muscular Reestruturação Cognitiva	Alta

2.4.1. Estudo de Caso

2.4.1.1. Identificação

F. tem 44 anos e é do género feminino, é casada, reside em Felgueiras com o marido e com as duas filhas, tem o 9º ano de escolaridade e trabalha como operária numa fábrica de calçado.

2.4.1.2. Motivo e Pedido

A mesma foi referenciada pela médica de cirurgia colorretal, com queixas de *“labilidade emocional e trauma por cirurgias complicadas no passado”* (Anexo 3).

Inicialmente a paciente apresentou bastante resistência ao acompanhamento psicoterapêutico, estando este facto relacionado com as queixas apresentadas na referenciação, sendo evidente a dificuldade em confiar em técnicos de saúde.

2.4.1.3. História de Vida

F. nasceu a 1 de novembro de 1973 e é a mais nova de uma fratria de 7 irmãos. Salienta que sempre foi saudável, nunca tendo tido nenhum problema grave de saúde. Menciona que tinha um baixo estatuto socioeconómico, passando por algumas dificuldades financeiras uma vez que tinha uma família numerosa, no entanto, reforça que sempre foi uma família muito feliz e muito unida. Os irmãos mais velhos são os padrinhos da paciente.

Esta afirma ter uma excelente relação com todos os irmãos e com os pais, reforçando a união da família, e o quanto esta foi importante na sua infância para ultrapassar as dificuldades financeiras, proporcionando-lhe uma infância feliz e normal, dentro das limitações que tinham na altura. Apesar de se dar bem com todos os irmãos confessa que tem uma relação mais próxima com duas das suas irmãs mais velhas, como está explícito no genograma.

Embora reconheça a importância da educação, F. refere que devido às dificuldades financeiras tanto ela como os seus irmãos começaram a trabalhar muito cedo, tendo terminado o 9º ano de escolaridade posteriormente, já adulta. No que diz respeito ao enquadramento profissional, a paciente sempre trabalhou como operária fabril, atualmente trabalha numa fábrica de calçado na sua localidade e depois “faz umas horas” (sic) para uma senhora na área da costura. Esta revela estar satisfeita com a sua vida profissional, mencionando que “sempre gostou de trabalhar” (sic).

Casou com 20 anos, estando casada há 24, tem 2 filhas gêmeas de 23 anos. Afirma ter uma ótima relação com o marido, descrevendo-o como o oposto de si, sendo uma pessoa bastante calma e tranquila com a qual raramente discute ou tem problemas. Refere que as filhas são o único motivo pelo qual é capaz de se desentender com o marido, uma vez que quando F. se chateia com as filhas o marido *“as defende sempre e nunca as chama à atenção para nada, vendo-se sempre obrigada a assumir o papel de má da fita”* (sic). Relativamente às filhas, F. demonstra ser uma mãe orgulhosa, dizendo que *“nunca foram crianças de dar problemas, que têm a cabeça no sítio, que são esforçadas e amorosas”* (sic), contudo sente uma grande tristeza e uma grande preocupação porque *“acha que elas não sabem desenrascar-se sozinhas, falam muito pouco, não têm muitos amigos e sempre foram viradas muito uma para a outra”* (sic). Esta preocupação acaba por gerar mais conflitos com as filhas, na medida em que a paciente tenta que estas se tornem mais autónomas e nem sempre as filhas cumprem o que F. lhes pede. Nestas ocasiões mais conflituosas entre a paciente e as filhas, F. menciona que gostava que o marido lhe desse mais apoio uma vez que, por norma, este não intervém, ou quando o faz é para defender as filhas.

As filhas nasceram em junho de 1995, através de cesariana. No pós-operatório F. desenvolveu uma infeção generalizada tendo sido submetida a uma cirurgia de urgência. Esta teve complicações, as quais resultaram em problemas intestinais crónicos, nomeadamente Hemorroidas Externas Trombosadas e Prolapso Rectal. Esta teve alta em agosto do mesmo ano e, durante o tempo que esteve internada, afirma ter sido maltratada pelas enfermeiras e auxiliares de saúde, tendo sido *“tratada que nem uma cadela”* (sic), afirmando que *“não se faz a ninguém”* (sic) aquilo que lhe fizeram. Esta chega a afirmar que poderiam ter descoberto a infeção mais cedo se tivessem prestado

atenção às suas queixas, entre as quais *“eu não me conseguia mexer de dores, não conseguia pegar nas minhas filhas nem lhes dar de comer, não conseguia ir ao quarto-de-banho, e elas diziam que eu era preguiçosa e mimela e queriam obrigar-me”* (sic). Após esta situação F. teve que alterar por completo a sua rotina ocupacional bem como os hábitos alimentares, uma vez que o seu problema requer vários cuidados diários, tendo como efeitos secundários dores constantes, refluxo gástrico acentuado e alterações no trânsito intestinal que lhe provocam um elevado decréscimo da qualidade de vida.

Desde então já foi submetida a 3 cirurgias aos intestinos, das quais, 2 foram realizadas pouco depois do parto das filhas e a última sendo mais recente. As quais não foram isentas de riscos e complicações, uma vez que F. é alérgica ao latex, componente inerente ao material cirúrgico.

Em maio de 2017, o pai de F. foi internado. Este tem Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) e teve um agravamento do seu estado de saúde. Devido à idade e ao estado de saúde aquando o internamento, o pai da mesma foi imobilizado durante todo o internamento (cerca de 3 semanas), pois a equipa de enfermagem alegava que este se tornava agressivo em momentos de pouca lucidez. A paciente afirma que não havia necessidade de *“terem prendido o meu pai, ele não faz mal a ninguém”* (sic), acrescentando que os técnicos de saúde não tinham cuidado nenhum com o mesmo, deixando-o com marcas físicas, como pisaduras e feridas, as quais a paciente registou fotograficamente. Atualmente, o pai de F. encontra-se em casa, estando ao cuidado dos filhos que se revezam, uma vez que nenhum tem possibilidade de ficar a tempo inteiro com o mesmo. A paciente fica todos os fins-de-semana em casa dos pais para tomar conta destes.

Em simultâneo, a irmã de F. esteve internada cerca de 4 a 5 semanas noutra hospital, sendo posteriormente transferida para o hospital de S. João, uma vez que o seu estado de saúde se agravou, tornando-se imprescindível um transplante de coração, o segundo a que seria submetida, pois esta *“sempre teve problemas de coração, sempre foi muito doentinha”* (sic). Durante o internamento, a paciente relata que a irmã foi muito bem tratada, inclusive *“ela só comia fruta e elas levavam-lhe a fruta descascada e partida, e ajudavam-na a comer porque ela tinha muitas dificuldades em engolir e engasgava-se muito”* (sic). No hospital de S. João, já depois de ter sido submetida ao transplante de

coração a irmã da paciente não revela melhorias, ficando nos cuidados intensivos, onde acabou por falecer em agosto. Aqui a paciente menciona, mais uma vez, maus tratos por parte dos técnicos de saúde, uma vez que *"ela tinha acabado de ser operada, estava cheia de dores, nem falar conseguia, e elas queriam que ela andasse, metia dó só de as ver a tirá-la da cama para a sentar no cadeirão, ela só queria estar deitada"* (sic) e *"se ela estava tão mal, se não havia melhorias, qual era a necessidade de a forçarem a fazer o que ela não queria, quando a podiam deixar estar sossegada, ela estava cheia de dores e elas só diziam que tinha que ser e que ela tinha que deixar de ser preguiçosa"* (sic). Este acontecimento é algo que ainda marca bastante a vida de F., a forma como passou a estar na vida e a forma como se relaciona com as pessoas, sendo que a mesma admite que agora não tem tanta paciência, vontade e entusiasmo para nada.

2.4.1.4. Genograma Familiar

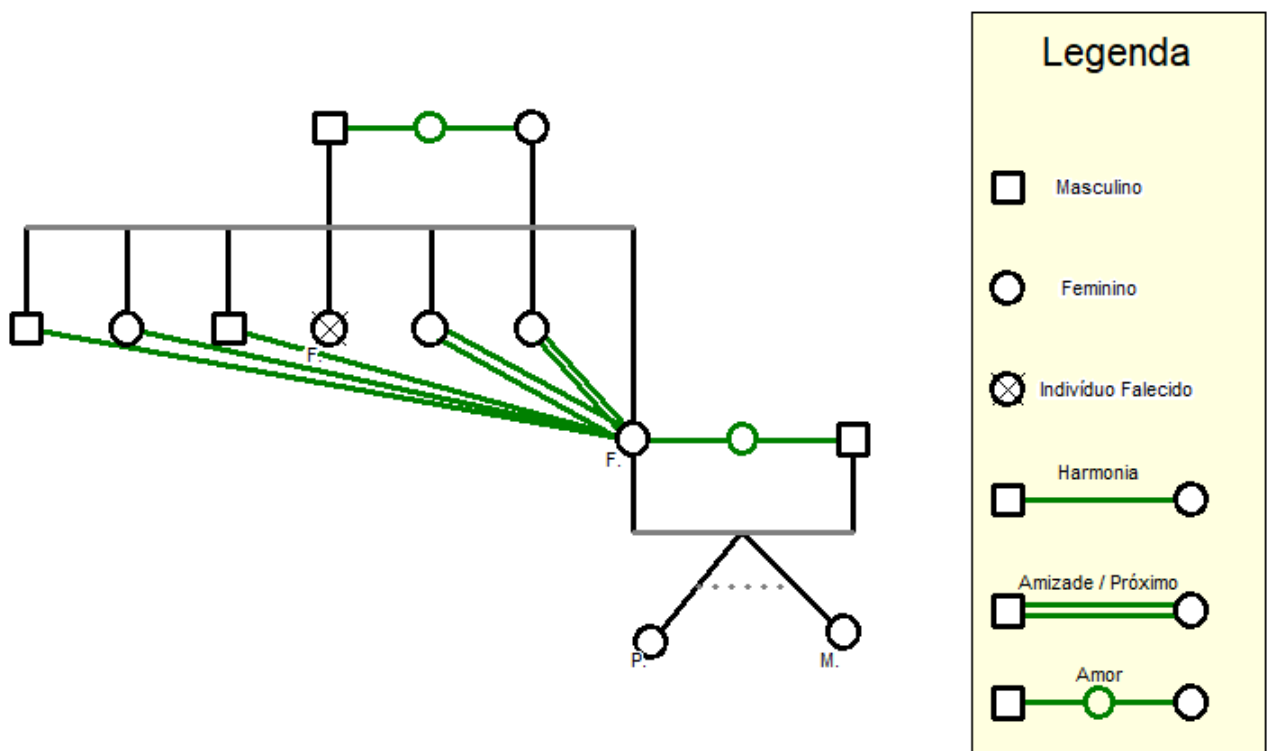


Figura 1: Genograma da família de F.

2.4.1.5. Processo de Avaliação Psicológica

A avaliação psicológica traduz-se num processo, durante o qual, o psicólogo procura adquirir informações contextualizadas sobre o paciente e os seus problemas, utilizando diversos meios e instrumentos para essa finalidade, resultando num todo coerente.

Devido aos eventos mencionados na história de vida, F. revelou uma elevada dificuldade em confiar em técnicos de saúde e, não tendo F. procurado acompanhamento psicológico por iniciativa própria, esta não se mostrou totalmente de acordo quanto à necessidade do mesmo. Consequentemente, a paciente demonstrou uma postura de marcada defensividade, litigante e de grande resistência, colocando várias vezes à prova a estagiária ao longo do acompanhamento, o que dificultou a construção de uma relação terapêutica sólida. Apesar da falta de confiança no acompanhamento psicológico, a paciente mostrou-se colaborante, sendo que à medida que as sessões foram decorrendo e a confiança foi aumentando se verificou uma melhoria acentuada da relação terapêutica.

Por conseguinte, o processo de avaliação psicológica foi realizado na sessão 7, uma vez que foi de maior importância, numa fase inicial, reforçar a relação terapêutica dada a problemática da paciente. F. colaborou com todos os procedimentos psicométricos, contudo mostrou alguma resistência e dificuldade em responder a determinados itens associados a temas mais sensíveis para a mesma.

Assim, tendo em consideração as problemáticas já mencionadas, foi administrado o *Symptom Checklist-90 – Revised* (SCL-90), com a finalidade de avaliar a presença de marcadores psicopatológicos e de sintomas de desajustamento emocional. Este é um instrumento de autorrelato, desenvolvido por Derogatis (1994; Laloni, 2011), sendo constituído por 90 itens avaliados em função de 9 dimensões primárias, as quais a somatização (12 itens), obsessão-compulsão (10 itens), sensibilidade interpessoal (9 itens), depressão (13 itens), ansiedade (10 itens), hostilidade (6 itens), ansiedade fóbica (7 itens) e psicoticismo (10 itens), e de 3 índices globais, o índice geral de sintomas, o número de sintomas positivos e o índice de sintomas positivos. A cotação é realizada através de uma escala *Likert* de 5 pontos, onde 0 corresponde a “nunca” e 4 corresponde a “muitíssimas vezes”, que se referem a diferentes níveis de mal-estar (Laloni, 2011). A tradução do instrumento para a língua portuguesa foi realizada por Batista (1993), a qual

revelou uma boa consistência interna com valores do Alfa de Cronbach a variar entre 0.74 e 0.97 (Laloni, 2011).

Os resultados obtidos por F. na SCL-90-R revelam alguns índices sintomatológicos significativamente elevados, como a Somatização (1.75; M=0.55; DP=0.48) e a Depressão (1.54; M=0.65; DP=0.45), apresentando também valores elevados de Ansiedade (0.90; M=0.29; DP=0.38) e Hostilidade (1.17; M=0.79; DP=0.6). Os valores elevados da Somatização estão associados aos diversos problemas de saúde da paciente, a depressão e a hostilidade são inerentes ao processo de luto, pelo qual a mesma está a passar, e a ansiedade remete para uma ansiedade traço intrínseca ao seu funcionamento ansioso.

Foi também administrado o *Inventário de Luto Complicado* (ICG) a fim de perceber os sintomas de luto presentes na paciente, para avaliar se o mesmo é normativo ou patológico. Este foi desenvolvido por Prigerson et al. (1995), e é formado por 19 itens, utilizando também uma escala *Likert* de 5 pontos como método de cotação, no qual 0 corresponde a "nunca" e 4 corresponde a "sempre" (≥ 25 luto patológico). A tradução do instrumento para a língua portuguesa foi realizada por Rocha et al. (2018), a qual demonstrou ter uma boa consistência interna com um Alfa de Cronbach de 0.91 (Rocha, et al., 2018).

Neste a paciente obteve um total de trinta e oito pontos, sendo sugestivo de um processo de luto não normativo.

Por fim, foi administrada a *Escala de Impacto de Eventos – 6* (IES-6), com o objetivo de avaliar a existência de sintomas de *stress* traumático significativos, inerentes aos eventos já relatados. Esta é a versão reduzida da escala original criada por Weiss e Marmar (1997) (Rocha, et al., 2018), sendo então composta por 6 itens, cotados também através de uma escala de *Likert*, onde 0 corresponde a "nunca" e 4 corresponde a "extremamente" ($> 12,5$ Perturbação de Stress Pós-Traumático (PSPT)). A validação do instrumento na língua portuguesa foi realizada por Rocha et al. (2007) e revelou uma boa consistência interna com um valor de Alfa de Cronbach de 0.84 (Rocha, et al., 2018).

A avaliação do impacto dos eventos experienciados pela paciente é sugestiva de PSPT, uma vez que F. obteve um total de dezassete pontos.

2.4.1.6. Enquadramento Conceptual das Problemáticas Psicológicas

Os acontecimentos da história de vida anteriormente citados mostram ser fatores precipitantes na problemática atual da paciente. Assim, esta mostra alguma dificuldade em confiar nos cuidados de saúde e nos técnicos de saúde, evidenciando revolta, mágoa, hostilidade e paranoia no que diz respeito às situações mencionadas. Verificam-se alguns fatores predisponentes associados aos traços de personalidade da mesma, como o funcionamento ansioso, o elevado grau de exigência para consigo e para com os que a rodeiam, a postura hipervigilante e a auto culpabilização. Desta forma, a paciente revela um receio exacerbado do contacto com técnicos de saúde, na medida em que tem "*medo das represálias*" (sic) de algo que possa dizer ou fazer, o que potencia o estado de contenção e de tensão da mesma e aumenta a desconfiança e a hipervigilância, pondo em causa qualquer processo terapêutico.

Posto isto, e tendo em conta o estado mental apresentado pela paciente durante o acompanhamento, a avaliação psicológica e as queixas apresentadas na referenciação, é possível inferir um quadro de PSPT.

Um evento traumático é caracterizado pela sua capacidade de provocar medo, desespero e terror perante um estímulo ameaçador, sendo que um indivíduo que experiencia um evento traumático tem mais possibilidades de desenvolver PSPT, depressão, perturbação de ansiedade generalizada, ataques de pânico e abuso de substâncias, podendo também originar sintomas somáticos, como hipertensão, asma e dor crónica. Para ser diagnosticado com PSPT um indivíduo tem que ter sido exposto a um evento traumático ou de *stress* extremo, ao qual o mesmo responde com os sintomas acima mencionados, e apresentar três tipos distintos de sinais, os quais a revivência do evento, o evitamento do evento e a hipervigilância, durante pelo menos um mês (Yehuda, 2002).

Segundo Andrykowski e Cordova (1998; cit in Figueiredo, 2007) a perceção de cada indivíduo acerca do diagnóstico, prognóstico e da ameaça de novos tratamentos pode, por si só, constituir uma experiência traumática. Desenvolvem-se ao longo do tempo várias situações complexas, como a suspeita de doença, o diagnóstico, os tratamentos com os seus efeitos colaterais, as consultas de *follow-up*, os exames e, por vezes, as notícias de reincidência, que provocam uma exposição contínua às recordações da doença e dos seus

sintomas, dificultando assim o tratamento da PSPT (Passik & Grummon, 1998, cit in Figueiredo, 2007).

Segundo o DSM-V (APA, 2013) F. preenche todos os critérios de PSPT, sendo eles (A) a exposição a episódio concreto ou ameaça de morte, lesão grave ou violência sexual, o qual remete para a infecção grave generalizada vivida pela paciente após o parto das filhas que provocou danos físicos graves e crónicos que a sujeitaram a várias cirurgias ao longo dos anos, esta infecção expôs a paciente à vivência da ameaça à sua integridade física e do seu futuro; (B) a presença de um (ou mais) sintoma intrusivo associado ao evento traumático, iniciado depois da sua ocorrência, referente às memórias que F. relata dos meses em que esteve internada e da forma como foi tratada *“que ninguém merece, nem um animal”* (sic) e referente ao medo exacerbado que tem do contacto com os cuidados e os técnicos de saúde; (C) evitação persistente de estímulos associados ao evento traumático, começando após a ocorrência do evento, alusivo aos esforços que a paciente faz para evitar recordar e pensar sobre os eventos traumáticos e para evitar o contacto com os cuidados de saúde e com os técnicos de saúde; (D) alterações negativas cognitivas e de humor associadas ao evento traumático que iniciaram ou pioraram após a sua ocorrência, que concerne às crenças e expectativas negativas persistentes e exageradas de F. a respeito dos técnicos de saúde, nomeadamente que *“basta uma não gostar de nós e implicar que as outras vão todas atrás, são todas contaminadas”* (sic); (E) alterações marcantes na excitação e na reatividade associadas ao evento traumático, que começaram ou pioraram após o evento, que diz respeito ao comportamento irritadiço da paciente, mais especificamente quando esta se *“chateia por coisas de nada com as filhas e tem noção que diz coisas que não devia”* (sic), à hipervigilância e aos seus problemas de sono; (F) a perturbação dura há cerca de 23 anos; (G) a perturbação causa sofrimento clinicamente significativo e prejuízo social, profissional e pessoal à paciente, na medida em que esta teve que alterar a sua rotina de forma significativa, teve um decréscimo significativo da qualidade de vida, e *“não tem vontade de fazer nada”* e *“teme pela sua vida”* (sic); (H) a perturbação não se deve aos efeitos fisiológicos de uma substância ou a outra condição médica.

Os dados anamnésicos recolhidos, as queixas apresentadas na referência e a avaliação psicológica foram sugestivos de um possível quadro de PSPT, do mesmo modo, e

considerando o humor e postura apresentados pela paciente durante o processo de acompanhamento, foi possível inferir um possível quadro de luto complicado.

“A morte do outro configura-se como a vivência da morte em vida. É a possibilidade de experiência da morte que não é a própria, mas é vivida como se uma parte nossa morresse, uma parte ligada ao outro pelos vínculos estabelecidos” (Kóvacs, 2002).

Ao longo dos anos tem sido largamente discutido se o luto deveria ou não ser considerado como doença mental, não havendo ainda consenso, em parte devido ao facto de este ser um processo e não um estado, envolvendo vários quadros clínicos que se intercalam (Parkes, 1998). De acordo com Bowlby (1980; cit in Ramos, 2016), este contempla quatro fases, sendo a primeira o choque, no qual o indivíduo não reconhece a perda, seguidamente vem o protesto, onde há a procura pela pessoa perdida, a terceira fase é o desespero, onde o indivíduo percebe a perda como permanente, e por último vem a aceitação, que acontece quando o indivíduo começa a retomar o seu funcionamento normal e há uma adaptação à perda. O luto deixa de ser normativo quando não segue o decurso expectável, assim, no caso de F. foi possível verificar que esta não aceita ainda a morte da irmã, demonstrando ainda muitos sentimentos de revolta, mágoa, raiva e negação relativamente a este acontecimento e às circunstâncias nas quais ocorreu. Atualmente, o DSM-V já contempla o luto complicado como uma categoria de perturbação mental, todavia, existe ainda alguma controvérsia uma vez que os critérios que o diferenciam de outras perturbações mentais, não são ainda totalmente consensuais (Ferreira, 2010).

Os sintomas que caracterizam o luto complicado e a PSPT são semelhantes, tendo em conta que ambos partem da vivência de um evento traumático, e ambos podem fazer-se acompanhar pela sensação de choque, desamparo, imagens intrusivas e comportamento de evitamento. Todavia existem algumas diferenças, entre elas o estado emocional primário, que na PSPT é o medo e no luto complicado é a tristeza (Gibson, 2006; cit in Ferreira, 2010). Para alguns autores existem vários tipos de luto complicado e, tendo em consideração a contextualização do processo de luto da paciente, é possível sugerir um luto traumático, uma vez que se verificam não só reações de luto, como de trauma, nomeadamente, altos níveis de ansiedade, evitação de situações e pensamentos que evoquem a perda, entre outros (Mazorra, 2009). É importante salientar que, para além

destes fatores, o contexto em que se deu a perda se relaciona com os eventos traumáticos que F. experienciou, verificando-se aqui um fator de manutenção, apontando-se também, como tal, o ambiente familiar de F., uma vez que os sentimentos de revolta, fúria, mágoa, entre outros, são validados e potenciados pelos irmãos da mesma.

A depressão é um quadro inerente tanto à PSPT como ao processo de luto, podendo ocorrer episódios depressivos major. Contudo, o diagnóstico de Perturbação de Depressão Major não se adequa neste caso, uma vez que a paciente não preenche todos os critérios do mesmo e, também, porque os critérios B e C de PSPT deveriam estar ausentes em F. e não estão (APA, 2013).

2.4.1.7. Processo de Intervenção Psicológica

Dada a contextualização do caso, a intervenção psicológica teve por base a TCC, a qual visa a integração de pressupostos e técnicas cognitivas e comportamentais (Bahls & Navolar, 2004), com a finalidade de identificar e corrigir os pensamentos e as crenças desadequados, possibilitando a mudança de comportamento. Esta tem-se mostrado eficaz no tratamento de diversos problemas, entre os quais, a ansiedade, o luto e o trauma (Basso & Wainer, 2011; Bahls & Navolar, 2004).

As estratégias mais eficazes nestas problemáticas são o Treino de Competências Sociais, Estratégias de *Coping*, a Reestruturação Cognitiva e o Programa de Prevenção de Recaída, que utilizam técnicas como a Psicoeducação, o Registo de Pensamentos Disfuncionais, a Dessensibilização Sistemática, entre outros (Basso & Wainer, 2011).

De um ponto de vista geral, os objetivos da intervenção psicológica passaram pela promoção de estratégias de coping adaptativas e pela reestruturação cognitiva com a finalidade de F. adquirir ferramentas para lidar com os eventos traumáticos e com o processo de luto de uma forma normativa. Paralelamente, objetiva-se a aquisição de competências ao nível da assertividade, do controlo de impulsos e do controlo dos níveis de ansiedade, com a finalidade de capacitar a paciente para uma gestão mais adequada dos conflitos com as suas filhas e os técnicos de saúde. Não obstante pretendia-se também que a paciente adquirisse conhecimentos ao nível da respiração e do

relaxamento muscular, de forma a conseguir diminuir os seus níveis de tensão e ansiedade que, por sua vez, lhe iria proporcionar uma melhoria da qualidade de vida e do sono.

O processo de intervenção psicológica teve início a 23 de janeiro de 2018 e terminou a 30 de julho de 2018, tendo decorrido 11 sessões neste período de tempo. A paciente veio sempre sozinha às consultas, apresentando um aspeto cuidado, contacto ocular adequado, orientada no tempo e no espaço, com uma razoável capacidade de *insight*, a idade aparente ajustada à idade real e postura colaborante, embora com marcada defensividade.

Nas duas primeiras sessões concretizou-se a recolha de dados anamnésicos. Esta foi realizada a partir da entrevista e observação clínicas e de dinâmicas projetivas, tendo tido a duração de cerca de uma hora cada sessão. Assim, pretendia-se conhecer a história de vida da paciente, bem como o seu desenvolvimento psicossocial, procurando também estabelecer uma relação terapêutica empática envolvendo a paciente no seu processo terapêutico. Foram abordadas as questões do sigilo profissional e a importância da participação, motivação e assiduidade para o sucesso do processo terapêutico. F. mostrou-se colaborante tendo respondido a todas as questões, todavia foi visível a falta de confiança na técnica e a pouca vontade em permanecer em acompanhamento.

Tendo em conta o estado de tensão em que se encontrava a paciente, a terceira sessão destinou-se à monitorização dos níveis de ansiedade e à realização de técnicas de relaxamento (Anexo 4) que propõem diminuir a atividade do sistema nervoso simpático (Loureiro, 2013). Nomeadamente, a respiração diafragmática (Anexo 5) que tem como finalidade passar de uma respiração torácica, superficial e involuntária, para uma respiração abdominal mais profunda, exigindo o controlo voluntário da respiração, o relaxamento muscular que pretende diferenciar as sensações de contração e de descontração muscular e a concentração na respiração (Loureiro, 2013) e o relaxamento imagético (Anexo 6) que objetiva focar a atenção em estímulos agradáveis que transmitam segurança, conforto, felicidade e tranquilidade, no sentido de maximizar os efeitos do relaxamento muscular e da respiração diafragmática. O *feedback* obtido por F. foi positivo, embora tenha referido que *“não conseguiu relaxar a cabeça”* (sic). Esta teve a duração aproximada de quarenta e cinco minutos. Como tarefa de casa, a paciente levou o

auto registo dos níveis de ansiedade (Anexo 7) e um guião de relaxamento para executar em casa, de forma a potenciar os resultados (Anexo 8).

A quarta, quinta e sexta sessões contemplaram, numa fase inicial, uma componente psicoeducativa, no sentido de esclarecer a paciente sobre o processo terapêutico e o papel do clínico e da mesma neste processo. Uma vez que F. demonstrou não confiar nos cuidados e nos técnicos de saúde, sendo notória a resistência ao acompanhamento, realizou-se, numa segunda fase, a técnica de reestruturação cognitiva que visa substituir pensamentos disfuncionais (Loureiro, 2013), contemplando os aspetos positivos e negativos dos cuidados de saúde. Realizou-se também o treino de competências sociais que pretende intervir em situações de défices ou dificuldades interpessoais com a finalidade de desenvolver o repertório de competências sociais para potenciar as relações positivas em situações de interação social (Loureiro, 2011), mais especificamente, a assertividade e a comunicação, a fim de F. desenvolver adequadamente as capacidades de autoafirmação, de autoexpressão, de empatia, de justiça, de autocontrolo e de expressão emocional (Martins, 2012). Desta forma, foi possível perceber as crenças de F. quanto à problemática, identificando as crenças erróneas (*“basta uma auxiliar não gostar de nós que aquilo pega-se, ficam todas contaminadas”* (sic)) para as modificar, tendo tido uma resposta positiva da parte da paciente. Estas tiveram a duração aproximada de uma hora.

Tendo em consideração a resistência que a paciente mostrou à criação de uma relação terapêutica empática e de confiança tornou-se, então, primordial priorizar o estabelecimento da mesma, por isso, o processo de avaliação psicológica foi realizado na sétima sessão. Assim, procedeu-se à administração da SCL-90-R, do ICG e do IES-6 (Anexo 9). Estes instrumentos permitiram inferir a respeito dos sintomas psicopatológicos atuais da paciente, do seu processo de luto e do impacto que os eventos mencionados tiveram na mesma. Esta sessão teve a duração de cerca de uma hora e um quarto, dada a extensão dos instrumentos aplicados, não obstante foi difícil para a paciente responder a determinados itens que remetiam para temas mais sensíveis com os quais não consegue, ainda, lidar da melhor forma. Ainda assim, a paciente manteve uma postura adequada durante todo o processo avaliativo e foi possível desmistificar algumas questões relacionadas com o luto a pretexto da administração do ICG, nomeadamente o facto de

não existir um prazo de início e de término do mesmo e que cada pessoa faz o seu processo de luto de uma forma muito própria.

Na oitava sessão efetuou-se a dinâmica da *“Estátua de Família”* (Anexo 10). Nesta, a paciente representou simbolicamente as pessoas que considera serem mais próximas ou mais distantes utilizando, para isso, almofadas, das quais, uma representa a própria. Neste contexto, pretendia-se perceber a dinâmica familiar de F. e a posição por esta desempenhada dentro do seio familiar, procurando saber também qual a sua rede de suporte. Nesta sessão esteve presente a orientadora, presença esta que foi discutida com a paciente previamente, e com a qual F. não se incomodou. A dinâmica em si correu sem percalços e não foi difícil para a paciente executar a tarefa. Posteriormente realizou-se uma análise da mesma, na qual foi possível verificar uma sobreposição dos membros de família e amigos sobre F., provocando um estado de tensão e hipervigilância constante, tendo esta admitido que tem que garantir que *“está tudo bem”* (sic) com aqueles de quem gosta. A análise da tarefa, embora tenha sido um momento mais difícil para F., teve resultados muito positivos pois permitiu à paciente compreender alguns aspetos que são menos saudáveis na sua vida como, por exemplo, o funcionamento fusional da sua família, no qual se verifica que a paciente coloca tudo à sua frente, não se preocupando consigo própria. Quando confrontada com esta noção a mesma refere que *“queria que estivesse tudo bem com eles para não ter que se preocupar, depois tratava de si”* (sic). Neste sentido também foi reforçado que a mesma deve estabelecer um tempo para si, o qual deve despender da forma que mais lhe convier.

A nona sessão destinou-se à devolução dos resultados da avaliação psicológica, discutindo os mesmos com a paciente. Tendo em conta que os resultados foram de encontro ao que foi sendo dito a F. ao longo do acompanhamento, esta concordou com os mesmos, não tendo mostrado nenhuma reação não esperada e não apresentando dúvidas acerca dos mesmos. Seguidamente foram trabalhadas algumas estratégias como as técnicas de relaxamento, o feedback e o reforço de forma a que F. consiga controlar os seus impulsos para lidar melhor com determinadas situações mais conflituosas no seu quotidiano. A paciente mostrou-se bastante recetiva, entendendo a necessidade de mudar determinados comportamentos que lhe provocam mau estar psíquico e *“mau ambiente em casa”* (sic). Esta sessão durou aproximadamente uma hora.

A décima sessão teve início com a monitorização das tarefas para casa e, seguidamente, realizou-se a técnica reestruturação cognitiva, para identificar os pensamentos disfuncionais de F. relativamente às filhas, substituindo-os por pensamentos mais adequados. Foi também abordada a questão do término do estágio e a necessidade de passar o processo para outra técnica, uma vez que há o processo de intervenção psicológica não está ainda terminado. Este assunto é delicado para a paciente, uma vez que esta tem dificuldades em confiar nos técnicos de saúde, ao qual ela respondeu com alguma resistência, mas aceitou conhecer a técnica que ficará encarregue do seu processo. Por fim, foram realizadas técnicas de relaxamento, nomeadamente a respiração diafragmática, o relaxamento muscular e o imagético, as quais obtiveram resultados muito positivos por parte da paciente.

A décima primeira sessão continuou a centrar-se nas questões relacionadas com o controlo de impulsos. Foi debatido com a paciente todo o seu processo de acompanhamento, a fim de obter o seu feedback e perceção dos ganhos terapêuticos. Foram esclarecidas e discutidas as dúvidas e os receios da paciente acerca do reencaminhamento e, mais uma vez, reforçada a importância da manutenção do acompanhamento. Por fim, a paciente foi apresentada à técnica de psicologia que viria a dar continuação ao seu acompanhamento.

Aquando o início do acompanhamento, o pretendido seria intervir nas problemáticas dos eventos traumáticos e do luto. Tendo em conta que a queixa principal da paciente se relacionava com a primeira, esta foi o foco da intervenção e devido à enorme defensividade da paciente para com os técnicos de saúde, foi despendido mais tempo nesta questão. Sendo a questão do luto um tema delicado e, devido à aproximação da conclusão do período de estágio, a estagiária optou por se centrar na PSPT com o objetivo de, no final do estágio curricular, reencaminhar a paciente para outra colega, a fim de esta intervir na problemática do luto.

Ao longo de todas as sessões foram sendo utilizadas estratégias como o *feedback* e o reforço positivo, com a finalidade de envolver a paciente no seu processo de intervenção, e de devolver à mesma o que tem vindo a ser trabalhado.

2.4.1.8. Reflexão Final

F. não veio para a consulta de psicologia por iniciativa própria e experienciou alguns eventos traumáticos ao longo da sua vida com os cuidados e os técnicos de saúde, o que dificultou o estabelecimento da relação terapêutica, pondo em causa todo o processo de intervenção. Isto, porque a paciente demonstrou uma elevada dificuldade em confiar na técnica, o que acabou por se revelar um maior desafio do que o processo de intervenção em si, na medida em que F. foi pondo à prova a terapeuta ao longo de todo o acompanhamento, colocando questões e testando as suas respostas. Ainda que de início não tenha sido fácil dar continuidade ao processo terapêutico, uma vez que a paciente não demonstrava vontade de permanecer em acompanhamento, foi gratificante ver os ganhos que foram sendo obtidos na relação terapêutica, bem como as melhorias que a paciente mostrou em relação às suas problemáticas, como o estabelecimento de uma relação terapêutica de confiança entre paciente e terapeuta e o reconhecimento da necessidade de mudança de comportamento e os esforços desempenhados por F. para que essa mudança acontecesse.

No que diz respeito ao processo de intervenção, tendo este por base a TCC, visou trabalhar as queixas atuais de F., nomeadamente a questão da perda da irmã e os conflitos com as filhas. Com essa finalidade foram utilizadas algumas dinâmicas e algumas técnicas que incidiram sobretudo sobre a reestruturação cognitiva. Embora planeadas previamente, as sessões foram alteradas consoante a necessidade, de acordo com o estado presente da paciente em cada consulta.

A paciente permanecerá em acompanhamento com outra técnica de psicologia, uma vez que as questões do luto e da PSPT ainda precisam de ser aprofundadas e trabalhadas. Contudo, as barreiras de comunicação com os técnicos de saúde foram superadas, facilitando qualquer cuidado de saúde que F. necessite, tendo em conta que constatou a importância de colocar qualquer questão que tenha relativa à sua saúde, de forma a receber os melhores cuidados médicos e a não ser prejudicada.

Este caso permitiu a aquisição de conhecimentos e competências sobre várias problemáticas, particularmente o luto e a PSPT, bem como a consolidação de conhecimentos adquiridos ao longo da formação académica, especialmente a TCC e as diversas técnicas que esta abrange. No entanto, o principal ganho foi a aquisição de uma

noção realista da suprema importância da relação terapêutica num processo de acompanhamento, assim como a adequação das expectativas da prática clínica.

2.4.2. Dinamização do Grupo de Estimulação Neuropsicológica

O envelhecimento traduz-se num processo de degradação progressiva e diferencial, onde ocorre o declínio da capacidade funcional do organismo. Este varia de indivíduo para indivíduo no que concerne à velocidade e à intensidade (Cancela, 2007).

Este processo implica o comprometimento progressivo tanto ao nível físico como cognitivo, abrangendo diversas alterações como o declínio funcional dos órgãos, o declínio das funções perceptivas, alterações neuroanatômicas e o declínio das aptidões cognitivas (atenção, memória, linguagem, entre outros) (Cancela, 2007).

Neste sentido, torna-se essencial dar resposta às necessidades desta população, passando pela avaliação e estimulação destas funções, especialmente as funções cognitivas, de forma a retardar o seu declínio, proporcionando um processo de envelhecimento mais saudável e com mais qualidade de vida aos pacientes.

No DPSM existe uma valência de avaliação neuropsicológica reservada à população >60. Assim durante o período de estágio foram realizadas várias avaliações no sentido de averiguar a presença de défices cognitivos e/ou quadros demenciais. De acordo com a observação clínica e com os resultados da avaliação os indivíduos poderiam ser referenciados para o Grupo de Estimulação Neuropsicológica, o qual possibilitava uma atuação mais interventiva e adequada às suas necessidades e um acompanhamento mais frequente.

Foi elaborado um projeto de intervenção para pacientes com mais de 60 anos que apresentassem défices cognitivos ligeiros e que mantivessem, no entanto, as capacidades mínimas preservadas, possibilitando a sua reabilitação e preservação. Para serem incluídos no grupo, os pacientes deveriam ter défices cognitivos ligeiros e/ou moderados em, pelo menos, um domínio cognitivo (memória, fluência verbal, atenção, orientação, linguagem, funções executivas e capacidade visuo-espacial), capacidade de insight, patologia depressiva associada, competências de comunicação e motivação e quadro

demencial em fase de instalação. Indivíduos com quadros demenciais avançados ou doença física ou mental grave não poderiam integrar o grupo.

Com o grupo pretendia-se a preservação das capacidades dos pacientes e a melhoria de algumas áreas mais deficitárias prevenindo, assim, a deterioração cognitiva. Não obstante, esperava-se também incidir na rotina ocupacional dos mesmos, de forma a melhorar a qualidade de vida destes e, em simultâneo, diminuir a sintomatologia depressiva.

O Grupo de Estimulação Neuropsicológica teve início em janeiro, terminando em julho. O mesmo era dirigido pela psicóloga do serviço, a qual supervisionava as sessões realizadas pelas estagiárias. Assim, a programação das sessões, a criação ou escolha das dinâmicas utilizadas (Anexo 11), as funções que seriam trabalhadas e os materiais utilizados eram da responsabilidade das estagiárias. A partir do momento em que o grupo se tornou constante foi possível delinear sessões mais focadas tanto nas problemáticas gerais do grupo, como nas questões individuais de cada paciente.

Por conseguinte, concretizaram-se 10 sessões, por norma, quinzenais, às terças-feiras, das 9h00 às 11h00. Inicialmente, o grupo era formado por 14 elementos e, com algumas desistências, ficou com 6 elementos assíduos.

Foi criado um momento, no início do grupo, para esclarecimento de dúvidas e divulgação de informações pertinentes ao funcionamento do mesmo, assim foi elaborado um panfleto (Anexo 12) que consolidou todas as informações que os pacientes e os familiares deveriam ter em conta. De uma forma geral, o plano de intervenção do grupo (Anexo 13) abordou diversas temáticas, entre as quais uma componente mais psicoeducativa relacionada com o processo de envelhecimento, com a higiene do sono, a introdução às Atividades de Vida Diária (AVD), a orientação temporal, espacial e pessoal, a memória, a autoestima, a linguagem, o reconhecimento sensorial, a atenção, as atividades sociais e familiares, a rotina ocupacional e as técnicas de relaxamento.

Uma vez que o número de elementos assíduos foi praticamente o mesmo durante todo o grupo, foi possível proporcionar um acompanhamento mais especializado a cada elemento. Paralelamente, foram realizadas várias dinâmicas que se propunham, não só a estimular os diferentes domínios cognitivos, como também a incidir na coesão do grupo, promovendo a partilha, o companheirismo e o suporte entre os elementos do mesmo.

Entre as várias dinâmicas realizadas destacam-se a *Dinâmica do Novelo de Lã*, na qual os pacientes enrolavam um fio de um novelo de lã à volta do dedo e se apresentavam ao grupo, atirando o novelo para outra pessoa repetir o processo, e a *Dinâmica da Rotina Ocupacional*, na qual cada paciente ficou responsável por sugerir uma nova atividade para a rotina ocupacional de outro elemento do grupo, que lhe foi sorteado. A relação que os pacientes criaram entre si foi fulcral para êxito da intervenção, sendo importante salientar o notável papel que os familiares/cuidadores desempenharam na retaguarda da intervenção.

Para avaliar a eficácia da intervenção, os elementos do grupo foram avaliados no início e no fim do mesmo. Assim, as avaliações neuropsicológicas foram realizadas através do ACE-R, de forma a elaborar um estudo comparativo das capacidades cognitivas de cada elemento do grupo. Desta forma, verificou-se uma melhoria geral em quase todos os domínios cognitivos, nomeadamente, no domínio da memória observou-se que 3 pacientes melhoraram os seus resultados, 2 pacientes não mostraram alterações significativas e um paciente piorou, no domínio da atenção e concentração constatou-se uma melhoria por parte de todos os elementos do grupo, no domínio da linguagem comprovou-se a melhoria de 3 pacientes, enquanto os restantes não mostraram alterações significativas, no que diz respeito aos domínios da fluência verbal e das capacidades visuo-espaciais não foram apuradas alterações significativas, havendo um elemento ou outro com melhoria de um ou dois pontos de diferença. Com o decorrer das sessões do grupo, com o processo de avaliação e olhando ao estado mental, foi possível perceber que um dos elementos apresentava grandes dificuldades nas tarefas propostas, não tendo apresentado nenhuma melhoria com a intervenção, sendo sugestivo de um quadro demencial em instalação.

Na última sessão do grupo entregou-se a cada elemento um certificado (Anexo 14) de conclusão do mesmo, um gesto simbólico do empenho e dedicação que os pacientes mostraram durante toda a intervenção.

O grupo de estimulação neuropsicológica foi uma experiência muito positiva, a qual permitiu a realização de uma publicação científica que foi apresentada no Congresso da Ordem dos Psicólogos de 2018 (Anexo 15).

2.6. Formação Complementar

Durante o período de estágio foi facultado o acesso às formações internas do Serviço, entre as quais um Workshop sobre a *"Agressividade em Crianças Vítimas de Maus-tratos"*, a qual abordou a definição e diferenciação entre abuso e negligência infantil, tipos de intervenção, a intervenção da CPCJ, entre outros temas; um Workshop em *"Terapias Cognitivo-Comportamentais de Terceira Geração"* e uma Formação cujo tema foi *"Encontros da Pedopsiquiatria com outras Vertentes da Saúde"*, nos quais foi debatida a evolução da TCC e a diferenciação entre diagnóstico duplo e doença mental e a formação dos profissionais de saúde no que concerne a esta distinção; um Workshop em *"Como Organizar Investigação Clínica com Vista a Avaliar Intervenções Não Farmacológicas na Saúde Mental"*, no qual se discutiu os métodos de investigação e a sua importância e pertinência para a avaliação da eficácia das intervenções em saúde mental; uma Formação em *"Psicopatologia"* dividida em 5 partes, as quais se ocuparam com a história da psicopatologia desde os seus primórdios até à atualidade; uma Formação em *"Terapia Focada nas Emoções"*, a qual incidiu sobre a sua evolução, a sua prática, a investigação nesta área e o seu apoio empírico; e uma Formação em *"Gestão de Conflitos"*, a qual teve uma componente mais prática onde foi possível aprender técnicas de gestão de conflitos no contexto laboral. Para além das formações e workshops, a estagiária esteve presente nas *"II Jornadas do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental"* do hospital, as quais tiveram como tema principal a Psicose, onde foram abordados diversos assuntos que retratam à mesma.

Conclusão

A vida é uma sucessão de etapas. O foco e a dedicação em cada uma são os fatores que garantem a evolução pessoal e profissional nas seguintes etapas.

O estágio curricular foi uma etapa essencial, não só no percurso académico, como na vida pessoal e profissional, considerando que viabilizou o primeiro contacto com a prática clínica. O presente relatório propôs-se a descrever as atividades realizadas durante o mesmo.

Esta fase foi marcada com alguma incerteza, dúvidas e receios. É um período que finaliza o percurso académico e que, na teoria, deve ser rico na aquisição e no enraizamento de conhecimentos e competências práticas, mas que, na realidade, depende de um conjunto de aspetos que tornam cada experiência de estágio única, sendo ela mais ou menos positiva.

Numa fase inicial, o receio e os elevados níveis de ansiedade em relação à própria experiência em si mostraram pesar tanto quanto o entusiasmo e a vontade de conhecer e aprender mais. No entanto, atendendo ao cuidado da orientadora em receber e integrar a estagiária no serviço, e à atenção e apoio prestados, rapidamente o empenho e a vontade de adquirir mais conhecimentos e competências clínicas práticas se evidenciou, relativamente ao resto.

Esta etapa não foi isenta de adversidades, as quais se prenderam maioritariamente com o facto de a estagiária trabalhar e ter que conciliar o horário laboral com o horário de estágio. Atendendo que o percurso académico foi sempre a prioridade da mesma, teve que haver um cuidado reforçado para não descurar as tarefas e exigências do estágio. Apesar de ter sido bastante cansativo todo o processo de conciliar os horários de forma a dedicar tempo à elaboração de relatórios e à preparação das sessões de acompanhamento individual e de intervenção em grupo, revelou-se muito positivo, na medida em que exigiu mais organização, empenho e dedicação da parte da estagiária, sendo benéfico tanto a nível pessoal, como profissional.

Simultaneamente, houve adversidades que se prenderam com aspetos inerentes aos processos de acompanhamento e aos processos de avaliação. No que diz respeito às avaliações, em alguns casos os procedimentos psicométricos exigiram mais recursos por parte da estagiária, nomeadamente a capacidade de se ajustar e reinventar de acordo com a circunstância, sendo também necessário, por vezes, o ajuste dos protocolos de avaliação, sem comprometer a credibilidade dos resultados. Quanto aos dilemas ocorridos nos processos de acompanhamento individual, estes associaram-se, de uma forma geral, com os baixos níveis de escolaridade e de diferenciação da população alvo do serviço do DPSM, tornando necessária a adaptação tanto da linguagem como das técnicas e dinâmicas utilizadas.

O estudo de caso apresentado foi, sem dúvida, o caso mais complicado devido às problemáticas da paciente, mas principalmente à defensividade da mesma para com os técnicos de saúde, o que dificultou bastante o estabelecimento de uma relação terapêutica, base de todos os processos terapêuticos. Contudo foi o caso em que se observaram mais melhorias, ainda que esta não tenha tido alta do acompanhamento. Foi um caso bastante enriquecedor, quer na componente prática, quer na componente teórica, atendendo à exigência de conhecimentos sobre o luto e sobre o trauma e de dedicação na construção da relação terapêutica. Não obstante, foi bastante gratificante observar a evolução tanto dos casos clínicos individuais como da intervenção nos grupos de pacientes depressivos e de estimulação neuropsicológica, constatando as melhorias alcançadas pelos mesmos, através da observação durante as sessões, dos seus *feedbacks* e dos processos avaliativos.

É importante salientar que todas as dificuldades, dúvidas e receios foram discutidos tanto com a orientadora como com a supervisora que desempenharam um papel imprescindível e crucial no acompanhamento do percurso da estagiária, o que foi determinante para que a conclusão desta fase do plano curricular fosse bem-sucedida.

Quando se trata de psicologia em contexto de saúde, objetiva-se que o psicólogo integre uma equipa multidisciplinar que, por sua vez, vai reunir um maior número de conhecimentos e técnicas, de forma a dar uma resposta mais adequada às necessidades de cada paciente. Foi bastante positivo verificar que no DPSM existe entreajuda e a partilha de conhecimentos e técnicas entre as diversas valências da saúde, o que potencia

os resultados alcançados pelas diversas terapêuticas, tendo sido bastante proveitoso integrar este modo de funcionamento. Por outro lado, no DPSM a consulta de psicologia não é ainda um serviço autónomo, estando dependente do serviço de psiquiatria, o que condiciona a capacidade de resposta à população.

Em suma, este contacto com a prática clínica assegurou, de facto, a aquisição e o enraizamento de conhecimentos e de competências, tanto a nível teórico como a nível prático e foi compensador verificar que os conhecimentos e valores transmitidos ao longo de todo o percurso académico foram vitais, até em aspetos considerados mais básicos, como o caso da relação terapêutica.

Referências Bibliográficas

- APA. (2013). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-V)*.
- Bahls, S., & Navolar, A. (2004). *Terapia Cognitivo-Comportamentais: Conceitos e Pressupostos Teóricos. Unicenp.*
- Basso, L., & Wainer, R. (2011). Luto e Perdas Repentinas: Contribuições da Terapia Cognitivo-Comportamental. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 35-43.
- Cancela, D. (2007). O Processo de Envelhecimento. *O Portal dos Psicólogos.*
- Castro, E. K. (2004). Psicologia da Saúde x Psicologia Hospitalar: Definições e Possibilidades de Inserção Profissional. *Psicologia Ciência e Profissão.*
- Cordioli, A., & Knapp, P. (2008). A Terapia Cognitivo-Comportamental no Tratamento dos Transtornos Mentais. *Revista Brasileira Psiquiatria.*
- DPSM. (2018). *Serviço Nacional de Saúde*. Obtido de CHTS - Hospital de Amarante: <http://www.chts.min-saude.pt/servicos-clinicos/departamento-de-psiquiatria/>
- Fernandes, L. (2015). Avaliação Psicológica em Contexto Multidisciplinar. *Ordem dos Psicólogos.*
- Ferreira, E. (2010). Luto Complicado e Regulação Emocional em Pais que Perderam os Filhos. *Instituto Universitário de Ciências da Saúde.*
- Figueiredo, A. (2007). Impacto do Tratamento do Cancro Colorrectal no Doente e Cônjuge: Implicações na Qualidade de Vida, Morbilidade Psicológica, Representações de Doença e Stress Pós-Traumático. *Universidade do Minho.*
- Hutz, C. S., Bandeira, D. R., & Trentini, C. M. (2015). *Psicometria*. Artmed.
- Kóvacs, M. (2002). *Morte e Desenvolvimento Humano*. Casa do Psicólogo.
- Laloni, D. (2011). Escala de Avaliação de Sintomas-90-R; SCL-90-R: Adaptação, Precisão e Validade. *Universidade Católica de Campinas.*

- Loureiro, C. (2011). Treino de competências sociais – uma estratégia em saúde mental: conceptualização e modelos teóricos. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*.
- Loureiro, C. (2013). TREINO DE COMPETÊNCIAS SOCIAIS – UMA ESTRATÉGIA EM SAÚDE MENTAL: TÉCNICAS E PROCEDIMENTOS PARA A INTERVENÇÃO. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*.
- Manfro, G., Heldt, E., Cordioli, A., & Otto, M. (2008). Terapia Cognitivo-Comportamental no Transtorno de Pânico. *Revista Brasileira Psiquiatria*.
- Martins, M. (2012). "À Desberta..." Um Programa de Promoção de Competências Sociais e Emocionais. *Universidade dos Açores*.
- Mazorra, L. (2009). A Construção de Significados Atribuídos à Morte de um Ente Querido e o Processo de Luto. *Universidade Católica de São Paulo*.
- Mota, R. A., Martins, C. G., & Vêras, R. M. (2006). Papel dos Profissionais de Saúde na Política de Humanização Hospitalar. *Psicologia em Estudo*.
- Parkes, C. (1998). *Luto: Estudos sobre a perda na vida adulta*. Summos Editorial.
- Prigerson, H., Maciejewski, P., III, C. R., Bierhals, A., Newsom, J., Fasiczka, A., . . . Miller, M. (1995). Inventory of Complicated Grief: A scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Elsevier*.
- Ramos, V. (2016). O Processo de Luto. *Psicologia.PT*.
- Ricou, M. (2016). Acesso a Materiais de Avaliação Psicológica por parte de não psicólogos. *Ordem dos Psicólogos*.
- Rocha, J., Leal, P., Frade, B., Teixeira, A., Freitas, D., Sousa, V., & Almeida, V. (2018). Portuguese Assessment Toolbox for Traumatic and Bereavement Episodes in Adults. *Assessment*.
- Simonetti, A. (2004). *Manual de Psicologia Hospitalar*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Teixeira, J. C. (2004). Psicologia da Saúde. *Análise Psicológica*.
- Yehuda, R. (2002). Post-Traumatic Stress Disorder. *The New England Journal of Medicine*.

Anexos

Anexo 1 – Plano de Intervenção Grupo Terapêutico de Apoio a Pacientes Depressivos

Sessões	Objetivos	Atividades
0	Recrutamento dos elementos para o grupo.	
1	Apresentação dos psicólogos; Apresentação do programa; Apresentação dos membros; Estabelecimento de regras básicas; Entrega de um panfleto com informações sobre o grupo e a problemática; Administração dos testes.	Jogo didático para apresentação; Aplicação da Escala de Depressão de Auto-avaliação de Zung e BSI (<i>Brief Symptom Inventory</i>); TPC - "Registo Semanal de Avaliação do Humor".
2	Monitorização do estado presente; Psicoeducação sobre o tema; Debate sobre o que é apresentado.	Apresentação de um power point e de um vídeo sobre a depressão;
3	Monitorização do estado presente; Rede de suporte.	Dinâmica de grupo – "Estátuas de família"
4	Monitorização do estado presente; Continuação da dinâmica da sessão anterior.	Dinâmica de grupo – "Estátuas de família"
5	Monitorização do estado presente; Facilitar o verbalizar de emoções.	Dramatização de algumas situações do dia-a-dia - <i>role-play</i> .
6	Monitorização do estado presente; Continuação do <i>role-play</i> da sessão anterior.	Dramatização de algumas situações do dia-a-dia - <i>role-play</i> ; TPC: cartas; ensinar atividade.
7	Monitorização do estado presente; Focalização na autoestima.	Dinâmica de Grupo – "Cartas de Família" e análise das mesmas; Apresentação da atividade.
8	Monitorização do estado presente; Continuação das dinâmicas da sessão anterior.	Leitura das cartas e análise das mesmas; Apresentação da atividade.

Sessões	Objetivos	Atividades
9	Monitorização do estado presente; Relaxamento.	Relaxamento muscular progressivo de Jacobson.
10	Monitorização do estado presente; Continuação e conclusão do relaxamento.	Relaxamento
11	Monitorização do estado presente; Análise da evolução do doente ao longo das sessões.	Dinâmica de Grupo – “Fotografias”
12	Monitorização do estado presente; Analisar o papel desempenhado por cada paciente no seio do grupo; Administração dos testes.	Dinâmica – “A cadeira que queima”; Aplicação da Escala de Depressão de Auto-avaliação de Zung e BSI (<i>Brief Symptom Inventory</i>).

Anexo 2 – Exemplar de Relatório de Avaliação

RELATÓRIO NEUROPSICOLÓGICO

IDENTIFICAÇÃO: A. M.

Processo clínico n°:

Estado civil:

Idade: 48 anos

Procedimento de Avaliação: *Avaliação Cognitiva de Addenbrooke (ACE-R) e Inventário Multifásico de Personalidade de Minnesota (MMPI)*

Informação: Paciente internado em Hospital de Dia

À observação:

O paciente mostrou-se orientado no tempo e no espaço, manteve uma postura e um contacto ocular adequados, tendo sido colaborante.

Apresentou um humor eufórico, calmo, com um discurso coerente, compreensível e fluente. Sem evidência de atividade heteróloga.

Avaliação Neuropsicológica

Assim, foram administrados o teste de "*Avaliação Cognitiva de Addenbrooke*" (ACE-R), cujos resultados são os seguintes:

SUBTESTES	Resultados	Pontuação Máxima
Atenção e Orientação	17	18
Memória	17	26
Fluência Verbal	12	14
Linguagem	25	26
Visuo-Espacial	13	16
ACE-R Total	84	100
MMSE	27	30

ATENÇÃO E ORIENTAÇÃO

Orientação: Sem comprometimento

Retenção: Sem comprometimento

Atenção e cálculo: Sem comprometimento

MEMÓRIA

Evocação: Comprometimento severo

Memória Anterógrada: Sem comprometimento

Memória Retrógrada: Sem comprometimento

Reconhecimento: Sem comprometimento

FLUÊNCIA VERBAL: Comprometimento ligeiro

LINGUAGEM

Compreensão: Sem comprometimento

Escrita: Sem comprometimento

Repetição: Sem comprometimento

Nomeação: Sem comprometimento

Compreensão: Sem comprometimento

Leitura: Comprometimento severo

VISUO-ESPACIAL

Capacidade visuo-espacial: Comprometimento ligeiro

Percepção: Sem comprometimento

Avaliação de Personalidade

Assim, foi administrado o *Inventário Multifásico de Personalidade de Minnesota (MMPI)*, cujos resultados são os seguintes:

A avaliação de Personalidade, através do MMPI, sugere um **perfil válido** no qual o paciente apresenta uma atitude honesta na realização da prova. Neste as **Escalas de Validade** revelam o seguinte:

- O resultado moderado na escala L significa que o paciente quer dar uma imagem favorável de si mesmo e pode mesmo indicar rigidez cognitiva ou simulação consciente;
- O resultado moderado na escala F corresponde a um tipo de pensamento pouco convencional, inconformista, negativista e pessimista, podendo refletir rebeldia contra padrões, normas ou valores, alguma forma de comportamento socialmente desviante;
- O resultado moderado na escala K represente um sistema de defesa adequado, com aceitação de si mesmo.

No que concerne às **Escalas Clínicas**, estas revelam os seguintes resultados:

- **Hipocondria (Hs): T=76 – Resultado acima da média, significativo** de exacerbação de características como a imaturidade, exigência, pessimismo, teimosia e manipulação;
- **Depressão (D): T=70 – Resultado acima da média, significativo** de sujeitos descritos como apáticos, pessimistas, autopunitivos, preocupados e retraídos;
- **Histeria (Hy): T= 76 – Resultado acima da média, significativo** de sujeitos descritos como imaturos, egocêntricos, exigentes, egoístas, sugestionáveis e amigáveis. As relações com os outros são superficiais, imaturas e narcisistas;
- **Psicopatia (Pd): T=67 – Resultado situado numa posição moderada**, podendo remeter para a procura da própria identidade e independência;
- **Masculinidade/Feminilidade (Mf): T= 60 – Resultado normativo sem grande significado clínico;**
- **Paranóia (Pa): T=57 – Resultado normativo sem grande significado clínico;**
- **Psicastenia (Pt); T=60 – Resultado situado numa posição moderada**, no qual os sujeitos tendem a ser escrupulosos, autocríticos, perfeccionistas e moralistas;
- **Esquizofrenia (Sc): T=66 – Resultado situado numa posição moderada**, que corresponde a sujeitos com funcionamento neurótico que apresentam interesses mais abstractos;
- **Hipomania (Ma): T=59 – Resultado normativo sem grande significado clínico;**
- **Introversão/Extroversão (Si): T=51 – Resultado normativo sem grande significado clínico.**

Assim, foi possível verificar que o paciente se enquadra num **perfil do tipo neurótico – neurose somática**.

Impressões Clínicas, Inferências e Conclusões

Da observação e entrevista clínica, não se verificou nenhuma alteração do humor que pudesse condicionar a eficácia do desempenho cognitivo do paciente.

Os resultados da avaliação neuropsicológica, através do ACE-R, indicam que o avaliado apresenta défices severos ao nível da memória de evocação, e défices ligeiros ao nível da fluência verbal e da capacidade visuo-espacial.

Os resultados da avaliação de personalidade, através do MMPI, evidenciam que o paciente se enquadra num perfil neurótico (neurose somática), sendo que apresenta uma elevação significativa das escalas de Hipocondria, Depressão e Histeria.

Anexo 3 – Referenciação do Estudo de Caso

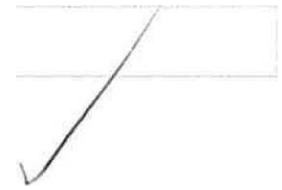
CONSULTA EXTERNA

NORMAL

PEDIDO DE CONSULTA

Consulta de : PSIQ-ENT. DIAG. INIC. UPA (CON)

Serviço Requiritante: SERVIÇO CONSULTA EXTERNA CIR-
COLORECTAL UPA (CON)



INFORMAÇÃO CLÍNICA RESUMIDA:

PSICOLOGIA

Doente de 44 anos de idade com labilidade emocional, traumatizada por cirurgias complicadas no passado Problemas de obstipação Peço av aliação e orientação

DÚVIDAS A ESCLARECER:

Anexo 4 – Guião de Relaxamento Elaborado pela Estagiária

Relaxamento muscular progressivo

- Luz apagada
- Música relaxante
- Libertação corpo e mente permite relaxar os músculos, possibilita desbloquear a tensão;

Respiração diafragmática

Feche os olhos

Preste atenção à sua respiração à medida que vai inspirando e expirando. Sinta o ar fresco a entrar na ponta do seu nariz e o ar quente a sair quando expira.

Coloque as mãos na parte lateral das suas costelas e, imaginando que é um balão que enche e esvazia, repare como a sua barriga se move para dentro e para fora enquanto respira.

Inspire profundamente como se estivesse a cheirar uma flor e expire calmamente como se estivesse a soprar uma vela.

Mantendo uma respiração lenta e profunda.

Relaxamento muscular

- Braço direito – quero que estique o braço e o contraia com o máximo de força que conseguir
- Braço direito – dobra e aperta o punho (como se estivesse a apertar um limão), deixa cair (diferença entre contração e relaxamento)
- Braço esquerdo – igual
- Levantar as sobrancelhas, trocar os olhos, cerrar os dentes, puxar os lábios para trás, franzir o nariz (sensação de desconforto)
- Puxar o queixo ao peito sem tocar
- Abdómen – contrair a barriga, estômago duro

- Perna direita – esticar a perna e contrair a coxa
- Perna direita – contrair a barriga da perna, puxando os dedos dos pés para a cabeça
- Perna direita – contrair o pé, esticando-o e virando-o para dentro
- Perna esquerda – igual

Agora que já relaxamos os músculos quero que...

Relaxamento imagético

Concentre-se num lugar seguro e especial que transmita paz e tranquilidade, boa disposição. Neste lugar consegue respirar mais profundo, pensar de forma mais clara. Observe as cores, os cheiros e os sons. Este é o seu lugar especial e seguro.

Consegue libertar a tensão, enfrentar os problemas, aceitar desafios que são provas para nos testar, mas com esperança e força de vontade conseguimos.

Mas às vezes também faz parte irmos a baixo. Voltaremos a este lugar sempre que for necessário, despedimo-nos deste lugar especial e voltamos à sala.

Agora vou contar, de trás para a frente, de 4 até 1. Quando disser 4 comece a mexer as suas pernas e pés, quando disser 3 pode mexer os braços e as mãos, quando disser 2 a face e o pescoço, quando disser 1 abra os olhos.

Anexo 5 – Respiração Diafragmática

Respiração Diafragmática/Relaxada

Objectivo:

- Ajudá-lo(a) a conhecer o modo como respira e a utilizar a sua respiração para o(a) fazer relaxar.
- Ajudá-lo(a) a relaxar do ponto de vista físico (redução da sintomatologia física do stress) mas também do psicológico (ao desviar a sua mente de pensamentos negativos ou preocupações que a possam estar a invadir).

Exercício 1 e 2 – “Ajudando-a a conhecer melhor a forma como respira”

1. Escolha um ambiente tranquilo e ponha-se à vontade e o mais confortável possível antes de dar início ao exercício! Deite-se ou sente-se muito confortavelmente e procure, gradualmente, ir fechando os olhos (inicialmente será melhor estar sentado ou deitado com os olhos fechados enquanto realiza este exercício mas depois, com a prática será capaz de fazer este exercício em diferentes situações), ao mesmo tempo que inicia a respiração diafragmática de um modo muito natural e muito, muito calmo...

Este primeiro exercício serve apenas para que se tome mais consciente de qual é a sua forma de respirar uma vez que cada pessoa tem a sua maneira própria de respirar. Preste atenção à sua respiração à medida que for inspirando e expirando. Note como o ar entra pelo seu nariz, desce pela garganta, enche os seus pulmões e, finalmente volta a sair para o exterior. Repare se à medida que inspira consegue sentir o ar fresco a entrar na ponta do seu nariz e o ar quente a sair ao expirar? Note ainda se respira com o “peito” ou com o “estômago” – o seu peito e ombros mexem-se à medida que respira, ou é o seu estômago que mexe? Costuma fazer uma pausa entre uma inspiração e expiração?

2. Este segundo exercício visa ajudá-la a tomar-se mais consciente da forma como a sua respiração muda em diferentes ocasiões e situações. Por isso, durante o dia tire alguns minutos para ver como se altera a sua respiração. Será que por vezes respira mais

rapidamente quando está sob stress? Retém a respiração nessas situações? Fica com a sensação de ter a cabeça leve, sente tonturas? Repare se nessas ocasiões estava a respirar rapidamente sem deitar todo o ar para fora.

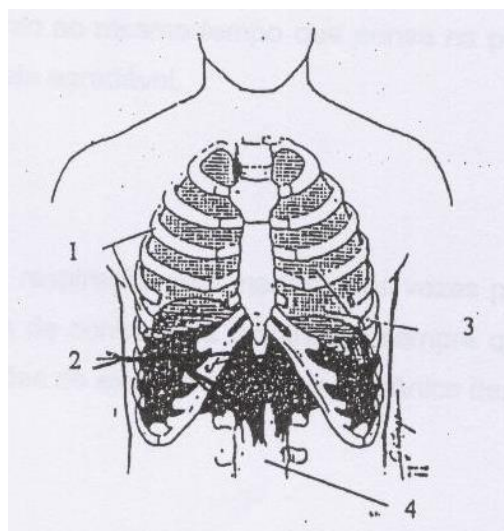
Exercício 3 – “Respiração diafragmática”

Uma respiração adequada é uma parte importante da saúde física e mental.

A forma de respiração mais relaxante e saudável é aquela que deixa o ar entrar profundamente nos pulmões, de modo a que o diafragma relaxe e, os músculos do estômago também o façam (designada **respiração diafragmática**).

Este tipo de respiração tem-se mostrado eficaz em pessoas com problemas de ansiedade, pressão sanguínea elevada, dificuldade em adormecer, entre outros.

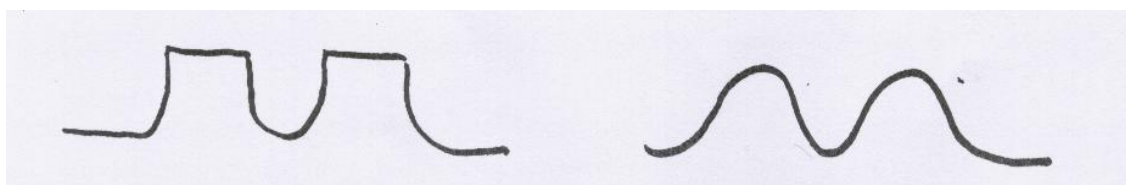
A respiração diafragmática envolve o movimento do abdómen para dentro e para fora, o que favorece o relaxamento pois permite uma troca mais eficiente de oxigénio e dióxido de carbono com menos esforço. Com a respiração diafragmática os ombros não sobem e o peito não mexe para fora como quando respiramos fundo. Pelo contrário, o ar entra e sai lentamente dos pulmões (em vez de ser inspirado e expirado fortemente) e o abdómen sobe com cada inspiração e desce com cada expiração.



1. Costelas
2. Diafragma
3. Pulmão
4. Coluna

Para ver se está a fazer este tipo de respiração recoste-se numa cadeira confortável ou deite-se na cama ou no chão. Coloque as suas mãos na parte do lado das costelas e repare se estas se movem para dentro e para fora enquanto respira? Se sim relaxe o seu estômago e deixe o ar entrar de forma a encher os seus pulmões, sinta as suas costelas a fazerem pressão para fora nas suas mãos. Expire deixando que a sua caixa torácica relaxe à medida que o ar é completamente expelido, deitado fora.

À medida que inspira e expira repare se faz uma pausa entre as respirações. Se o faz tente manter esta pausa mais e mais curta, de modo a que a sua respiração se transforme num padrão muito natural de entrada e saída de ar.



Respirar com pausas

Respirar sem pausas

À medida que for expirando e inspirando, foque a sua atenção na sensação de relaxamento e de descontração que começa a sentir e pense na palavra "Relaxar"...note como à medida que expira cada vez mais profundamente o seu corpo parece tomar-se mais leve e descontraído, a sua mente começa a esvaziar-se das preocupações, problemas e tensão acumuladas ao longo do seu dia-a-dia Pelo contrario sinta que quando inspira sente o seu corpo invadido por sentimentos de paz, tranquilidade e bem-estar Não pense em mais nada a não ser nessa sensação de bem-estar, conforto e de tranquilidade!

Existem dois aspetos importantes a terem conta na respiração diafragmática:

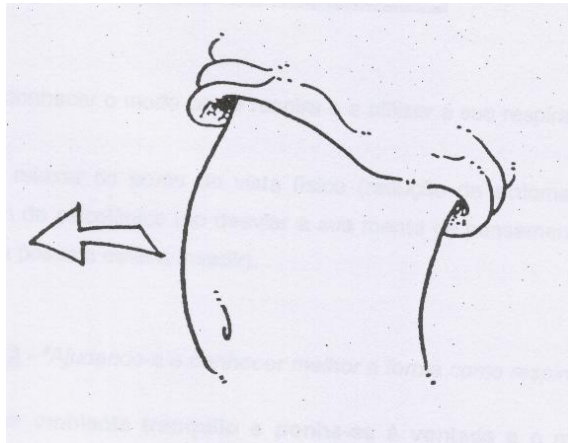
- Ritmo e padrão de respiração – procure atingir um ritmo o mais lento e relaxado possível e uma respiração suave e regular.

- Foco da atenção – procure aprender a focar a sua atenção na sensação de relaxamento ao mesmo tempo que pensa na palavra “ansiedade” e ou em coisas que lhe seja agradável.

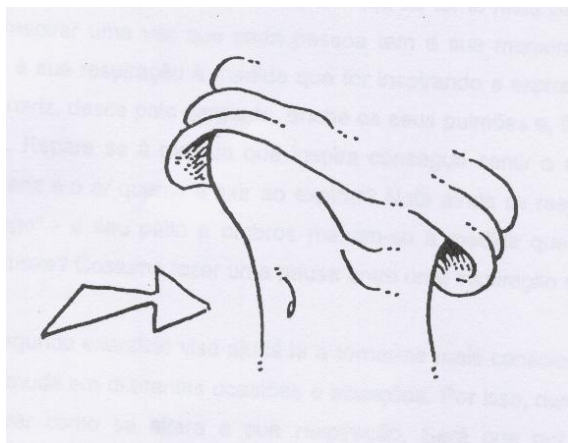
Nota:

Pratique esta respiração pelo menos duas vezes por dia e não se esqueça que pode utilizar esta técnica de controlo de respiração sempre que sinta que esta se está a tornar irregular, em ocasiões de elevado stress ou de pânico desnecessário.

Respiração Diafragmática



Inspirar



Expirar

Anexo 6 – Relaxamento Imagético Criança Interior

Ponha-se confortável.... descontraia.... feche os olhos e concentre-se na sua respiração..... no ar que inspira e expira.... repare na temperatura do ar quando entra e quando sai (pausa 30 segundos)...

Neste momento pense só em relaxar cada musculo do seu corpo desde o topo da sua cabeça até à ponta dos dedos dos pés... e em breve ... vai reparar que confortável está o seu corpo...totalmente suportado por essa cadeira (ou colchão).. por isso só precisa de relaxar todo o seu corpo.... concentre-se nos sons à sua volta... estes sons deixaram de ser importantes ... jamais irão perturbá-lo.. o que quer que ouça, a partir de agora, o vai ajudar a descontrair mais e mais.. comece agora a deixar que todos os músculos da sua cara se descontraíam... especialmente os músculos dos maxilares...deixe que os seus dentes se entreabram um pouco... descontraia a língua... permita que este relaxamento se estenda até às suas têmporas e descontraia os músculos dessa parte da sua cabeça... e ao pensar em relaxar estes músculos... eles vão relaxar... sinta-os a relaxar... e enquanto relaxa vai conseguir flutuar e escorregar para um nível mais e mais profundo de relaxamento total....

Continue a relaxar... agora deixe que todos os músculos da sua testa se descontraíam... sinta os músculos calmos e descontraídos...e descanse os seus olhos agora...e imagine as suas pálpebras a sentirem-se tão confortáveis, tão pesadas...tão pesadas...tão descontraídas...e agora permita que todos os músculos da parte de trás do seu pescoço e dos seus ombros se descontraia... imagine a temperatura morna do sol a incidir sobre essa zona do corpo a aquecer os seus músculos...aquecendo os seus músculos do pescoço e dos ombros... e se houver qualquer tensão nervosa desnecessária nessa parte do seu corpo...à medida que os seus músculos aquecem... repare como derrete qualquer tensão ou stress...sinta-os a derretendo... e sinta este relaxamento tão quente e suave a descer pelas suas costas... a descer...até à parte mais baixa das suas costas.... sinta todos estes músculos a aquecer... mais quentes...mais quentes e mais quentes....

..a cada inspiração sinta o seu corpo a flutuar.. para mais fundo...mais profundo. Cada vez mais fundo chegando a um estado de relaxamento total...deixe descontrair os seus

músculos. Mais e mais.. e sinta uma temperatura morna a descer pelos ombros.....pelos braços.....cotovelos...antebraços...pulsos...mãos...até à ponta dos dedos...e os seus braços sentem-se tão pesados...tão pesados...tão confortáveis...tão relaxados...que vai perceber que nem os consegue levantar tão descontraídos...tão pesados ...tão pesadose ao inspirar mais uma vez, permita que os músculos do seu peito se descontraíam...e ao expirar....sinta o seu estômago a relaxar...à medida que respira livremente, suavemente...descontraia todos os músculos do seu estômago...descontraia...descontraia...e permita que aquela temperatura morna continue a descer....até à sua cintura...através das pernas....sinta os músculos das suas pernas a relaxar...até aos pés...até à ponta dos dedos dos pés.

Repare como o seu corpo se sente confortável...a flutuar...a deslizar....cada vez mais profundamente... imagine umas escadas que descem.... com 10 degraus...que o levam a um local especial, bonito e pacífico....e dentro de um momento você vai imaginar que começa a descer as escadas.....lentamentedegrau a degrau.....que o leva a um sitio especial e seguro...totalmente seguro....pode ser qualquer sitio...um sitio que conheça bem...ou pode ser um sitio com o qual tenha sonhado...não importa qual...desde que você se sinta confortável e seguro.... o importante é que você se sinta seguro e confortável.

Dentro de um momento vou contar de 10 até 1, e você vai imaginar que começa a descer as escadas....e a cada degrau que descer....vai sentir o seu corpo a descontrair ainda mais e mais...sentindo-se a deslizar para um nível mais profundo...a cada degrau...mais profundamente relaxado.....e vou agora contar.....10 a descontrair mais profundamente.....9.....mais fundo....8..7...6....5....4.....3...2....1...profundamente descontraído...e veja-se no seu sitio especial e seguro... é o sitio mais pacífico do mundo para si... imagine-se lá e sinta um fluxo de paz através do seu corpo

E agora imagine um círculo de luz branca e pura à sua volta...é um círculo de proteção e ninguém pode entrar neste círculo sem a sua autorização...é o seu santuário...e aí você está completamente seguro e divinamente protegido...e agora se desejar, convide a sua

criança interior a entrar no santuário...deixe que ela apareça como quiser...na idade que quiser...e repare no que ela tem vestido...a expressão da sua cara...repare como ela se sente...convide-a a aproximar-se.....pergunte-lhe o que ela quer de si neste momento.....deixo-o um momento em silêncio para comunicar com a sua criança interior.

PAUSA DE APROXIMADAMENTE 3 MINUTOS

E se ainda não o fez...convide a sua criança para se vir sentar no seu colo...repare na sua cara.....repare na expressão dos seus olhos....diga-lhe que a ama muito...e que lamenta não ter estado atento a ela no passado....mas prometa-lhe que a partir de hoje vai tomar conta dela...que a vai ouvir...que lhe vai dedicar tempo....diga-lhe a importância que ela tem na sua vida...que gosta dela tal como ela é...e agora...pergunte-lhe se ela quer voltar para casa consigo. Se não...diga-lhe que virá visitá-la em breve...e combine já o vosso próximo encontro....comprometa-se a visitá-la outra vez...se ela quiser ir para casa consigo pegue-lhe ao colo e imagine que ela se torna cada vez mais pequena...tão pequena que vai caber na palma da sua mão.....prometa-lhe que vai passar algum tempo com ela, todos os dias....e combine uma hora especial...e tome um compromisso.

PAUSA DE 30 SEGUNDOS

Agora...muito devagar...gentilmente...coloque a sua criança interior dentro do seu coração.....onde ela estará sempre segura.....onde será sempre amada

E agora sinta uma presença divina de amor atrás de si....saiba que é uma presença de verdade.....de beleza....de bondade e amor incondicional.....é o seu ser superior que o ama para além de tudo...e sinta-se envolvido pelos braços divinos e amorosos....e permita que todo o seu ser receba esta energia de amor divino...alguns momentos mais banhado por este amor incondicional.

PAUSA 1 MINUTO

Saiba que pode voltar a este sitio sempre que quiser...e saiba que o seu ser superior está sempre consigo...PAUSA DE 20 SEGUNDOS...desfrute do seu sitio especial por mais uns momentos...e depois eu vou começar a contar de 1 até 10 e você vai poder começar a despertar, voltando a um estado de perfeita consciência...e vai sentir-se totalmente descansado...como se tivesse feito uma longa sesta...todas as partes do seu corpo vão estar bem despertas...voltando ao seu estado e peso normal...à sua temperatura normal.....sentindo-se bem desperto e descontraídová começando a voltar....1...2....a despertar....3.....4.....5....6.....7.....8....abra os olhos.....9.....10.....bem desperto.....totalmente desperto.... aqui no consultório.....completamente desperto.

Anexo 7 – Auto registo de Ansiedade

Registo Semanal de Avaliação de Humor

0= "nenhuma ansiedade"

100 = "O mais ansioso que se sentiu"

Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira	Sábado	Domingo

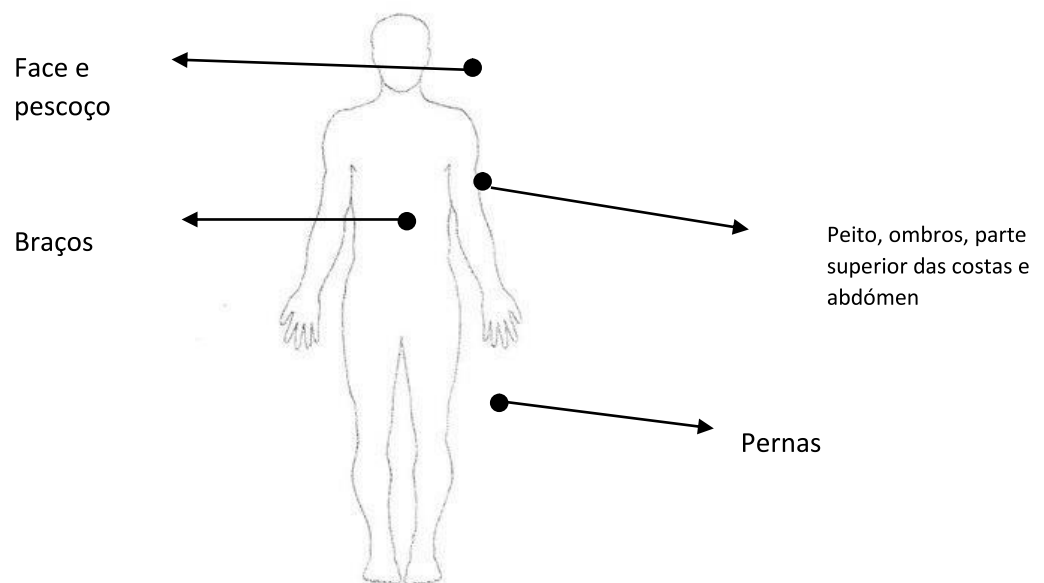
Anexo 8 – Guiões de Relaxamento para tarefas de casa

Treino de Relaxamento

Consiste num procedimento que procura diminuir os níveis de activação e conseguir um estado de relaxamento através de uma série de exercícios de contracção e descontracção de vários grupos musculares (ver figura).

O principal objectivo do treino de relaxamento é permitir, de forma eficaz, que consiga relaxar, de modo a induzir estados de bem-estar e tranquilidade.

O relaxamento requer bastante prática pelo que é, fundamental, que seja treinado, de forma regular, escolhendo, para o efeito, um local apropriado e confortável.



De seguida apresentam-se os 4 grupos musculares que vão ser trabalhados ao longo do relaxamento. Para cada grupo muscular siga as instruções:

Grupo muscular	Instruções de contracção/relaxamento
Braços	<p>Focalize a sua atenção nos músculos de ambos os braços e mãos.</p> <p>AGORA, contraia esses músculos, levantando ambos os braços à sua frente, dobrando os cotovelos num ângulo de 45° e fechando os punhos.</p> <p>Sinta a tensão nas mãos, braços e bíceps.</p> <p>(Mantenha a contracção durante alguns segundos)</p> <p>RELAXE....</p> <p>Repare na diferença entre a tensão e o relaxamento. Focalize as sensações no músculo à medida que ele vai ficando mais e mais relaxado.</p> <p>(Manter durante alguns segundos)</p>
Face e pescoço	<p>Passa para os músculos da sua face e do pescoço.</p> <p>AGORA contraia esses músculos, levantando as sobrancelhas, trocando os olhos, franzindo o nariz, cerrando os dentes, puxando os cantos da boca para trás, enquanto que, ao mesmo tempo, puxa o seu queixo para baixo, em direcção ao peito, mas sem lhe tocar.</p> <p>Sinta a tensão em toda a área facial e no pescoço.</p> <p>(Manter durante alguns segundos)</p> <p>RELAXE...</p> <p>Deixe toda a tensão sair...Repare como é a sensação, à medida que os músculos vão ficando cada vez mais relaxados.</p>

(Manter durante alguns segundos)

Focalize nos músculos do peito, ombros, parte superior das costas e abdômen.

Peito, ombros, parte
superior das costas e
abdômen

AGORA contraia esses músculos, inspirando bem profundo, prendendo a respiração e, ao mesmo tempo, puxando as omoplatas como se as quisesse juntar; isto é, puxe os ombros para trás e tente que as omoplatas se toquem, e contrai-a o estômago como se fosse dar uma pancada a si mesmo.

Sinta a tensão no peito, nos ombros, na parte superior das costas e no abdômen

(Manter durante alguns segundos)

RELAXE...Descontraia-se...Repare como eles se sentem agora, comparando com anteriormente.

(Manter durante alguns segundos)

Passa para os músculos de ambas coxas, barriga da perna e pés.

Pernas

AGORA contraia esses músculos de ambas pernas, levantando ligeiramente as pernas da cadeira, enquanto estica os dedos dos pés para dentro.

Sinta a tensão através da sua perna.

(Manter durante alguns segundos)

RELAXE... Deixe toda a tensão sair... Repare naquilo que se passa à medida que os músculos se tornam mais e mais profundamente relaxados...

(Manter durante alguns segundos)

Mantenha-se tão relaxado quanto possível.

Deixe que todo o seu corpo se torne mole e sinta todos os seus músculos relaxados.

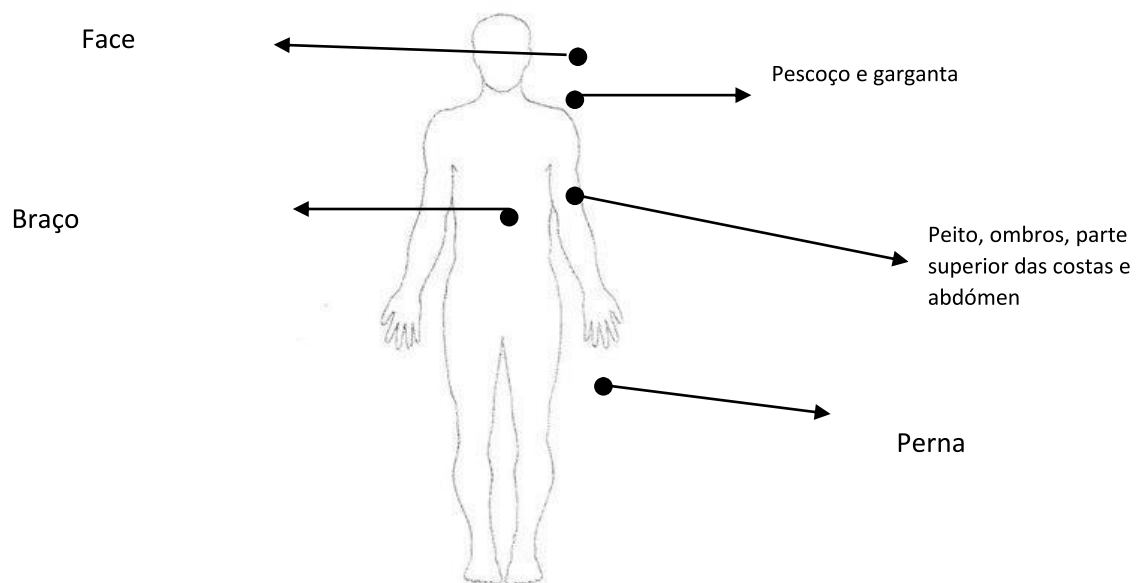
Pratique estes exercícios diariamente para que consiga relaxar-se cada vez melhor. Uma boa altura para os praticar pode ser à noite antes de ir para a cama, num ambiente calmo, com pouca luz, não estar preocupado com a realização de tarefas e não ser interrompido.

Treino de Relaxamento

Consiste num procedimento que procura diminuir os níveis de activação e conseguir um estado de relaxamento através de uma série de exercícios de contracção e descontracção de vários grupos musculares (ver figura)..

O principal objectivo do treino de relaxamento é permitir, de forma eficaz, que consiga relaxar, de modo a induzir estados de bem-estar e tranquilidade.

O relaxamento requer bastante prática pelo que é, fundamental, que seja treinado, de forma regular, escolhendo, para o efeito, um local apropriado e confortável.



De seguida apresentam-se os 7 grupos musculares que vão ser trabalhados ao longo do relaxamento. Para cada grupo muscular siga as instruções:

Grupo muscular	Instruções de contracção/relaxamento
Braço dominante	<p>Focalize a sua atenção nos músculos do seu bíceps, braço e mão dominante.</p> <p>AGORA, contraia esses músculos, erguendo o braço à sua frente, dobrando o cotovelo num ângulo de 45° e fechando o punho.</p> <p>Sinta a tensão na mão, braço e bíceps.</p> <p>(Mantenha a contracção durante alguns segundos)</p> <p>RELAXE....</p> <p>Repare na diferença entre a tensão e o relaxamento. Focalize as sensações no músculo à medida que ele vai ficando mais e mais relaxado.</p> <p>(Manter durante alguns segundos)</p>
Braço não dominante	(O mesmo que para o braço dominante)
Face	<p>Passa para os músculos de todo o seu rosto.</p> <p>AGORA contraia esses músculos levantando as sobrancelhas tanto quanto puder, trocando os olhos, franzindo o nariz, cerrando os dentes e puxando os cantos da boca para trás.</p> <p>Sinta a tensão em toda a área facial.</p> <p>(Manter durante alguns segundos)</p>

RELAXE...

Deixe toda a tensão sair...Repare como é a sensação, à medida que os músculos vão ficando cada vez mais relaxados.

(Manter durante alguns segundos)

Foque a sua atenção nos músculos do pescoço e garganta.

AGORA contraia esses músculos, puxando o queixo para o peito sem o deixar tocar no peito.

Pescoço e
garganta

Aprecie a tensão nesses músculos

(Manter durante alguns segundos)

RELAXE...Repare na sensação que é os músculos irem ficando cada vez mais e mais relaxados... Sinta apenas as sensações de profundo e completo relaxamento fluindo por esses músculos.

(Manter durante alguns segundos)

Focalize nos músculos do peito, ombros, parte superior das costas e abdômen.

Peito, ombros, parte
superior das costas e
abdômen

AGORA contraia esses músculos, inspirando bem profundo, prendendo a respiração e, ao mesmo tempo, puxando as omoplatas como se as quisesse juntar; isto é, puxe os ombros para trás e tente que as omoplatas se toquem, e contrai-a o estômago como se fosse dar uma pancada a si mesmo.

Sinta a tensão no peito, nos ombros, na parte superior das costas e no abdômen

(Manter durante alguns segundos)

RELAXE...Descontraia-se...Repare como eles se sentem agora, comparando com anteriormente.

(Manter durante alguns segundos)

Passe para os músculos da sua coxa, barriga da perna e pé dominante.

Perna dominante

AGORA contraia esses músculos levantando ligeiramente a perna da cadeira, enquanto estica os dedos dos pés e vira o pé para dentro.

Sinta a tensão através da sua perna.

(Manter durante alguns segundos)

RELAXE... Deixe toda a tensão sair... Repare naquilo que se passa à medida que os músculos se tornam mais e mais profundamente relaxados...

(Manter durante alguns segundos)

Perna não dominante (O mesmo que para a perna dominante)

Mantenha-se tão relaxado quanto possível.

Deixe que todo o seu corpo se torne mole e sinta todos os seus músculos relaxados.

Pratique estes exercícios diariamente para que consiga relaxar-se cada vez melhor. Uma boa altura para os praticar pode ser à noite antes de ir para a cama, num ambiente calmo, com pouca luz, não estar preocupado com a realização de tarefas e não ser interrompido.

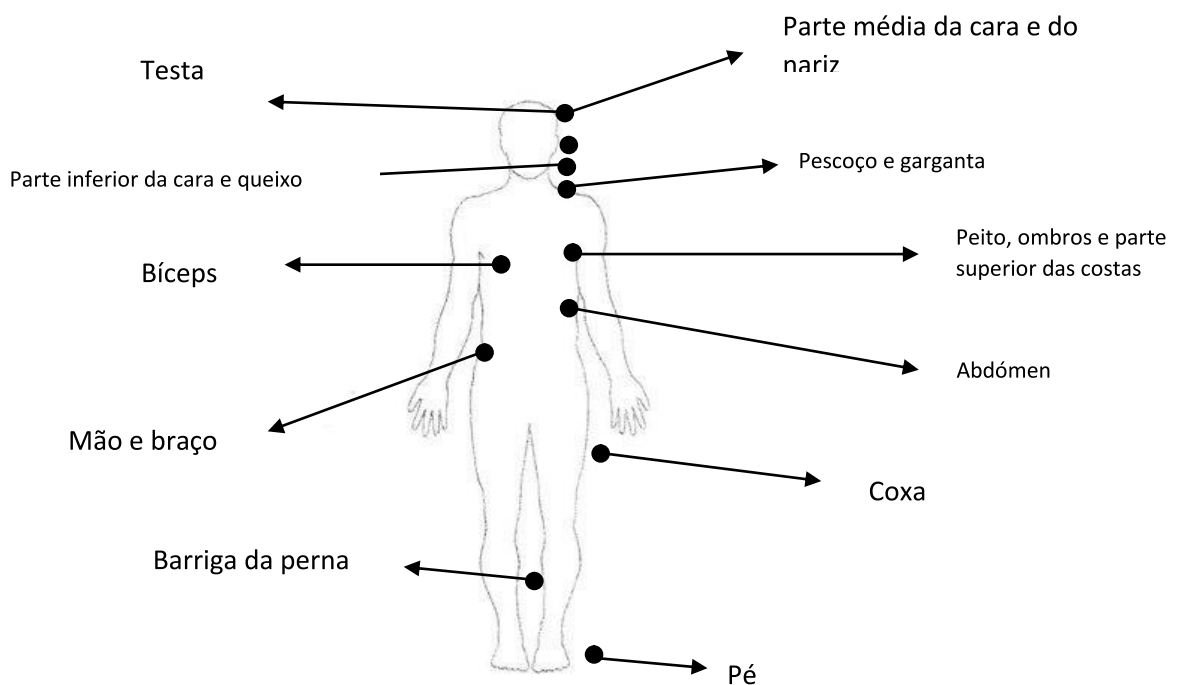
Bom trabalho!!!

Treino de Relaxamento

Consiste num procedimento que procura diminuir os níveis de activação e conseguir um estado de relaxamento através de uma série de exercícios de contracção e descontração de vários grupos musculares (ver figura).

O principal objectivo do treino de relaxamento é permitir, de forma eficaz, que consiga relaxar, de modo a induzir estados de bem-estar e tranquilidade.

O relaxamento requer bastante prática pelo que é, fundamental, que seja treinado, de forma regular, escolhendo, para o efeito, um local apropriado e confortável.



De seguida apresentam-se os 16 grupos musculares que vão ser trabalhados ao longo do relaxamento. Para cada grupo muscular siga as instruções:

Grupo muscular	Instruções de contração/relaxamento
Mão e braço dominante	<p>Focalize a sua atenção nos músculos da mão e braço dominante.</p> <p>Agora, contraia esses músculos, fechando o punho.</p> <p>Sinta a tensão na mão, sobre as articulações e, mais acima, até ao braço.</p> <p>(Mantenha a contração durante alguns segundos)</p> <p>Relaxe....</p> <p>Repare na diferença entre a tensão e o relaxamento. Focalize as sensações no músculo à medida que ele vai ficando mais e mais relaxado.</p> <p>(Manter durante alguns segundos)</p>
Bíceps dominante	<p>Passe para o bíceps dominante.</p> <p>AGORA, contraia os músculos, puxando o cotovelo para baixo, contra o braço da cadeira.</p> <p>Sinta os músculos a puxar...</p> <p>Repare como é a sensação de tensão nesses músculos, quando os puxa e os mantém duros e apertados.</p> <p>(Manter durante alguns segundos)</p> <p>RELAXE...</p> <p>Foque toda a sua atenção nas sensações que estão associadas ao relaxamento.</p> <p>(Manter durante alguns segundos)</p>
Mão e braço não dominante	(O mesmo que para o lado dominante)
Bíceps não	

dominante (O mesmo que para o lado dominante)

Passa para os músculos da parte superior do rosto: a testa.

AGORA contraia esses músculos levantando as sobrancelhas tanto quanto puder.

Testa
Sinta a tensão a subir através da testa até ao crânio.
(Manter durante alguns segundos)

RELAXE...

Deixe toda a tensão sair...Repare como é a sensação, à medida que os músculos vão ficando cada vez mais relaxados.

(Manter durante alguns segundos)

Foque agora a sua atenção nos músculos da parte superior das maçãs do rosto, e do nariz.

AGORA contraia esses músculos, trocando os olhos e franzindo o nariz.

Parte média da cara
e do nariz
Repare na sensação que é os músculos tornarem-se tensos, quando focaliza a sua atenção nas sensações associadas a essa tensão.

RELAXE....

Aprecie as sensações agradáveis associadas ao relaxamento. Não procure fazer mais nada do que centrar a sua atenção nas sensações profundamente agradáveis que fluem para essa área.

(Manter durante alguns segundos)

Anexo 9 – Instrumentos Administrados ao Estudo de Caso

ICG - Inventário de Luto Complicado

Versão Portuguesa; Bruno Frade e José Rocha (2010); www.cptl.pt

A seguir encontra-se uma lista de dificuldades que são sentidas, por vezes, pelas pessoas após a perda de um ente querido. Por favor, leia cada um dos itens e indique, com um círculo, a resposta que melhor descreve como se sente atualmente em relação a uma situação de luto.

	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
1. Eu penso tanto nesta pessoa que é difícil fazer as coisas que normalmente fazia...	0	1	2	3	4
2. As memórias da pessoa que morreu perturbam-me...	0	1	2	3	4
3. Eu sinto que não aceito a morte da pessoa que morreu...	0	1	2	3	4
4. Eu dou por mim a sentir a falta da pessoa que morreu...	0	1	2	3	4
5. Eu sinto-me atraído pelas coisas e lugares associados à pessoa que morreu...	0	1	2	3	4
6 Não consigo evitar sentir-me zangado com a sua morte...	0	1	2	3	4
7. Eu sinto descrença sobre o que aconteceu...	0	1	2	3	4
8. Eu sinto-me atordoado ou confuso com o que aconteceu...	0	1	2	3	4
9 Desde que ele(a) morreu é-me difícil confiar nas pessoas...	0	1	2	3	4
10. Desde que ele(a) morreu, sinto que perdi a capacidade de me interessar com outras pessoas ou sinto-me distante das pessoas de que gosto...	0	1	2	3	4
11. Eu sinto dor na mesma parte do corpo ou tenho alguns dos sintomas da pessoa que morreu...	0	1	2	3	4
12. Eu desvio-me do meu caminho para evitar lembranças da pessoa que morreu...	0	1	2	3	4
13. Sinto a minha vida vazia sem a pessoa que morreu...	0	1	2	3	4
14. Eu ouço a voz da pessoa que morreu falar-me...	0	1	2	3	4
15. Eu vejo a pessoa que morreu diante de mim...	0	1	2	3	4
16. Eu sinto que é injusto que eu deva viver enquanto esta pessoa morreu...	0	1	2	3	4
17. Eu sinto-me amargurado(a) sobre a morte desta pessoa...	0	1	2	3	4
18. Eu sinto inveja daqueles que não perderam ninguém próximo...	0	1	2	3	4
19. Eu sinto-me só grande parte do tempo desde que ele(a) morreu...	0	1	2	3	4

INSTRUÇÕES:

Este questionário contém 90 informações.

Cada uma delas é referente a problemas, ou queixas médicas que algumas pessoas costumam ter.

Por favor, leia cuidadosamente cada uma das afirmações e assinale aquelas que nos últimos 3 meses o têm preocupado.

Não há respostas "certas" ou "erradas", são apenas queixas que cada um sentiu ou sente e como tal devem ser consideradas.

Instruções de Resposta:

Se **Nunca** teve esta queixa, assinale "0";

Se teve **Poucas Vezes** esta queixa, assinale "1";

Se teve esta queixa **Algumas Vezes**, assinale "2";

Se teve esta queixa **Muitas Vezes**, assinale "3";

Se teve esta queixa **Muitíssimas Vezes**, assinale "4".

	0	1	2	3	4
1		X			
2				X	
3				X	
4		X			
5		X			
6	X				
7	X				
8		X			
9		X			
10			X		
11			X		

		0	1	2	3	4
12	Dores no coração ou no peito.				X	
13	Medo da rua ou dos espaços abertos.	X				
14	Falta de forças ou lentidão.				X	
15	Pensamentos de acabar com a vida.	X	X			
16	Ouvir vozes que as outras pessoas não ouvem.	X	X			
17	Tremuras.	X				
18	Sentir que a maioria das pessoas não é de confiança.			X	X	
19	Falta de apetite.			X		
20	Choro fácil.				X	
21	Sentir timidez ou falta de à vontade perante o sexo oposto.	X				
22	Ter a impressão de se sentir preso ou apinhado em falta.		X			
23	Sentir medo súbito sem razão aparente.	X				
24	Impulsos de temperamento que não consegue controlar.			X		
25	Sentir medo de sair de casa sozinho.	X				
26	Sentimentos de culpa.			X		
27	Dores no fundo das costas (cruzes).				X	
28	Sentir-se bloqueado para terminar as suas tarefas.		X			
29	Sentir-se só.	X				
30	Sentir-se triste.					X
31	Preocupado em demasia		X			
32	Não ter interesse por nada.			X		
33	Sentir-se amedrontado.	X				
34	Malindrar-se facilmente.	X				
35	Ter a impressão que as outras pessoas conhecem os seus pensamentos.	X				
36	Sentir que os outros não o compreendem ou não vivem os seus problemas.		X			
37	Sentir que as outras pessoas não são suas amigas ou não gostam de si.		X			
38	Fazer as coisas muito devagar para ter a certeza que ficam bem feitas.	X				
39	Palpitações ou batimentos rápidos do coração.			X		
40	Vontade de vomitar ou mal-estar no estômago.				X	
41	Sentir-se inferior aos outros.	X				

	0	1	2	3	4
42 Sentir dores nos músculos.	X				
43 Sentir que é observado ou comentado pelos outros.	X				
44 Dificuldades em adormecer.			X		
45 Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz.	X				
46 Dificuldades em tomar decisões.	X				
47 Medo de viajar de autocarro, metro ou comboio.	X		X		
48 Dificuldades em respirar (sensação de falta o ar).			X		
49 Alontamentos ou calafrios.	X				
50 Evitar certos lugares ou actividades porque lhe causam medo.	X				
51 Sensação de cabeça vazia.	X				
52 Adormecimentos ou picadas (formigueiros) no corpo.			X		
53 Nó na garganta.				X	
54 Sentir-se sem esperança perante o futuro.				X	
55 Dificuldades de concentração.		X			
56 Sensações de fraqueza em algumas partes do corpo.			X		
57 Sentir-se lento ou alito.		X			
58 Sentir as pernas ou os braços pesados.		X			
59 Pensar na morte ou que vai morrer.		X			
60 Comer demais.		X			
61 Não se sentir à vontade quando é observado ou falam a seu respeito.	X				
62 Ter pensamentos que não são os seus próprios.	X				
63 Ter impulsos de bater, ofender ou ferir alguém.		X			
64 Acordar muito cedo de manhã.			X		
65 Ter de repetir várias vezes as mesmas ações, como tocar, contar ou lavar-se.	X				
66 Sono agitado ou perturbado.			X		
67 Ter impulsos para destruir ou partir as coisas.	X				
68 Ter pensamentos ou crenças que os outros não partilham.	X				
69 Sentir-se muito embaraçado junto a outras pessoas.	X				
70 Sentir-se mal no meio de multidões, como em lojas ou no cinema.	X				
71 Sentir que tudo constitui esforço.	X				

	0	1	2	3	4
72	Ataques de terror ou de pânico.	X			
73	Sentir-se pouco à vontade quando come ou bebe em lugares públicos.	X			
74	Envolver-se frequentemente em discussões.		X		
75	Sentir-se nervoso quando fica só.	X			
76	Sentir que as pessoas não dão o devido valor às suas capacidades.	X			
77	Sentir-se sozinho mesmo quando está com pessoas.	X			
78	Sentir-se tão desasossegado que não consegue manter-se sentado ou quieto.	X			
79	Sentir-se sem préstimo ou sem valor.	X			
80	Ter a sensação que algo de mau lhe está para acontecer.				X
81	Ontar ou atirar coisas.		X		
82	Medo de desmaiar em público.	X			
83	Ter a impressão que se deixasse as outras pessoas se aproveitariam de si.		X		
84	Ter pensamentos acerca do sexo que o incomodam bastante.	X			
85	Ter a ideia que deveria ser castigado pelos seus pecados.	X			
86	Pensamentos ou imagens de natureza assustadora.	X			
87	Ter a ideia que algo grave está a acontecer no seu corpo.		X		
88	Nunca se sentir "próximo" de outra pessoa.		X		
89	Sentimentos de culpa.		X		
90	Ter a ideia que alguma coisa não regula bem na sua mente.	X			

FIM DO TESTE.

**POR FAVOR, CERTIFIQUE-SE DE
QUE RESPONDEU A TODAS AS
QUESTÕES.**

OBRIGADO!

IES -6 – Escala de Impacto de Eventos 6

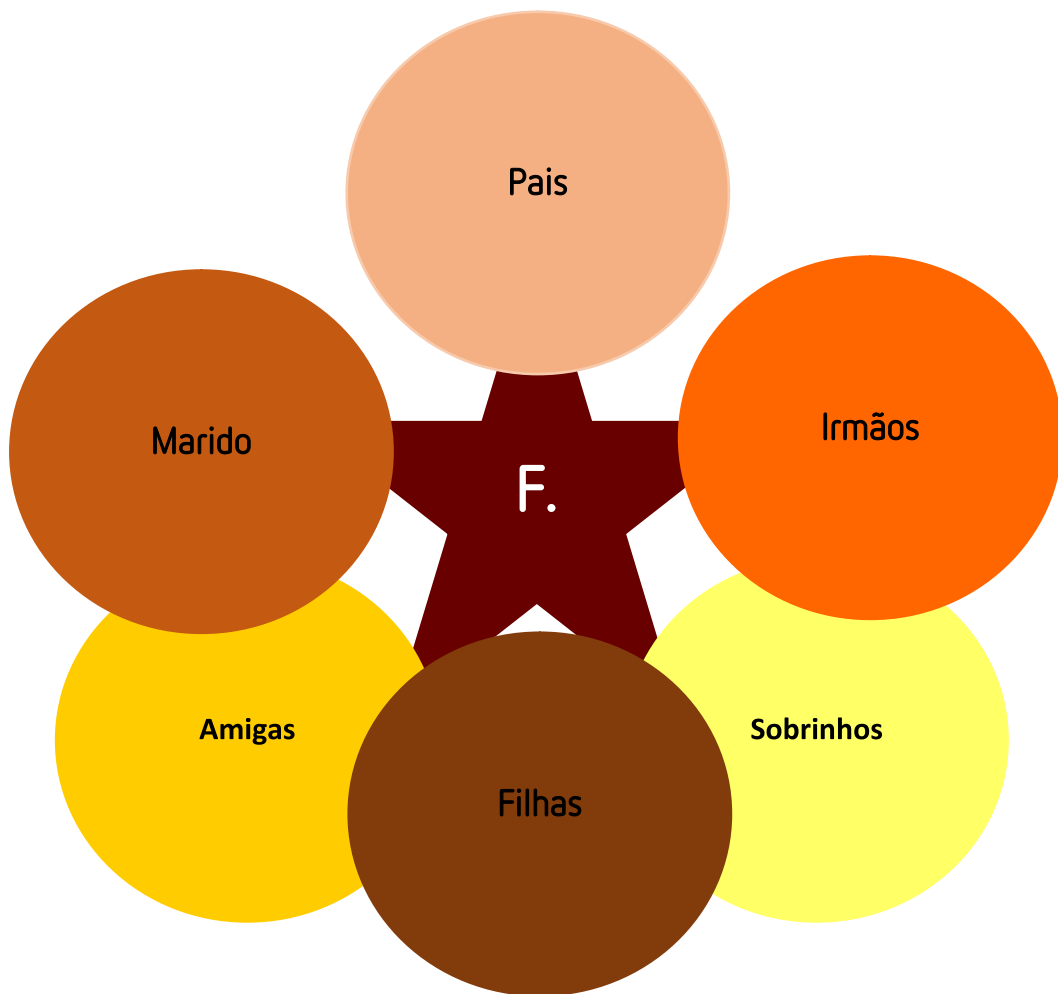
Versão Portuguesa; Ana Teixeira e José Rocha (2013); www.cptl.pt

A seguir encontra-se uma lista de dificuldades que são sentidas, por vezes, após acontecimentos de vida difíceis. Por favor, leia cada um dos itens e indique, com um círculo, a resposta que melhor descreve como se sente atualmente em relação a acontecimento em concreto

	Nunca	Um pouco	Moderadamente	Muitas vezes	Extremamente
1. Outras coisas continuam a fazer-me pensar sobre o que aconteceu.	0	1	2	3	4
2. Pensei sobre o que aconteceu quando não o desejava.	0	1	2	3	4
3. Tentel não pensar sobre isso.	0	1	2	3	4
4. Eu percebi que ainda tinha muitos sentimentos sobre o que aconteceu mas não os suportava.	0	1	2	3	4
5. Tive dificuldade em concentrar-me.	0	1	2	3	4
6. Senti-me defensivo ou em alerta.	0	1	2	3	4

Anexo 10 – Dinâmica Estátuas de Família Estudo de Caso

Dinâmica Estátua de Família Estudo de Caso



A dinâmica da estátua de família requer que a paciente represente o núcleo de pessoas que lhe são mais próximas, podendo também representar alguém que lhe seja mais distante. Para isso, é colocado no meio da sala um objeto que representa a própria, depois é-lhe pedido que disponha e represente as pessoas que considera mais próximas e mais distantes em relação a si, utilizando outros objetos.

Neste contexto, pretendia-se perceber a dinâmica familiar de F. e a posição por esta desempenhada dentro do seio familiar, procurando saber também qual a sua rede de suporte.

Da análise da dinâmica verifica-se uma sobreposição de todas as pessoas representadas sobre a mesma, constatando-se uma exacerbação do dever de cuidar das pessoas que lhe são próximas, chegando a um estado de exaustão. Assim percebe-se também que a família de F. tem um funcionamento fusional.

Há um constante estado de hipervigilância e de tensão, sentindo-se na obrigação de garantir que “está tudo bem” (sic) com as pessoas que lhe são significantes.

Anexo 11 – Dinâmicas utilizadas nas intervenções em Grupo

Dinâmica de Grupo – “Cartas de Família”

Nesta dinâmica é pedido ao paciente que na sessão seguinte traga uma carta selada escrita por alguém que lhe é significativa, a qual deve descrever o paciente. A carta é lida durante a sessão de grupo e pretende-se que os pacientes tenham noção da importância que têm para a pessoa que escreve a carta e a forma como essa pessoa os percebe.

Por norma, é uma sessão positiva, na qual os pacientes são lembrados do seu valor, das suas qualidades, da sua importância e do papel que ocupam na vida dos seus familiares/amigos.

Dinâmica de Grupo – “Fotografias”

Geralmente, esta dinâmica é realizada no final da intervenção de grupo, com a finalidade de perceber a evolução do paciente. Para isso, são dispostas várias fotografias alusivas a vários sentimentos (tristeza, alegria, calma, angústia, entre outros), entre as quais os pacientes devem escolher aquelas que melhor representam o seu percurso no grupo.

Dinâmica – “A cadeira que Queima”

Esta atividade fornece a cada participante a possibilidade de identificar o papel que desempenha no grupo. Paralelamente permite a cada pessoa comunicar o que sente em relação aos comportamentos de outros elementos. É necessária uma cadeira livre. Nessa cadeira sentam-se, voluntariamente, as pessoas que pretendem ouvir o feedback dos outros elementos. O feedback deve sempre referir-se ao comportamento, manifestado no grupo, da pessoa que está sentada na cadeira, e não propriamente elogios ou reprovações. Esta pessoa pode pedir a alguém, em concreto, que lhe diga o que gosta e o que não gosta nela. É essencial que quem dá o feedback exprima duas coisas – estima e

crítica – pois é importante que todos sintam que podem manifestar dois sentimentos diferentes em relação à mesma pessoa.

Dinâmica de grupo “Nome – Cor”

Esta dinâmica foi criada para o Grupo de Estimulação Neuropsicológica com a finalidade de facilitar o processo de apresentação de cada paciente e para facilitar a evocação do nome de cada paciente nas seguintes sessões. Assim, foi criado um cartaz com diversas cores, sendo que o número de cores era equivalente ao número de pacientes. Por conseguinte, na primeira sessão, à medida que os pacientes se apresentaram, foi-lhes pedido que escolhessem uma cor, que ficava associada ao seu nome.

Este cartaz esteve presente em todas as sessões de grupo e, sempre que um paciente mostrava dificuldade em lembrar-se do nome de algum colega do grupo, eram lembradas as cores de todos os colegas para os mesmos conseguissem, mais facilmente, evocar os nomes que lhes estavam associados.

Dinâmica de grupo “Novelo Lã”

Esta dinâmica é utilizada na fase inicial do grupo, servindo muitas vezes o propósito da apresentação. Contudo, no Grupo de Estimulação Neuropsicológica, esta foi utilizada como forma de consolidar as apresentações já feitas e para que os pacientes dessem a conhecer um pouco de si. Neste sentido, os pacientes deveriam dar um nó no dedo com o fio de lã e nomearem alguma qualidade sobre si mesmos (simpático, boa pessoa e bom cozinheiro foram algumas das qualidades referidas) e, de seguida, deveriam atirar o novelo de lã para outro colega para se repetir o processo.

Posteriormente a todos os elementos terem dito uma qualidade e estarem todos ligados pelo fio de lã, foi-lhes pedido que voltassem a enrolar novelo fazendo o mesmo percurso, ou seja, o último elemento devolveria o novelo tendo que evocar a qualidade que o seu colega anterior teria dito, e assim sucessivamente de modo a trabalhar a memória.

Dinâmica de grupo "Salada de fruta"

A presente atividade teve como objetivo estimular a atenção e a memória recente. Desta forma, a atividade teve início quando um elemento nomeou uma fruta à sua escolha, o colega seguinte deveria repetir a fruta nomeada e acrescentar uma à sua escolha, e assim sucessivamente.

Dinâmica de Grupo "Espelho"

O espelho é um objeto que reflete a imagem, e foi utilizado na sessão de autoestima com essa mesma finalidade. Deste modo, foi colocado um pequeno espelho à frente de um paciente aleatório e foi-lhe pedido que descrevesse o que via, depois era pedido ao resto de grupo que comentasse. Depois o espelho era passado para outro colega e o processo era repetido.

Esta dinâmica é muito útil, pois os pacientes tendem a ter uma visão mais negativa de si mesmos, a qual fica mais favorável depois de ouvir os restantes elementos do grupo.

Dinâmica de Grupo "Postal de Páscoa"

As festividades são alturas mais felizes para a faixa etária abrangente do grupo. Com vista a trabalhar a destreza manual de uma forma mais cativante, foram distribuídos postais com desenhos alusivos à páscoa por todos os pacientes e foi-lhes pedido que pintassem o postal e escrevessem uma mensagem para alguém a quem quisessem oferecer o postal.

Esta sessão acabou por ser das sessões mais gratificantes, pois os pacientes aderiram facilmente à atividade proposta e mostraram-se satisfeitos com o resultado final. Esta atividade foi repetida, mais tarde, para o S. João.

Dinâmica de grupo "Atribuição de Atividade Ocupacional"

Na fase final do grupo, depois de os pacientes conviverem e já se conhecerem minimamente, foi pedido a cada paciente que sugerisse uma nova atividade para a rotina ocupacional de um colega do grupo que lhe foi sorteado. Com esta atividade pretendia-se que os pacientes refletissem sobre as rotinas ocupacionais dos colegas e sobre as próprias, de forma a promover uma rotina ocupacional mais ativa e mais saudável.

Dinâmica de grupo "Jogo do STOP"

O jogo do STOP é um palavras, no qual o indivíduo deve preencher várias categorias previamente estabelecidas com palavras iniciadas por uma mesma letra. É uma atividade de ativa o domínio da atenção, da memória e da linguagem, sendo bastante útil em sessões de grupo. Os pacientes aderem à tarefa e, com mais ou menos dificuldade, conseguem realizar o que lhes é pedido.

Anexo 12 – Panfleto Informativo Grupo de Estimulação Neuropsicológica

O processo de envelhecer não é sinónimo de doença e morte. Esta fase pode ser vivida de uma forma natural, aprendendo a conviver com as limitações que possam surgir com o avançar da idade, mantendo uma rotina ativa, quer a nível físico, quer a nível mental.

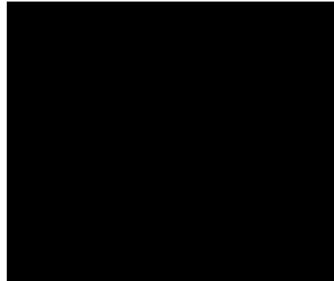
Contudo, durante o processo de envelhecimento surgem, naturalmente, défices cognitivos, sendo necessária a avaliação dos mesmos de forma a perceber a sua dimensão e gravidade, com o objetivo de impedir a sua evolução para quadros mais graves como a demência.

Neste sentido, este programa visa preservar e melhorar o desempenho cognitivo dos indivíduos, o que engloba trabalhar funções como a memória, a atenção, o raciocínio, a rotina ocupacional, entre outros.



Funcionamento do Grupo Terapêutico

O programa de estimulação neuropsicológica tem a finalidade de preservar e melhorar as capacidades e o desempenho cognitivo e funcional dos pacientes. Visando assim dar resposta às alterações que possam ocorrer ao nível da memória, linguagem, orientação, atenção/concentração, entre outros. Abordando concomitantemente temas como a rotina ocupacional e o processo de envelhecimento ativo e saudável.



Caso não possa comparecer, por favor avise.



Grupo Terapêutico de Estimulação Neuropsicológica

Folheto informativo para familiares e cuidadores



Papel do familiar ou cuidador

Este folheto informativo destina-se aos que estão mais próximos dos pacientes que integram o grupo, no seu dia-a-dia.

No decorrer do programa será fundamental que os pacientes cumpram orientações que irão ser facultadas, através de um plano de trabalho orientado em cada sessão.

Por conseguinte, é essencial que as pessoas que lhes são mais próximas se certifiquem que as tarefas são realizadas e que, quando necessário, auxiliem na sua resolução. Assim sendo, é pedido aos familiares e cuidadores que desempenhem um papel de supervisão, auxílio e acompanhamento nas tarefas a realizar em casa.



Informações relevantes

Os pacientes devem fazer-se acompanhar sempre das folhas de registo de sessões, bem como das atividades orientadas para realizar em casa (quando são pedidas).

Tendo em conta que os pacientes têm, muitas vezes, dificuldades mnésicas, é importante que os familiares e os cuidadores assumam um papel de responsabilidade no que diz respeito à comparência no grupo, às tarefas pedidas e ao acompanhamento em casa e na rotina ocupacional, potenciando a produtividade da intervenção realizada, permitindo com esta articulação o alcance de resultados mais positivos.

Esta terapia será constituída por doze sessões com a duração aproximada de duas horas e terá uma periodicidade quinzenal, decorrendo às Terças-feiras pelas nove horas.

Anexo 13 – Plano de Intervenção Grupo de Estimulação Neuropsicológica

Sessões	Objetivos	Atividades
1	Avaliação neuropsicologia e psicopatológica; Esclarecimento de metas, horários e objetivos; Sessão aberta aos familiares/cuidadores para clarificação do papel dos mesmos no processo terapêutico e esclarecimento do funcionamento do grupo;	Aplicação da Avaliação Cognitiva de Addenbrooke
2	Apresentação dos membros do grupo e Terapeutas; Memória;	Dinâmica de grupo "Nome – Cor"; Psicoeducação "Envelhecimento Ativo"; Debate Folheto Informativo;
3	Interação Interpessoal; Orientação Temporal, Espacial e Pessoal;	Dinâmica de grupo – "Novelo Lã"; Estimulação para ocupações e atividades de lazer; TPC;
4	Memória Recente/ Memória Episódica e Memória Semântica;	Dinâmica de grupo – "Salada de Fruta"; TPC;
5	Reconhecimento da própria imagem - Autoestima; Relaxamento;	Dinâmica de grupo – "Espelho"; Técnicas de relaxamento;
6	Destreza Manual: Praxia Construtiva Gráfica; Psicoeducação "Higiene do sono";	Dinâmica de grupo – "Postal de Páscoa";
7	Atenção; Reconhecimento sensorial;	Identificação e denominação olfativa; Reconhecimento e denominação de objetos; Reconhecimento e dominação dos sons;
8	Atividades Sociais e Recreativas; Rotina ocupacional; Estimulação motora;	Dinâmica de grupo – "Atribuição de Atividade Ocupacional"
9	Linguagem: Compreensão, Nomeação, Evocação, Vocabulário;	Dinâmica de grupo – "Jogo do STOP";
10	Sessão de Encerramento; Feedback do grupo; Avaliação neuropsicológica e psicopatológica;	Aplicação da Avaliação Cognitiva de Addenbrooke

Anexo 14 – Certificado de Conclusão do Grupo de Estimulação
Neuropsicológica




CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO

Concluiu com sucesso os objetivos propostos no

Grupo Estimulação Neuropsicológica

Pelo que deve manter as recomendações terapêuticas no pós-alta

DATA 24/07/2018



Anexo 15 – Poster Grupo de Estimulação Neuropsicológica



Programa de Estimulação Neuropsicológica em pacientes com défice cognitivo ligeiro

A deterioração ligeira de funções cognitivas é, desde há muito tempo, aceite como parte integrante do processo de envelhecimento. No entanto, recentemente tem sido reconhecido que algumas pessoas experienciam um nível de comprometimento cognitivo maior do que aquele geralmente provocado pelo envelhecimento, mas sem sinais de demência associados. Esta situação é denominada por Déficit Cognitivo Ligeiro (DCL). O grupo terapêutico de Estimulação Neuropsicológica é um programa estruturado e adaptado às limitações e potencialidades de cada pessoa, direcionado para indivíduos com diagnóstico de Depressão e eventuais quadros demenciais em fase inicial de diagnóstico, que apresentem a condição de declínio cognitivo ligeiro. Precede uma avaliação neuropsicológica, (bateria de testes psicométricos) que determinam, de forma qualitativa e quantitativa, os défices de diversas áreas de funcionamento cognitivo (memórias, raciocínio, atenção, orientação, afasias, capacidade visuo-espacial, etc). São também avaliadas as alterações emocionais e limitação nas atividades de vida diárias. Intervir ao nível dos défices cognitivos apresentados pelos pacientes, bem como estratégias a serem adaptadas no seu dia-a-dia.

Palavras-chave: défices cognitivos ligeiros, estimulação cognitiva, intervenção, grupo de estimulação cognitivo.

Sessões	Objetivos	Sessões	Objetivos
Sessão 4	<ul style="list-style-type: none"> Dinâmicas de grupo "historinha e caixinha de surpresas"; Carta "momento feliz"; Reconhecimento da própria imagem • Autoestima; RELAXAMENTO; 	Sessão 5	<ul style="list-style-type: none"> Psicoeducação "Higiene do sono"; Destreza Manual: Praxia Construtiva Gráfica;
Sessão 6	<ul style="list-style-type: none"> Atenção; Reconhecimento sensorial; Identificação e denominação olfativa; Reconhecimento e denominação de objetos; Reconhecimento e dominação dos sons; 	Sessão 7	<ul style="list-style-type: none"> Atividades Sociais e Recreativas; Rotina ocupacional; Estimulação motora; Dinâmicas de grupo "atribuição de atividade e labirinto"
Sessão 8	<ul style="list-style-type: none"> Linguagem: Compreensão, Nomeação, Evocação, Vocabulário; Dinâmicas de grupo "jogo das palavras"; 	Sessão 9	<ul style="list-style-type: none"> Sessão de Encerramento; Feedback do grupo; Avaliação neuropsicológica e psicopatológica;



Resultados Esperados

Através do programa desenvolvido, bem como a sua implementação, esperamos obter resultados positivos ao nível do desempenho cognitivo do indivíduo, bem como diminuição da sintomatologia. Resultados mais recentes, demonstram uma relação positiva entre o desempenho cognitivo do idoso e uma estimulação cognitiva continuada com promoção da vivacidade mental (Lousa, 2016). Nos programas de estimulação neuropsicológica, são esperadas melhorias ao nível do desempenho cognitivo e da sintomatologia depressiva (Castro, 2011; Pereira, 2012). A prática de dinâmicas aliadas à partilha de experiências, desenvolvimento de uma rotina ocupacional e utilização de estratégias compensatórias são pontos importantes que levam ao aumento da autoestima e aceitação da nova realidade.

Referências

- Castro, A. (2011). Programa de estimulação cognitiva em idosos. Aveiro: Universidade de Aveiro.
Lousa, E. F. (2016). Benefícios da Estimulação Cognitiva em Idosos: Um estudo de caso. Coimbra: Instituto Superior Miguel Torga.
Pereira, Z. (2012). Treino cognitivo em idosos sem demência. Bragança: Instituto Politécnico de Bragança.



Sessões	Objetivos	Sessões	Objetivos
Sessão 0	<ul style="list-style-type: none"> Avaliação neuropsicologia e psicopatológica; Esclarecimento de metas, horários e objetivos; Sessão aberta aos familiares/cuidadores para clarificação do papel dos mesmos no processo terapêutico e esclarecimento do funcionamento do grupo; 	Sessão 1	<ul style="list-style-type: none"> Apresentação dos membros do grupo e Terapeutas; Psicoeducação "Envelhecimento Ativo"; Dinâmicas de grupo "nome – cor"; Memória;
Sessão 2	<ul style="list-style-type: none"> Interação Interpessoal; Dinâmicas de grupo "novo e reconhecimento de objeto"; Orientação Temporal, Espacial e Pessoal; 	Sessão 3	<ul style="list-style-type: none"> Memória Recente/ Memória Episódica e Memória Semântica; Dinâmicas de grupo "descrição de imagem visualizada";