



Relatório de Estágio

Cassandra de Oliveira

Mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia

Gandra, janeiro 2020

Cassandra de Oliveira

Relatório de Estágio

Relatório de Estágio Curricular integrado no Mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia do Instituto Universitário de Ciências da Saúde.

Supervisor/a: Prof^a. Dra. Maria Emília Areias

Gandra

Ano Letivo 2018/2019

Declaração de Integridade

Cassandra de Oliveira, estudante do Mestrado de Psicologia da Saúde e Neuropsicologia do Instituto Universitário de Ciências da Saúde, declaro ter atuado com absoluta integridade na elaboração deste Relatório de Estágio.

Confirmando que em todo o trabalho conducente à sua elaboração não recorri a qualquer forma de falsificação de resultados ou à 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

Aos meus pais e à minha irmã, o meu sincero obrigada por terem estado sempre presentes com o vosso amor, carinho, apoio e confiança. Pela oportunidade que me deram, pois é graças ao vosso sacrifício que consegui realizar este sonho. Por acreditarem em mim e pelos ensinamentos que me transmitiram ao longo dos anos e me tornaram na pessoa que sou hoje. Obrigada por me ensinarem a lutar por aquilo que acredito e amo.

Às minhas amigas Cláudia e Liliana, o meu sincero obrigada pela atenção, carinho, força e apoio, pela ajuda e partilha de experiências que me proporcionaram momentos de aprendizagem. Por se mostrarem sempre disponíveis nos momentos mais difíceis.

À orientadora de estágio, agradecer pela ajuda nos desafios apresentados durante esta etapa. Foi um privilégio conhecer alguém tão especial, que me ajudou a crescer enquanto futura profissional e ser humano.

À Professora Doutora Maria Emília Areias, pela atenção, orientação e partilha de conhecimentos, que permitiram enriquecer o meu conhecimento. Obrigada por toda a disponibilidade e apoio ao longo desta etapa.

Obrigada!

Siglas

AVC – Acidente Vascular Cerebral

BDI-II - Escala de Depressão de Beck

BSI – BriefSymptomInventory

CH – Centro Hospitalar

CPSM – Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental

DRS-2 – Escala de Avaliação da Demência

DSM-5 – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, Quinta Edição

ESSS – Escala de Satisfação com o Suporte Social

HADS – Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão

IFS - Ineco Frontal Screening

IFSF – Índice de Funcionamento Sexual Feminino

IIFE – Índice Internacional de Função Erétil

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

IUCS – Instituto Universitário de Ciências da Saúde

MMPI-2 – Inventário Multifásico de Personalidade de Minnesota - 2

MOCA – Montreal CognitiveAssessment

MOS-SF-36 – Questionário do Estado de Saúde

PITTSBURGH – Pittsburgh Sleep Quality Index

SMFR – Serviço de Medicina Física e de Reabilitação

STAI – Inventário de Ansiedade Estado/Traço

TCC - Terapia Cognitivo-comportamental

TCE – Traumatismo Cranioencefálico

TMT – Trail Making Test

USF - Unidade de Saúde Familiar

VWMD – Vanishing White Matter Disease

WAIS-III – Escala de Inteligência de Wechsler para Adultos - III

Abreviaturas

et al. – Entre outros

ex.: - Exemplo

Índice

Introdução.....	1
Capítulo I - Caracterização do contexto institucional no centro hospitalar.....	2
1. Caracterização do Serviço de Medicina Física e de Reabilitação.....	3
2. Caracterização da Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental.....	3
3. O papel do psicólogo em contexto hospitalar.....	4
4. Descrição das Atividades Desenvolvidas.....	5
4.1. Observação de consultas.....	6
4.2. Avaliação Psicológica.....	7
4.3. Consultas de Intervenção em Crise.....	8
4.4. Consultas Externas de Psicologia.....	9
5. Outras Atividades desenvolvidas ao longo do estágio.....	12
5.1. Participação em Grupos Terapêuticos.....	12
5.2. Intervenção em Grupo para situações de "Ansiedade".....	12
5.3. Participação em reuniões da Unidade de Psiquiatria Comunitária e Hospital de Dia.....	13
5.4. Participação em reuniões científicas do Serviço de Psiquiatria.....	14
5.5. Participação em reuniões de Supervisão de Estágio.....	14
5.6. Participação em Investigações/Estudos.....	14
Capítulo II. Apresentação do caso clínico.....	16
1. Introdução.....	16
2. Identificação de C.....	16
3. Motivo de encaminhamento.....	16
4. Caracterização da doença atual.....	17
4.1. Descrição da sintomatologia.....	17
5. Informação médica relevante.....	18

6. Fontes de informação.....	18
7. Genograma.....	19
8. História Clínica.....	20
8.1. Antecedentes.....	20
8.2. Antecedentes familiares de doença.....	20
9. Fatores que podem influenciar o estado emocional e comportamental do doente.....	21
10. História pessoal e social.....	22
10.1. Infância.....	22
10.2. Adolescência.....	22
10.3. Vida Adulta.....	23
11. História familiar.....	26
11.1. Relacionamento com os pais e pessoas significativas.....	26
12. Processo de Avaliação Psicológica.....	27
12.1. Dados de observação sobre a forma de se apresentar e o comportamento.....	27
13. Diagnóstico Categorial e diferenciado.....	28
13.1. Formulação da problemática.....	28
13.2. Modelo explicativo e fundamentação teórica.....	32
14. Proposta de Intervenção.....	33
15. Processo de Intervenção Psicológica.....	36
16. Descrição das consultas.....	38
17. Reflexão Crítica sobre o caso clínico.....	45
Capítulo III. Reflexão Final.....	47
Referências Bibliográficas.....	48

Índice de Anexos

Anexo A – Relatórios de Avaliação

Anexo B - Tabela de Reuniões Científicas

Anexo C – Plano de Sessões do Grupo de Ansiedade

Índice de Tabelas

Tabela 1- Descrição dos casos acompanhados ao longo do estágio curricular.....9

Tabela 2 - Estratégias e Técnicas propostas na Intervenção Psicoterapêutica de C.....35

Introdução

O presente Relatório de Estágio tem como principal objetivo descrever a experiência e percurso, como estagiária de Psicologia, do segundo ano de Mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia do Instituto Universitário de Ciências da Saúde, decorrido durante o ano letivo 2018/2019.

O estágio curricular fazendo parte do percurso académico é uma etapa fundamental, permitindo um contacto direto com a realidade. É nesta etapa que colocamos à prova todos os conhecimentos previamente adquiridos, juntamente com todas as nossas competências como futuros psicólogos.

Este estágio realizou-se no Centro Hospitalar (CH), no Serviço de Medicina Física e de Reabilitação (SMFR) e na Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental (CPSM), com a orientadora de estágio, Psicóloga Clínica. A supervisão do estágio, ficou ao encargo da Professora Dra. Maria Emília Areias, docente do Instituto Universitário de Ciências da Saúde e coordenadora do Mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia.

Este percurso teve uma duração aproximada de nove meses e uma assiduidade de dois a três dias por semana. As atividades da estagiária dividiram-se nas consultas externas em ambos os serviços, reuniões na Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental e na participação de um grupo psicoeducativo.

Este relatório pretende assim ilustrar atividades e vivências decorridas no decurso do estágio, dada a vasta experiência e diferentes atividades integradas. Evidencia-se a dificuldade em descrever minuciosamente todo o trajeto, expondo desta forma neste relatório as situações mais relevantes, na perceção da estagiária.

O relatório foi dividido em vários capítulos, iniciando-se com o enquadramento e descrição do local de estágio, o papel do Psicólogo/a em Contexto Hospitalar, prosseguindo para a descrição das atividades desenvolvidas e integradas, tais como apresentações realizadas nos diversos grupos, investigações a que a estagiária pertenceu, seguindo-se para uma componente mais prática, que será a exposição de um caso acompanhado pela estagiária. Por último, será apresentada uma reflexão final, refletindo as experiências e aprendizagens desenvolvidas ao longo deste período. Em anexo, serão expostos todos os materiais executados no decorrer do estágio curricular.

Capítulo I - Caracterização do contexto institucional no centro hospitalar

O Centro Hospitalar é considerado um dos maiores hospitais portugueses, sendo uma referência para vários distritos da Zona Norte. Esta instituição presta assistência às freguesias de Bonfim, Paranhos, Campanhã e Aldoar e concelhos do Porto, Maia e Valongo. É também centro de referência para os distritos do Porto, Braga e Viana do Castelo.

Foi inaugurado a 24 de junho de 1959, tendo sido criado a 31 de julho de 1943, no entanto o projeto sofreu um atraso na sua construção, devido à II Guerra Mundial. As instalações da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto foram assim acolhidas por este edifício em 1960, promovendo uma conceção de proximidade entre o estudante e a vida hospitalar.

Para além da prestação de cuidados com qualidade e eficiência, o centro hospitalar tem como missão manter os profissionais e futuros profissionais de saúde em permanente atualização, a partir da aprendizagem e investigação, atribuindo relevância ao desenvolvimento científico e tecnológico.

O edifício hospitalar ocupa 120.000 m² distribuídos por onze pisos, dois dos quais localizados no subsolo. Dispõe neste momento de uma lotação oficial de 1.105 camas distribuídas por várias especialidades médicas e cirúrgicas e 45 berços.

Atualmente os Serviços Clínicos apresentam as seguintes áreas: Cirurgia, Medicina, Urgência e Medicina Intensiva, Psiquiatria e Saúde Mental, Imagiologia, Medicina Laboratorial e Centro Materno Pediátrico. Nos edifícios externos estão localizados as Consultas Externas e Hospitais de Dia.

1. Caracterização do Serviço de Medicina Física e de Reabilitação

Em Maio de 1961, o SMFR iniciou com consultas de Fisioterapia. Este serviço está integrado na Unidade Autónoma de Gestão (UAG) dos meios auxiliares e de diagnóstico e terapêutica, desde Abril de 2006.

Recentemente sofreu obras de remodelação, apresentando atualmente excelentes condições para a prática de todas as técnicas de especialidade. Este serviço apresenta consulta interna e externa, consultas de grupo e programas de tratamento de reabilitação (Fisioterapia, Hidroterapia, Terapia da Fala, Terapia Ocupacional, Atividades de Vida Diária, Reabilitação Pediátrica, Reabilitação Cardíaca e Recondicionamento ao Esforço).

Apresenta como principal objetivo manter a qualidade de vida das populações, com foco na capacidade funcional do doente e nas possíveis estratégias a introduzir para minimizar a incapacidade no desempenho de tarefas quotidianas.

2. Caracterização da Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental

A CPSM oferece assistência no contexto hospitalar (internamento de agudos e ambulatório), na Medicina Geral e Familiar (consultoria), na intervenção em crise (contexto comunitário) e na reabilitação (acompanhamento psiquiátrico do doente crónico). Acolhe ainda do ponto de vista psiquiátrico e psicológico, no modelo de Psiquiatria de Ligação englobando a Psicologia da Saúde, os doentes em tratamento (consulta ou internamento) no centro hospitalar, independentemente da área de residência.

O serviço da CPSM, abrange alguns serviços, tais como:

Gabinete de Psicologia - Procura ajudar o doente numa mudança de atitude quanto à sua capacidade de perceber, perceber (resposta mental e emocional à dor) e suportar (processo fisiológico) o sofrimento. Este gabinete tem assim como objetivo atenuar o sofrimento causado pela doença e/ou internamento.

Gabinete de Terapia Ocupacional - Intervém na prevenção, tratamento e reabilitação de disfunções psicossociais que interfiram no desempenho, funcionalidade e autonomia da pessoa com doença mental, através do estudo da atividade humana.

Gabinete de Serviço Social - Este gabinete presta vários tipos de suporte social com vista à resolução de problemas sociais com especificidades na saúde mental (tais como acesso ao passe para transportes públicos, inclusão em centros de dia).

Unidade de Psiquiatria Comunitária - Permite uma melhor inserção socioprofissional ao procurar evitar situações crónicas nos novos casos de natureza reativa (incluindo as situações de crise, catástrofe e *stress* pós-traumático).

Unidade de Psiquiatria do Adulto e do Idoso - Esta unidade é focalizada no tratamento agudo em internamento ou em ambulatório programado, na população de idade superior a 26 anos.

Unidade do Jovem e da Família - Esta unidade atende a população infantil adolescente e juvenil (de idade inferior a 26 anos), do ponto de vista psiquiátrico.

Unidade de Psiquiatria Forense - Esta unidade engloba atividades de perícias médico-forenses em Ambulatório ou Internamento. Oferece avaliação da imputabilidade, e incapacidade em situações de natureza psiquiátrica e psicológica ligadas com as áreas do direito penal, civil, do trabalho e da família em articulação com uma experiência clínica integradora, podendo assim dar resposta a pedidos dos tribunais, e do Instituto de Medicina Legal.

3. O papel do psicólogo em Contexto Hospitalar

A Psicologia da Saúde aplica os conhecimentos e as técnicas psicológicas na saúde, nas doenças e nos cuidados de saúde (Marks, Murray, Evans & Willig, 2000; Odgen, 2000), considerando que o indivíduo deve ser visto como um sistema complexo, onde a doença é causada por múltiplos fatores e não apenas por uma única causa (Ogden, 2012). Foca-se na promoção e manutenção da saúde e na prevenção da doença, através da junção das diversas áreas (Psicologia Clínica, Comunitária, Social, Psicobiologia) (Simon, 1993).

Segundo a Ordem dos Psicólogos Portugueses, o psicólogo nos cuidados de saúde hospitalares pode reforçar e otimizar as defesas psicológicas do cidadão no ajustamento ao adoecer e à doença (como por exemplo, estratégias de controlo de ansiedade, redução dos gastos com medicamento e/ou diminuição do tempo de internamento).

Sendo assim, o psicólogo tem diversas funções mas, a atuação deste profissional incide, sobretudo, na prevenção, intervenção, elaboração de diagnósticos, avaliação, planeamento, tratamento, psicoterapia (Wahass, 2005) e aconselhamento individual, conjugal, familiar ou em grupo, assim como investigação no campo da Psicologia. O trabalho do psicólogo hospitalar visa o restabelecimento do estado de saúde do doente, ou o controlo dos sintomas que prejudicam o seu bem-estar (Castro & Bornholdt, 2004).

A sua inserção em contexto hospitalar, assim como a sua inclusão numa equipa multidisciplinar de profissionais de saúde permite uma melhor prestação de cuidados ao paciente e aos seus familiares. Esta prática tem como principais objetivos ajudar a pessoa ou grupo, melhorar o seu bem-estar, traçar metas e objetivos a atingir em conjunto, tais como, a diminuição dos fatores de risco, *stress* e ansiedade, alterações ao nível do comportamento e estilo de vida, ganho de estratégias de *coping*, resolução de problemas e promoção da qualidade de vida, autonomia e funcionalidade (Wahass, 2005).

O papel do psicólogo no CH, no SMFR e CPSM é direcionado para as avaliações psicológicas, acompanhamento psicoterapêutico e aconselhamento psicoeducativo de grupo. A existência de uma equipa multidisciplinar, direcionada para o bem-estar do paciente, permite a interajuda entre profissionais de saúde no processo de diagnóstico e intervenção.

4. Descrição das Atividades Desenvolvidas

O estágio, com duração aproximada de 9 meses, foi dividido em dois Serviços, no SMFR e no da CPSM.

O horário realizado pela estagiária foi às quintas-feiras das 09:00h até às 13:30h no SMFR e das 14:30h até às 19h na CPSM. Às quartas-feiras das 09:00h até às 13:00h foram realizadas reuniões, nomeadamente a reunião do Hospital de Dia e a Reunião Científica; das 14:00h até às 15:30h a estagiária participou na intervenção de um grupo psicoeducativo. Às sextas-feiras das 09:00h até às 11:30h ocorreram as consultas de crise.

Nos primeiros três meses do estágio curricular a estagiária realizou a observação de consultas de psicologia. Após estes três meses começou a realizar de forma

autónoma avaliações psicométricas e consultas de Psicologia designadas pela sua orientadora.

Ocorreram ainda, semanalmente, reuniões de supervisão de estágio às segundas-feiras das 14h:30h até às 17:00h com a Prof. Dra. Maria Emília Areias.

Neste capítulo será descrito com pormenor as diferentes atividades do estágio curricular, iniciando pela observação de consultas, avaliação psicológica, consultas de intervenção em crise e consultas psicológicas.

4.1. Observação de Consultas

A observação das consultas de psicologia começou com o início do estágio, em outubro de 2018, no horário anteriormente mencionado. As consultas foram efetuadas pela orientadora de estágio no SMFR e na CPSM e, foi possível observar Entrevistas Clínicas, Avaliações Psicológicas e Acompanhamento Psicoterapêutico.

Nas consultas observadas, as situações clínicas encontradas mais frequentemente foram perturbações de depressão, ansiedade, assim como perturbações reativas a situações de luto, amputações, doenças cardiovasculares, incontinência urinária, encoprese, doenças oncológicas, Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC) e Traumatismos Cranioencefálicos (TCE). Em termos de faixas etárias foi possível observar qualquer tipo desde crianças a idosos, destacando-se os adultos com maior incidência.

Sempre que existisse oportunidade, no início ou término de cada sessão, quando se tratavam de casos que já eram seguidos pela orientadora foi realizado um enquadramento com a história e problemática do indivíduo.

Nesta fase, também foi possível aprender como trabalhar com o sistema informático (SCLínico), assim como quais os instrumentos e materiais que eram disponibilizados.

A observação foi crucial no processo de formação e aprendizagem, uma vez que ofereceu momentos de reflexão e permitiu o desenvolvimento de competências metodológicas, teóricas e práticas. Para além disto, possibilitou à estagiária um contato direto com as normas de funcionamento institucional (dinâmica, regras, valores e formas de funcionamento).

Este decurso foi muito importante para a vivência e experiência da prática clínica e de aprendizagem, bem como para o crescimento interior e diminuição de algumas inseguranças da estagiária, dado que proporcionou um primeiro contacto com a realidade da prática clínica. Esta primeira fase, foi fundamental promovendo também uma base de segurança e confiança no desempenho da etapa seguinte, isto é das consultas autónomas.

4.2. Avaliação Psicológica

A avaliação psicológica é um processo, geralmente complexo, que tem por objetivo produzir hipóteses, ou diagnósticos, sobre uma pessoa ou um grupo (Primi, 2010). A sua utilização é crucial na obtenção do diagnóstico de perturbação ou problema, assim como, no planeamento do tratamento e na sua monitorização (Hunsley & Meyer, 2003).

Recorre a exames e testes psicológicos, procurando obter informações, contextualizadas do indivíduo que, aliadas a outras técnicas, como observação e entrevistas psicológicas, são meios auxiliares de todo o processo (Noronha, 2009).

Após a fase da observação, reunidas as competências necessárias, a estagiária iniciou a fase de avaliação psicológica de forma autónoma, tendo um contacto direto com alguns dos testes psicológicos utilizados nas avaliações e a aplicá-los consoante os pedidos realizados por parte dos médicos, com destaque para a população adulta e de terceira idade.

A realização de avaliações psicológicas teve várias etapas: recolha de informação do paciente, aplicação do (s) instrumento (s) de avaliação, cotação e interpretação do resultados obtidos, e elaboração do respetivo relatório clínico a entregar ao médico (a) (Anexo A).

Da experiência da estagiária quer do período de observação, quer do período de seguimentos dos seus casos, são sobretudo, pedidos de avaliação cognitiva e de avaliação da personalidade. Sendo assim, os testes usados pela estagiária para realizar as avaliações dependiam do pedido de avaliação. Normalmente este pedido é efetuado por médicos Psiquiatras, para ajudar na elaboração do diagnóstico do paciente assim como para conseguirem delinear uma intervenção adequada ao caso.

No SMFR foram utilizados vários instrumentos de avaliação, tais como a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS); a Escala de Satisfação com o Suporte

Social (ESSS); o Índice Internacional de Função Erétil (IIFE); o Índice de Funcionamento Sexual Feminino (IFSF); a Escala de Depressão de Beck (BDI-II); o Inventário de Ansiedade Estado-Traço (STAI); o Pittsburgh Sleep Quality Index (PITTSBURGH) e o Montreal Cognitive Assessment (MOCA).

Os principais instrumentos para a avaliação nos serviços da CPSM, além dos acima mencionados, foram a Escala de Inteligência de Wechsler para Adultos (WAIS-III), o Trail Making Test (TMT), o Brief Symptom Inventory (BSI), o Inventário Multifásico de Personalidade de Minnesota-2 (MMPI-2), a Escala de Avaliação da Demência - 2 (DRS-2), o Frontal Assessment Battery (FAB) e o Ineco Frontal Screening (IFS).

4.3. Consultas de Intervenção em Crise

As consultas de Crise decorreram à sexta-feira, no horário mencionado anteriormente. Destinaram-se a pacientes com um *life-event* que provocasse uma rutura no seu quotidiano (ex.: morte de um ente querido, divórcio), mas que não apresentassem um antecedente psiquiátrico. Estas sessões foram constituídas por uma psicoterapia breve e direcionada para a problemática em questão.

As consultas de psicologia eram realizadas com o apoio da Psiquiatria. O médico psiquiatria decidia acerca da necessidade de uma intervenção farmacológica complementar da psicoterapia. Caso esta intervenção não se mostrasse eficaz, referenciava-se para a consulta externa, com uma intervenção psicoterapêutica mais estruturada.

O encaminhamento destes pacientes foi feito a partir do médico de família, do serviço de urgência ou de outras instituições. Os profissionais de saúde responsáveis pela consulta variaram consoante a área de residência do paciente.

4.4. Consultas Externas de Psicologia

O presente tópico do relatório contempla informação relativa a processos de acompanhamento autónomo seguidos ao longo do estágio. Em todas as intervenções a estagiária teve a preocupação de assegurar o cumprimento dos princípios gerais expressos no código deontológico dos psicólogos portugueses: respeito pela dignidade e direitos da pessoas, competência, responsabilidade, integridade e beneficência e não-maleficiência (OPP, 2016).

Foram vários os motivos de encaminhamento, conforme descritos na tabela abaixo. De todos os casos seguidos ao longo do estágio, foi selecionado um para ser descrito detalhadamente.

Nome	Sexo	Idade	Motivo de Encaminhamento	Referenciação	Perturbação	Observações
C.	Masculino	27 anos	Alterações de comportamento que se traduzem em dificuldades para lidar com as situações diárias	SMFR	Défices consequentes de uma perturbação neurodegenerativa.	- Descrito no próximo capítulo
J.	Masculino	64 anos	Avaliação cognitiva	CPSM	Depressão reativa e queixas dismnésicas	- Entrevista e Observação Psicológicas - Recolha de anamnese - Avaliação paciente (MOCA; WAIS-III) - Realização de relatório

N.	Masculino	34 anos	<i>Life-event</i> (acidente de mota)	Consulta de crise	Sintomatologia ansiosa	<ul style="list-style-type: none">- Entrevista e Observação Psicológicas- Recolha de anamnese- Exploração sintomatologia ansiosa- Hierarquia de medos- Análise e exploração de medos- Psicoeducação de Respiração diafragmática- Relaxamento Muscular
----	-----------	---------	--------------------------------------	-------------------	------------------------	---

M.	Feminino	63 anos	Adaptação a amputação do membro inferior esquerdo	SMFR		<ul style="list-style-type: none"> - Entrevista e Observação Psicológicas - Recolha de anamnese - Exploração sintomatologia ansiosa - Análise e exploração de preocupações - Estratégias de <i> coping </i> - Psicoeducação de Respiração diafragmática
----	----------	---------	---	------	--	---

F.	Masculino	20 anos	Dificuldades em casa, término relação amorosa, dificuldades na interação social	Consulta de Crise	Perturbação Hiperkinética	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevista e Observação Psicológicas - Recolha de anamnese - Psicoeducação ansiedade, e respiração diafragmática - Estratégias de <i> coping </i> - Psicoeducação assertividade - Aptidões de relacionamento
----	-----------	---------	---	-------------------	---------------------------	---

(Chairman,
Sofair-Fisch&
Fisher
McCanne, 1977)

Legenda (Tabela 1 – Descrição dos casos acompanhados ao longo do estágio curricular.)

5. Outras Atividades desenvolvidas ao longo do estágio

5.1. Participação em Grupos Terapêuticos

Para além da concretização das atividades exigidas do estágio, surgiu a possibilidade participar em atividades institucionais que, por sua vez, proporcionaram um maior enriquecimento ao estágio.

5.2. Intervenção em Grupo para situações de "Ansiedade"

A psicóloga estagiária acompanhou um grupo psicoeducativo, nomeadamente o grupo para situações de ansiedade que decorreu semanalmente, com uma duração aproximada de 5 meses.

O grupo foi constituído por participantes do sexo feminino, com Perturbação da Ansiedade. Para se conseguir avaliar o impacto da intervenção do grupo foram realizadas duas avaliações aos pacientes deste grupo, isto é uma avaliação antes de se iniciar o grupo (avaliação inicial) e uma avaliação após a finalização do grupo (avaliação final). Os testes administrados foram a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS), o Brief Symptom Inventory (BSI) e o Questionário do Estado de Saúde (MOS-SF-36).

Segundo o DSM-V, as perturbações de ansiedade incluem perturbações que compartilham características de medo e ansiedade excessivos.

A terapia cognitivo-comportamental (TCC) é uma das abordagens que manifesta mais indícios empíricos de eficácia no tratamento da ansiedade (Otte, 2011). Sendo assim, o grupo seguiu uma abordagem cognitiva comportamental com os principais objetivos de reduzir os níveis de ansiedade e respetivos sintomas, a promoção da partilha de experiências, psicoeducação, prática de técnicas de resolução de problemas

bem como técnicas de relaxamento (respiração diafragmática, relaxamento muscular progressivo, relaxamento imagético).

Ao longo das 23 sessões foram abordados vários temas (Anexo C), com objetivos e conteúdos estruturados, realizados e apresentados pela psicóloga estagiária em colaboração com a sua colega estagiária, com a supervisão da psicóloga orientadora. No final de cada sessão era realizado uma atividade prática com as pacientes, tendo sido entregue um folheto informativo.

Foram verificadas melhorias em todas as participantes do grupo, reconhecidas pela maior parte das participantes. De notar que, a adesão das participantes assim como a partilha de experiências revelaram-se um ponto crucial para o sucesso do grupo.

O papel ativo e autónomo possibilitado à estagiária na dinamização do grupo, permitiram fortalecer capacidades para desenvolver e conduzir grupos no futuro.

5.3. Participação em reuniões da Unidade de Psiquiatria Comunitária e Hospital de Dia

As reuniões da Unidade de Psiquiatria Comunitária e Hospital de Dia, decorreram semanalmente na CPSM, às quartas-feiras de manhã. Pelo que, a segunda reunião de cada mês foi realizada no Pólo de Valongo.

Estas foram presididas pelo coordenador do serviço. Encontravam-se também presentes uma equipa multidisciplinar com profissionais de saúde de várias áreas como: Psiquiatria, Psicologia, Enfermagem, Terapia Ocupacional, Serviço Social.

Estas reuniões consistiram na apresentação e debate de casos do Hospital de Dia e internamento de várias equipas comunitárias existentes, procurando a confirmação de diagnósticos, propondo intervenções terapêuticas e farmacológicas; proposta e discussão de altas programadas e planeamento de atividades pela equipa técnica do Pólo do CH e do Pólo de Valongo.

5.4. Participação em reuniões científicas do Serviço de Psiquiatria

As reuniões científicas do Serviço de Psiquiatria ocorreram semanalmente para os profissionais de diversos serviços, às quartas-feiras ao final da manhã. Consistiram em apresentações e discussão de casos clínicos, bem como de temas relacionados com a prática da Saúde Mental (Anexo B). O objetivo principal destas reuniões foi melhorar e atualizar o conhecimento científico.

Pelo que, a última quarta-feira de cada mês foi dedicada a conferências específicas para o serviço de Psiquiatria, sendo as restantes quartas-feiras com conferências alargadas a cada pessoa da CPSM.

5.5. Participação em reuniões de Supervisão de Estágio

As reuniões de supervisão, de caráter obrigatório, decorreram às segundas-feiras sob orientação da supervisora Prof. Dra. Maria Emília Areias e com a presença de quatro estagiários.

Estas reuniões consistiram na motorização das atividades desenvolvidas ao longo do estágio curricular, com especial foco nos casos clínicos que nos foram atribuídos assim como na partilha de experiências dos diferentes locais de estágio permitindo desta forma uma aprendizagem recíproca. Promoveu o esclarecimento de dúvidas relativas ao processo de estágio e discussão aprofundada dos casos clínicos.

5.6. Participação em Investigações/Estudos

No âmbito de estudos elaborados pela estagiária, realizaram-se reuniões que assentavam essencialmente na atualização dos dados dos diversos estudos desenvolvidos, assim como na distribuição de tarefas para a execução das mesmas.

A estagiária por proposta da sua orientadora elaborou a comunicação intitulada "O que é a Ansiedade?", apresentada pela sua orientadora nas sessões organizadas pelo Grupo de Apoio Mútuo no dia mundial do Acidente Vascular Cerebral. O objetivo principal consistiu em abordar os efeitos da ansiedade no doente e no cuidador decorrente do Acidente Vascular Cerebral, e ainda estratégias de controlo da ansiedade não medicamentosas.

O tema "Estratégias de *Coping* Amputados", elaborado pela estagiária, foi apresentado no 7º Curso Teórico-Prático de Amputados pela sua orientadora de estágio. A estagiária abordou este tema, em forma de apresentação oral, com a sua colega de estágio nas Jornadas do Instituto Universitário de Ciências da Saúde do Norte. Tendo em conta que a amputação acarreta diversas respostas emocionais, psicológicas, físicas e sociais para os amputados, o objetivo principal desta apresentação consistiu em salientar a importância da utilização das estratégias de *coping* assim como os seus potenciais benefícios.

Foi proposto a realização da apresentação e respetivo folheto informativo sobre "Comunicação de Más Notícias", tendo sido apresentada pela sua orientadora no Pólo de Valongo aos profissionais de saúde. A pertinência deste tema assentou essencialmente na complexidade da comunicação do profissional de saúde com o paciente, fornecendo assim as premissas para uma comunicação eficaz.

Realizou também a apresentação denominada "A mulher na saúde mental e Estratégias de *Coping*", tendo sido apresentada pela sua orientadora no simpósio "A mulher e a família. Como transformar derrotas em vitória?". O principal objetivo consistiu em abordar os diversos desafios colocados às mulheres em situações de crise bem como as estratégias de *coping* utilizadas.

A USF Faria Guimarães iniciou um grupo psicoeducativo de insónia, e neste sentido foi solicitado à estagiária a elaboração da apresentação intitulada de "Grupo Psicoeducativo de Intervenção na Insónia". O principal objetivo consistiu em abordar a importância do sono, as diferentes fases do sono, as causas e consequências da insónia assim como terapêuticas não farmacológicas com vista a melhorar a qualidade do sono.

Capítulo II. Apresentação do caso clínico

1. Introdução

Neste capítulo, será apresentado de forma descritiva e pormenorizada um caso clínico.

A escolha do caso teve como motivo o desafio e complexidade do mesmo, por ser uma perturbação invulgar fazendo com que a estagiária se interrogasse ao longo de todo o processo procurando sempre compreender a pessoa e o que mais podia ser feito. Foi também o caso com um acompanhamento mais completo e extenso em número de consultas, possibilitando seguir um plano terapêutico.

2. Identificação de C.

C. é um doente do sexo masculino com 28 anos de idade. Tem o 6º ano de escolaridade, e atualmente frequenta um Curso de Madeiras. É solteiro e sem filhos. Reside com os pais, pelo que a sua mãe tem 54 anos tendo como profissão de empregada doméstica, e o seu pai com 59 anos de idade tendo como profissão trabalhador na construção civil. Tem uma irmã de 37 anos, casada e com dois filhos, de casamento anterior da mãe.

3. Motivo de encaminhamento

C. foi encaminhado para a consulta de Psicologia pela sua médica fisiatra devido a alterações de comportamento que se traduzem em dificuldades para lidar com as situações diárias sobretudo em contexto de maior frustração.

Ao longo das sessões o paciente apresenta várias queixas, tais como dificuldades na leitura e na escrita, na comunicação social, assim como em diversos domínios cognitivos. Queixa-se de falta de vontade para ajudar a mãe nas tarefas de casa, conduzindo a dificuldades na relação entre ambos. Queixa-se também da violência psicológica persistente em casa, por parte do pai. O paciente mostra igualmente preocupação com o aparecimento de incontinência urinária.

4. Caracterização da doença atual

C. foi diagnosticado em Novembro de 2009 com a Doença da Substância Branca Cerebral – Vanishing White Matter Disease (com leucomalacia periventricular, síndrome piramidal e cerebeloso).

Em consequência da doença apresenta défices cognitivos, dificuldades de memória e de aprendizagem, disartria ligeira, incontinência urinária, graves dificuldades nas Atividades de Vida Diária, com hemiparésia direita e posturas distónicas dos membros direitos com tremor associado em determinadas posturas.

Para além da sua doença, foi vítima de agressão física, em Outubro de 2012, sofrendo um traumatismo cranioencefálico (TCE). Após este acidente revela tremor distónico dos membros direitos não consequentes ao TCE mas sim associados à doença, segundo os registos.

Em Agosto de 2017, Outubro de 2018 e Março de 2019 sofreu quedas com TCE. Realiza fisioterapia diariamente há 6 anos.

4.1. Descrição da sintomatologia

No domínio cognitivo, apresenta um quadro de debilidade mental (Q.I=60), esquecimento, dificuldades na comunicação social. Em termos de linguagem, apresenta disartria ligeira, discurso pobre do ponto de vista lexical e do ponto de vista semântico, e dificuldades de compreensão no uso de palavras mais complexas, justificados pelo seu quadro neurológico.

No domínio emocional, revela ansiedade, agressividade, *insight* parcial para a doença, pouco juízo crítico e desmotivação para realizar atividades.

A nível motor, apresenta hemiparésia direita e posturas distónicas dos membros direitos com tremor associado em determinadas posturas, fazendo uso de apoio (canadiana).

Refere que "Antes do acidente era melhor em tudo. Eu ia ver o Porto, corria, jogava á bola. Agora não posso fazer nada disso" (sic.). Refere que com o piorar da sua situação perdeu os amigos que tinha, perdeu a vontade de realizar tarefas, e que se sente mais esquecido.

5. Informação médica relevante

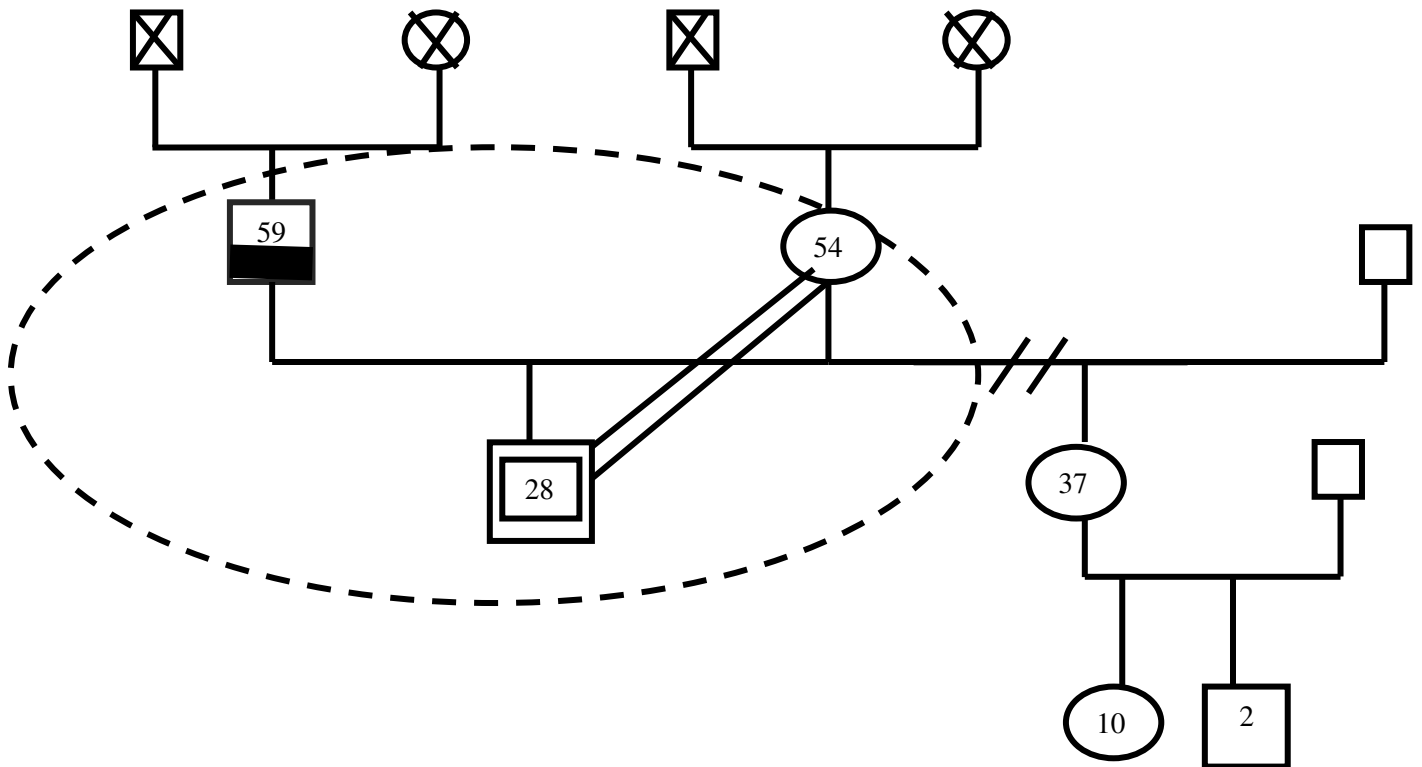
Foi seguido em Psicologia e Neurologia, em 2009, por dificuldades de aprendizagem e cefaleias.

Esta informação foi verificada no seu processo clínico, dado que C. e a sua mãe quando questionados afirmam não se recordarem pormenorizadamente desta altura, não conseguindo assim obter informação mais detalhada.

6. Fontes de informação

Ao longo das consultas, a psicóloga reparou que a informação relatada por C. era diferente daquela que constava no seu processo clínico, constando-se que o paciente poderia não fornecer informação fidedigna. Pelo que, a estagiária optou também por recolher informação da mãe de C. e do seu processo clínico.

7. Genograma



Legenda:

- | | |
|-----------------------------|---------------------------------|
| Paciente Identificado | Divórcio |
| Indivíduo do sexo masculino | Relação com violência emocional |
| Indivíduo do sexo feminino | Relação próxima com conflito |
| Mortos | |
| Abuso de álcool | |
| Membros na mesma habitação | |

8. História Clínica

8.1. Antecedentes

C. iniciou em Setembro de 2009 consultas de Psicologia, Neurologia e Terapia da Fala no Hospital Pedro Hispano (HPH), por apresentar dificuldades de aprendizagem e cefaleias, tendo sido reportada após avaliação a existência de um atraso mental.

Após os exames realizados, foi formulado o diagnóstico de Doença de Substância Branca Cerebral (com leucomalacia periventricular, síndrome piramidal e cerebeloso) em Novembro de 2009, segundo os registos, tendo efetuado estudo metabólico, cariótipo e X-Frágil.

Em Outubro de 2012, sofreu um TCE na sequência de um incidente na via pública em que foi vítima de agressão física, após este acontecimento começou a ser seguido no serviço de Neurologia do CH, para vigilância do quadro e complemento da investigação.

Em 2015, iniciou consultas de Psiquiatria no mesmo hospital. Os motivos indicados foram algumas dificuldades que apresentava, nomeadamente em cumprir as normas impostas pela mãe, em lidar com situações do dia-a-dia e em contextos de maior frustração.

Em Fevereiro de 2017, desenvolveu sintomatologia depressiva reativa ao agravamento da sua doença neurológica. Posteriormente, em Agosto de 2017 e Outubro de 2018 sofreu mais quedas com TCE.

Em Março de 2019, sofreu mais uma queda com TCE surgindo incontinência urinária e enurese noturna.

8.2. Antecedentes familiares de doença.

O pai apresenta alcoolismo há muitos anos, e uma tentativa de suicídio em 2007, sendo o doente a encontrá-lo em situação de extremo risco e a ligar para o Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM).

A mãe tem acompanhamento psiquiátrico, devido a depressão e tentativas de suicídio. Realça-se a presença destes antecedentes psiquiátricos graves, pois consequentemente apresenta, segundo a mesma, “dificuldades de memória” (sic.) o que dificultou a recolha de informação acerca do paciente.

9. Fatores que podem influenciar o estado emocional e comportamental do doente

A Doença da Substância Branca Cerebral – Vanishing White Matter Disease (com leucomalacia periventricular, síndrome piramidal e cerebeloso), é uma doença neurodegenerativa que se associa a incapacidade motora e cognitiva com agravamento progressivo (Knaap, Prank & Scheper, 2006).

Para além da doença neurodegenerativa presente, C. foi vítima de agressão em Outubro de 2012 na paragem de autocarro, batendo com a cabeça no chão, da qual resultou alteração da consciência com hematoma frontal esquerdo. Após este acidente revela tremor distónico dos membros direitos, contudo não são consequentes do TCE mas sim associados à doença, segundo os registos.

Em Fevereiro de 2017, o seu pai fez uma tentativa de suicídio (ingestão medicamentosa voluntária com bebidas alcólicas). Foi C. que encontrou o seu pai nessa situação e ligou para o INEM.

Em Agosto de 2017, encontrava-se no cemitério com a mãe, teve nova queda com TCE com agravamento neurológico provocando cefaleias e com agravamento da hemiparésia direita (começando a fazer uso da canadiana), segundo os registos.

Em Setembro de 2017, o seu avô falece devido a saudades da avó, segundo C.

Em Outubro de 2018 e Março de 2019, voltou a ter quedas com TCE.

A relação que mantém com o pai é de agressividade, com violência psicológica exercida de forma regular pelo pai, provocando estados de agressividade em C.

Em termos motores, a hemiparésia direita com tremor interfere na vida diária do doente provocando baixa autoestima e pensamentos ruminativos de insucesso que, no parecer da estagiária, poderão contribuir para a perda de motivação para participar em tarefas.

Pode-se constatar que os acontecimentos geradores de *stress* se refletem em alterações do comportamento, do sentimento e na ocorrência de sensações desagradáveis, podendo adquirir a forma de problemas médicos ou psicológicos reais como respostas ao *stress* (Trianes, 2003).

10. História pessoal e social

10.1. Infância

C. nasceu de parto eutócico e o período neonatal decorreu sem intercorrências. O desenvolvimento da motricidade e linguagem decorreu com muitas dificuldades e com atraso em relação ao expectável para a idade. A mãe referiu que desenvolveu a linguagem com muito atraso e só com apoio da terapia da fala.

Como um aspeto clinicamente significativo, realça-se que as agressões paternas à mãe, motivadas pela ingestão de álcool, persistiram na gravidez.

Em termos de escolaridade, C. não frequentou o pré-escolar pelo que passou a maior parte do tempo com a sua mãe em casa.

C. descreve a sua infância como "normal, não me lembro muito bem" (sic.).

Não foi possível obter elementos detalhados sobre a sua escolaridade e relacionamento com amigos, nesta etapa de desenvolvimento, pelas limitações já reportadas.

10.2. Adolescência

Desde cedo, C. apresentou dificuldades de aprendizagem e queixas de cefaleias, pelo que, na escola, aconselharam que fosse avaliado inicialmente em Psicologia. Neste sentido, C. iniciou em Setembro de 2009, consultas de Psicologia e posteriormente de Neurologia e Terapia da Fala no Hospital Pedro Hispano, tendo sido reportada após avaliação a existência de um atraso mental com dificuldades marcadas na leitura e na escrita.

Após os exames realizados, no HPH, descobriu-se, em Novembro de 2009 a Doença de Substância Branca Cerebral (com leucomalacia periventricular, síndrome piramidal e cerebeloso), segundo os registos.

Em Outubro de 2012, C. foi vítima de agressão na paragem de autocarro, batendo com a cabeça no chão, e desse incidente resultou um TCE com alteração da consciência com hematoma frontal esquerdo. Após este acidente apresenta tremor distónico dos membros direitos, contudo não são consequentes do TCE mas sim associados à doença, segundo os registos.

Em termos de escolaridade, C. completou o 6º ano de escolaridade com cerca de 16 anos. C. refere que até concluir o 6º ano de escolaridade, gostava de ir para escola e

conviver com os seus colegas mas que tinha muitas dificuldades em compreender o que era leccionado. Segundo a mãe, os períodos de escolaridade de C. foram marcados com muitas dificuldades de leitura, escrita e fala.

Pelas dificuldades apresentadas que requeriam ensino especial, foi-lhe sugerido a escolha de uma escola com cursos profissionais para alunos com necessidades educativas especiais.

Em 2014, C. mudou de escola e frequentou o Curso Auxiliar de Veterinário na Areosa. Este curso não deu equivalência ao 9º ano porque C. não passava nos testes teóricos. Contudo estagiou no canil, pelo que não quis continuar a exercer este trabalho porque não gostava que abatessem os animais - "Eu apanhava os cães. No outro dia, eu chegava lá e ficava triste porque já tinham sido abatidos" (sic.).

Na fase da adolescência, em termos motores e emocionais podemos considerar dois períodos diferentes nomeadamente o período antes da agressão física sofrida em 2012 e o período após esta agressão.

No período antes, C. relata que tinha muitos amigos, estando sempre a sair - "Ia beber um copo com os amigos, para a discoteca" (sic.). Refere que realizava diversas atividades tais como correr, jogar à bola, ir assistir ao Futebol Clube do Porto, ajudar a irmã na padaria bem como ajudar a mãe.

No período após, C. refere que perdeu a vontade de ajudar a mãe nas tarefas associando "fiquei pior do braço, não consigo fazer as coisas" (sic.), deixou de ter amigos e de sair. Em termos emocionais, a mãe refere que C. se tornou irritável e agressivo.

10.3. Vida Adulta

Neste período, confluíram um conjunto de ocorrências negativas com efeitos prováveis sobre o humor do doente e a sua adaptação.

Em Fevereiro de 2017, começou a apresentar queixas de sintomatologia depressiva reactiva ao agravamento da sua doença neurológica e ao inerente aprofundamento das dificuldades.

Neste período, o seu pai fez uma tentativa de suicídio (ingestão medicamentosa voluntária com bebidas alcoólicas) sendo o doente a encontrá-lo em situação de extremo risco e a ligar para o INEM.

Em Agosto de 2017, encontrando-se no cemitério com a mãe, teve uma nova queda, sofrendo um TCE com agravamento neurológico que, de acordo com os registos, provocou cefaleias e intensificação da hemiparésia direita (que requereu o uso da canadiana).

Em Setembro de 2017, o seu avô faleceu devido a saudades da avó segundo C.

Em Outubro de 2018, C. refere que caiu desconhecendo o motivo, sofrendo outro TCE.

Em Março de 2019, teve uma outra queda em casa, sofrendo novo TCE. Foi encontrado pelos pais no chão da casa de banho. Após este TCE, surge incontinência urinária e enurese noturna.

Em termos de frequência escolar, o doente frequentou um Curso de Operador de Jardinagem em Fevereiro de 2017. No âmbito do curso, realizou um estágio final, referindo que não continuou a exercer o trabalho de jardineiro porque se sentia pressionado a fazer as tarefas mais rapidamente do que lhe era possível dadas as suas limitações, enervando-se e respondendo com impulsividade.

Atualmente frequenta um Curso de Madeiras, já na fase de estágio, terminando previsivelmente em 2020. As suas actividades neste período consistem no atendimento de chamadas telefónicas e no seu reencaminhamento para os profissionais da escola. Também tem oportunidade de fazer diariamente o acompanhamento de notícias no computador, quer do desporto, do Futebol Clube do Porto, quer gerais, do Jornal de Notícias - "Gosto de ler as notícias, os comentários das pessoas" (sic.).

O doente referiu que, até ao momento, se sentiu bem em todos os cursos que frequentou, tendo contudo preferido o Curso de Operador de Jardinagem porque "... andava nos jardins e tinha mais pausas" (sic.). Apontou o que lhe coloca mais dificuldades, como o actual, o de Madeiras, por ser mais "trabalhoso" e por ter "poucas pausas".

C. frequenta o curso todos os dias até às 17h, deslocando-se para a fisioterapia após o término do curso.

Na hora de almoço, desloca-se, sozinho ou com colegas, ao café que existe perto da escola. Refere que fica nervoso quando a comida é carne, por causa das dificuldades motoras que apresenta na mão "Pego na faca para cortar e a mão começa a tremer" (sic.). Quando estas situações acontecem em casa, C. refere que a mãe corta a comida para lhe facilitar a alimentação "A minha mãe, em casa, corta... faz tudo" (sic.).

C. realiza fisioterapia, todos os dias, há 6 anos. Refere que faz hidroginástica, ginásio (cordas, tapete e bicicleta) e calor durante 20 minutos. Acrescenta ainda que quer mudar de fisioterapeuta porque sente que está a ficar pior - "Já não está a fazer nada. O meu braço parou, está morto" (sic.). Quando termina a fisioterapia desloca-se para casa, janta com os pais, vai ao café com a mãe e de seguida vai para casa dormir.

Em termos cognitivos, C. revela esquecimento "esqueço-me de muita coisa... de recados" (sic.), dificuldades na comunicação interpessoal "respondo torto e digo palavrões" (sic.), falta de vontade "não tenho vontade para ajudar" (sic.).

Em termos motores, apresenta hemiparésia direita e posturas distónicas dos membros direitos com tremor associado em determinadas posturas, fazendo uso de apoio (canadiana). Estes défices dificultam a sua autonomia - "É mais difícil vestir as meias, apertar os cordões, comer" (sic.), conduzindo a alterações em termos emocionais, pois refere que não tem motivação para realizar tarefas, assim como a discussões com a mãe, dado que não cumpre as normas impostas por ela, "Não tenho vontade para fazer nada porque não consigo e depois respondo torto" (sic.).

Em termos sociais, o paciente refere que, ao longo do curso atual, fez novas amizades, considerando que mantém um bom relacionamento com os novos amigos e que conversa facilmente - "Estamos sempre a falar de futebol" (sic.). Contudo, acrescenta que, desde o acidente, deixou de sair porque perdeu os amigos, realçando o facto de não ter nenhum amigo próximo. Não pratica nenhuma atividade - "Eu antes do acidente era melhor em tudo. Eu ia ver o Porto, corria, jogava á bola. Agora não posso fazer nada disso por causa do acidente" (sic.). Quando questionado acerca da possibilidade de voltar a fazer essas atividades, afirma que "Não vale a pena fazer. Não tenho força de vontade e não consigo" (sic.).

C. define-se como "teimoso, simpático mas que se irrita facilmente" (sic.). Considera que a única atividade que pratica é frequentar a escola, considerando-se "lento", o que lhe eleva os níveis de ansiedade e pensamentos de fracasso. Apesar de relembrar as actividades que praticava antes, tais como jogar futebol, sair com amigos, refere que já não as exerce devido às limitações físicas e perda de amigos.

Relativamente ao seu padrão de sono, C. refere que toma medicação todos os dias antes de ir dormir (Mirtazapina 15 mg - 1 ao deitar) para regularizar - "Durmo muito bem e acordo bem-disposto" (sic.).

Em termos futuros, C. projeta terminar este curso e continuar a frequentar novos cursos.

11. História Familiar

C. tem uma irmã com 37 anos, saudável, fruto de um casamento anterior da sua mãe. A sua irmã, L., está casada há 2 anos e tem 2 filhos, P. com 10 anos de idade e J. com 2 anos de idade. É proprietária de uma padaria próxima da residência de C.

O seu pai tem 59 anos de idade e é trabalhador na construção civil - "Faz um pouco de tudo, pinta, constrói uma casa" (sic.). Já esteve internado no Hospital de Magalhães Lemos, assim como no Hospital Conde Ferreira, devido a abusos de álcool e tentativas de suicídio. Atualmente ainda mantém o abuso de álcool, exercendo violência psicológica sobre a sua mãe e sobre C.

A sua mãe tem 54 anos de idade, trabalha como empregada doméstica todos os dias exceto ao fim de semana. Tem acompanhamento de psiquiatria devido a depressão e tentativas de suicídio - "Atirar-se para um comboio... comer veneno de escaravelho" (sic.).

Não foi possível obter elementos detalhados acerca do início dos antecedentes psiquiátricos dos pais de C., pelas limitações já reportadas.

Quer os avós maternos e paternos já faleceram, não se recordando do motivo nem de há quanto tempo. C. recorda apenas a morte do seu avô materno que terá ocorrido devido a saudades da avó .

11.1. Relacionamento com os pais e pessoas significativas

Refere ter uma boa relação com a irmã, apesar de terem pais diferentes, dizendo "crescemos juntos" (sic.). Refere que, antes do acidente, ia ajudar a irmã no pão quente; depois do acidente, contudo, tornou-se raro conviver com ela, mas quando estão juntos, conversam bastante.

A relação com o pai é agressiva com violência psicológica por parte do pai, provocando estados de impulsividade e agressividade em C. Considera que, desde criança, tem uma relação "má" com ele porque utiliza o dinheiro todo que ganha para comprar álcool - "Quando o dinheiro acaba, o meu pai chama-me nomes, é boi, é corno... é tudo" (sic.). Refere que este também maltrata verbalmente a mãe.

Nas situações em que o pai o maltrata C. irrita-se manifestando um discurso verbal agressivo. Admite não ter vontade de estabelecer uma relação com o pai, revelando ter sentimentos de "desilusão, raiva e tristeza" (sic.) em relação a ele.

Com a mãe, afirma ter uma "boa" relação, porque " a minha mãe faz tudo por mim" (sic.). Refere que, de vez em quando, responde de forma agressiva à mãe, porque ela lhe impõe tarefas a realizar em casa, que o doente não tem vontade de fazer .

A mãe tem um papel ativo na sua educação, e em questões relacionadas com a sua doença, tais como autonomia, deslocação, incentivo para realizar tarefas. O doente mantém uma relação próxima com a mãe, mas também conflituosa.

12. Processo de Avaliação Psicológica

A recolha de dados acerca da história de vida e do problema atual do paciente foi feito através da entrevista clínica, observação clínica não estruturada e administração de testes psicológicos, nomeadamente a Escala de Inteligência de Weschler para Adultos - 3ª Edição (WAIS-III), e a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS).

12.1. Dados de observação sobre a forma de se apresentar e o comportamento

C. apresentou-se com um aspeto cuidado. O vestuário era maioritariamente de cores neutras . A sua estatura era alta, o cabelo liso, curto e de cor castanha.

A sua postura habitual estando sentado, era inclinada para a frente. Aparentava uma idade superior à real. Do ponto de vista motor, era visível o tremor distónico dos membros direitos assim como a marcha com dificuldades fazendo uso da canadiã justificados pela sua doença neurodegenerativa.

Em termos cognitivos, mostrou-se vígil e orientado no tempo e espaço. Ao longo das sessões, o contacto ocular era mantido de forma adequada. O afeto e humor eram predominantemente eutímicos, podendo o temperamento ser caracterizado como distímico. Foram percecionadas dificuldades de atenção e memória. Revelou *insight* parcial para a doença e pouco juízo crítico.

O seu discurso era centrado nas suas queixas físicas, coerente mas pobre em termos de conteúdo, de articulação e de recursos semânticos, aumento do tempo de

latência e pausas, possivelmente justificado pela doença da substância branca e disartria. O tom de voz variava entre o normal e o hostil. Em termos de expressão de pensamentos, verificou-se um conteúdo centrado nas problemáticas com o pai assim como nas suas limitações físicas. Foi de um modo geral colaborante nas sessões.

13. Diagnóstico Categorial e diferenciado

13.1. Formulação da problemática

A avaliação psicológica decorreu nas primeiras cinco sessões. Face ao pedido inicial, no parecer da psicóloga estagiária, a hipótese equacionada seria a da problemática do paciente se relacionar com aspetos neurológicos nomeadamente com a doença da substância branca (com leucomalaciaperiventricular, sinais piramidais e cerebelosos) assim como com a ocorrência de diversos TCE. A estes aspetos acrescentam-se componentes afetivas e emocionais em que são evidentes sintomas como ansiedade, irritabilidade e agressividade, explicados pelo contexto em casa, assim como pelo *insight* parcial acerca da sua doença.

C. é encaminhado para o serviço de Psicologia com indicação de alterações de comportamento que se traduzem em dificuldades para lidar com as situações diárias e em contexto de maior frustração. Apesar destas serem as problemáticas mais evidentes no paciente, existe um conjunto de fatores que revelaram ser pontos chave para a sintomatologia atual. O facto de apresentar uma doença neurodegenerativa com limitações quer do ponto de vista cognitivo quer físico, diversos TCE, um quadro de debilidade mental e disartria ligeira parecem estar na base de fortes comprometimentos ao nível do seu *insight*, capacidade de comunicar e de se relacionar socialmente. De ressaltar ainda que a relação que mantém com o pai é marcada por violência psicológica.

C. apresenta diversas condições neurológicas responsáveis por défices cognitivos, emocionais e comportamentais:

- A doença de substância branca é uma das leucoencefalopatias mais prevalentes na infância (Knaap, Pronk & Scheper, 2006). Esta doença é caracterizada pelo início precoce da deterioração neurológica grave provocados pelo *stress* e traumatismos cranianos (Knaap, Barth, Gabreels, Franzoni, Begeer, Stroink, Rotteveel & Valk, 1997; Knaap, Kamphorst, Barth, Kraaijeveld, Gut & Valk, 1998). Não existe um tratamento

específico, contudo é essencial lidar eficazmente com as situações de *stress* (Knaap, Pronk&Scheper , 2006);

- Sinais piramidais e cerebelares podem estar presentes no mesmo paciente (Fauci, Braunwald, Kasper, Hauser, Longo, Jameson & Loscalzo , 2009), tal como se verifica em C. Um distúrbio da marcha aparece em pelo menos 50% desses pacientes. São frequentes também incontinência urinária e disartria (Fauci et al., 2009).

- O TCE é, independentemente da gravidade, um fator de risco para o desenvolvimento de sintomas psiquiátricos (irritabilidade e ansiedade) (Deb, Lyons, Koutzoukis, Ali & McCarthy, 1999). Os défices cognitivos constituem-se frequentemente como as sequelas mais relevantes de um TCE. As lesões nas regiões frontais provocam, de forma transitória ou permanente, impulsividade, agressividade e redução das aptidões cognitivas sociais (Correia, Barbosa, Costa, Sampaio, Guerreiro, Cerejeira, Lagarto, Paulino & Coelho, 2014);

- O atraso mental é uma condição de desenvolvimento interrompido ou incompleto da mente, a qual é especialmente caracterizada por comprometimento de habilidades manifestadas durante o período de desenvolvimento, as quais contribuem para o nível global de inteligência, isto é, aptidões cognitivas, de linguagem, motoras e sociais (WHO, 1993);

- A disartria é uma incapacidade para articular as palavras devidamente, causada pela incoordenação da musculatura orofaríngea. As palavras são mal pronunciadas e proferidas lentamente (Barker, Barasi & Neal, 2003).

O ambiente familiar conflituoso e disfuncional tem um impacto negativo sobre as condições neurológicas, intensificando ainda mais os seus défices e sobretudo reduzindo a adaptabilidade e as expectativas do doente.

A atmosfera emocional da família, a forma como os pais preparam e ensinam os filhos, as oportunidades e dificuldades que a vida familiar coloca ao desenvolvimento normal são fatores que estão presentes desde o nascimento e que continuam a exercer a sua influência ao longo da adolescência. A família determina as nossas primeiras relações sociais, assim como os contextos onde ocorre a maior parte das aprendizagens iniciais que efetuamos, acerca das pessoas, situações e capacidades individuais (Sprinthall & Collins, 2008).

No caso de C., a sua atmosfera familiar foi sempre marcada por uma carga emocional negativa devido à violência psicológica que o pai exercia quer sobre o

próprio quer sobre a mãe. Para além disto, C. vivenciou situações marcantes tais como as tentativas de suicídio da mãe (ingestão de veneno de escaravelho), assim como ter presenciado as tentativas de suicídio do pai (ingestão excessiva de medicamentos com álcool). Sendo assim, é pertinente reconhecer estes acontecimentos como fatores precipitantes da perturbação apresentada pelo doente. Os fatores de predisposição serão o seu quadro neurológico e as experiências precoces negativas de violência psicológica do pai sobre ele e sobre a mãe; podem-se considerar como fatores de manutenção os pensamentos de fracasso que surgem devido às suas limitações físicas "não consigo fazer" (sic.), acentuando ainda mais o seu estado emocional de ansiedade, e de agressividade.

De forma a sustentar o processo de avaliação psicológica, a estagiária procedeu a uma avaliação qualitativa e quantitativa.

Para objetivação do nível de funcionamento intelectual, administrou a Escala de Inteligência de Weschler para Adultos - 3ª Edição (WAIS-III).

As características psicométricas da WAIS-III conferem-lhe excelentes qualidades enquanto instrumento de avaliação do funcionamento intelectual.

C. apresentou um desempenho global marcadamente deficitário (Q.I Global = 60). Apresentou dificuldades na expressão oral, pautada por défices semânticos, ligeira disartria e lentificação psicomotora. Memória de trabalho, atenção seletiva, sustentada e dividida com desempenho inferior. No que respeita ao funcionamento executivo, revela défice significativo na flexibilidade mental.

A psicóloga estagiária concluiu assim que o perfil neuropsicológico de C., a correlacionar com a clínica, é compatível com um quadro de debilidade mental.

Para além dos resultados obtidos, C. relata "ando esquecido", "não me lembro bem das coisas" "não sei falar nem escrever" (sic.).

Para avaliar o domínio emocional, foi administrada a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS). A escolha do instrumento prendeu-se com a aferição do instrumento para a população portuguesa (Pais-Ribeiro, Silva, Ferreira, Martins, Meneses & Baltar, 2007) e as características psicométricas do mesmo.

C. apresentou uma cotação elevada na escala de ansiedade, verificando-se assim sintomatologia ansiosa associada a um padrão de comportamento impulsivo e agressivo. Para além destes resultados, a estagiária ao longo das consultas observou que C. apresenta dificuldades na comunicação e relacionamento social - "respondo torto, digo

palavrões" "falo alto" (sic.); pensamentos ruminativos acerca das suas limitações físicas "não sei fazer as coisas.. o meu braço morreu" (sic.) que, por sua vez, influencia a sua autoeficácia e motivação para realizar atividades "não tenho vontade porque não consigo fazer" (sic.); estados de agressividade em contexto de violência psicológica por parte do pai com C. e com a sua mãe "fico chateado começo logo a dizer palavrões" "fico com vontade de lhe bater" (sic.).

A estagiária verificou que C. associa a sua situação de doença à agressão física que sofreu em 2012 e não ao diagnóstico da sua doença neurodegenerativa. No que respeita à degradação das capacidades motoras, o doente acredita que resulta da "incompetência dos fisioterapeutas". Observa-se assim um *insight* parcial para a doença e pouco juízo crítico, o que dificultou a recolha de informação. A mãe de C. esteve presente em duas consultas para complementar a informação. De ressaltar que a informação obtida pela mãe do paciente não foi totalmente esclarecedora, por também apresentar um baixo nível de literacia assim como défices cognitivos provavelmente justificados pelos seus antecedentes psiquiátricos graves.

Tendo em conta todo o processo de avaliação psicológica e hipóteses equacionadas, sugere-se, no parecer da estagiária, a existência de dificuldades para lidar com sintomas secundários à Doença da Substância Branca e de múltiplos TCE, que se agravam em determinados contextos afetando de forma significativa a qualidade de vida e saúde mental do paciente.

13.2. Modelo explicativo e fundamentação teórica

Alterações neurológicas com impacto na cognição afetam secundariamente o humor e a vida afetiva do paciente, sobretudo quando o quadro neurológico tem impacto significativo nas atividades da vida diária. Tal como descrito, o doente apresenta uma condição neurológica que secundariamente afeta os domínios cognitivos, emocionais e sociais. Para além disto, vivenciou experiências ao longo da vida com potencial traumático que poderão ter influenciado uma auto-estima degradada, expectativas negativas sobre si próprio e sentimentos depressivos e de pouca esperança.

Tendo em conta o quadro neurológico do paciente e os resultados da avaliação psicológica apresentados, o modelo que mais se adaptou, na opinião da estagiária, foi o modelo neurocognitivo-comportamental. Este modelo combina técnicas de reabilitação neuropsicológica e psicoterapia cognitivo-comportamental, utilizando como base explicativa os mecanismos de plasticidade neural.

A primeira etapa do processo de intervenção neurocognitivo-comportamental é a de avaliação neuropsicológica. Essa metodologia possibilita traçar um perfil do funcionamento psicológico, com especial ênfase em aspetos cognitivos, e compreender o papel das variáveis emocionais, ambientais e neurológicas na configuração desse perfil, a fim de formular uma hipótese diagnóstica que resultará numa indicação terapêutica (Lezak, 1995; Weintraub, 2000).

A reabilitação neuropsicológica é o processo terapêutico que visa habilitar o paciente com disfunção neurológica a adaptar-se ao seu novo contexto psicossocial (família, escola, profissão, ocupação, atividades da vida diária) (Kertesz, 1993; Wilson, 1999).

As intervenções holísticas na reabilitação vão para além da perspetiva das intervenções específicas e circunscritas que se designam geralmente de remediação cognitiva (Ben-Yishay & Gold, 1990). Esta reconhece que não faz sentido separar as facetas cognitiva, emocional e social do traumatismo cerebral, uma vez que a forma como pensamos e sentimos afeta o nosso comportamento (Wilson, Gracey, Evans, & Bateman, 2009).

As psicoterapias podem agir a nível do comportamento, dos pensamentos, das relações familiares, mas também ao nível do cérebro, fazendo apelo à plasticidade neuronal e sináptica. Consoante o tipo de psicoterapia, comportamental, cognitiva,

psicanalítica, os efeitos poderão situar-se em níveis cerebrais diferentes (Braconnier, 2006).

A terapia cognitivo-comportamental (TCC) é uma forma de psicoterapia estruturada e dirigida ao momento presente, orientada a resolver as dificuldades atuais e a modificar os pensamentos e os comportamentos disfuncionais do paciente. Neste tipo de psicoterapia, o psicólogo e o paciente trabalham de forma cooperativa e utilizam estratégias como a reestruturação cognitiva, treino de competências sociais e técnicas de relaxamento (D'el rey & Abdallah, 2006).

14. Proposta de Intervenção

A avaliação encaminhou a estagiária a um plano de intervenção, sugerindo ao paciente que esta devia ser feita tendo em conta os vários contextos biopsicossociais.

Como referido anteriormente, os objetivos da reabilitação segundo o modelo holístico devem recair sobre as facetas cognitiva, emocional, social e física de forma integrada, envolvendo a família, promovendo o máximo de independência funcional em casa, na comunidade e no trabalho.

Para atingir sejam quais forem os objetivos, é necessário estabelecer uma boa relação terapêutica interpessoal inicial, sendo assim este foi o primeiro objetivo da estagiária. Para isso, a estagiária procurou sempre privilegiar uma atitude de escuta, empatia, aceitação incondicional (o que C. exprimia verbalmente ou não verbalmente, direta ou indiretamente, sobre si mesmo, foi tido como digno de respeito).

O doente apresenta uma doença neurodegenerativa com um quadro de debilidade mental com um conjunto de alterações significativas das suas funções mentais (fatores biológicos). Salientam-se dificuldades na expressão oral, pautada por défices semânticos, ligeira disartria e lentificação psicomotora. Memória de trabalho, atenção seletiva, sustentada e dividida com desempenho inferior, e défice significativo na flexibilidade mental. Revela um *insight* parcial para a doença e pouco juízo crítico (fatores psicológicos). Fisicamente, apresenta hemiparésia direita e posturas distónicas dos membros direitos com tremor associado em determinadas posturas dificultando a sua autonomia, consequente da sua doença neurodegenerativa (fatores sociais).

No domínio emocional, apresenta sintomatologia ansiosa associada a um padrão de comportamento impulsivo e agressivo, e pensamentos ruminativos acerca das suas

limitações físicas. Em termos sociais, apresenta dificuldades na comunicação e de relacionamento social.

De acordo com estas dificuldades, a proposta de intervenção visou capacitar o doente de competências e estratégias, promover uma maior consciencialização do estado emocional e físico, que visasse a diminuição da sintomatologia psicopatológica e aprender a lidar com a sua problemática. Deste modo, cada sessão foi sendo planeada face às necessidades sentidas pela estagiária, bem como, dando valor àquilo que eram as preocupações de C.

A intervenção teve como base técnicas e estratégias cognitivo-comportamentais, bem como motivacionais. Técnicas psicoeducativas com o intuito de uma maior tomada de consciência e desconstrução de algumas crenças disfuncionais; trabalho de consciencialização do estado físico com o objetivo de que este aumentasse o *insight* assim como vontade para realizar tarefas.

QUEIXAS/SINTOMATOLOGIA PSICOPATOLÓGICA	ESTRATÉGIAS E TÉCNICAS
ANSIEDADE	Psicoeducação; Autoconhecimento; Respiração diafragmática; Relaxamento muscular; Realização de atividades de lazer.
<i>INSIGHT</i> E JUÍZO CRÍTICO	Realizar um <i>poster</i> com o seu problema central, juntamente com a solução e estratégias para a resolução do problema.
COMPETÊNCIAS DE COMUNICAÇÃO/RELACIONAMENTO INTERPESSOAL	Treino de competências sociais; Técnicas de Relacionamento Interpessoal ; Autoestima; Autoconhecimento; Uso de <i>Role-play</i> .
DESMOTIVAÇÃO	Psicoeducação; Registo de pensamentos automáticos; Questionamento socrático; Reestruturação cognitiva, com substituição de distorções cognitivas por pensamentos realistas; Técnicas de motivação; Plano de ocupação.
PERDA DE MEMÓRIA/ESQUECIMENTO	Post-its; Bloco de notas; Exercícios.
INCONTINÊNCIA URINÁRIA	Psicoeducação; Pedido de consulta em Urologia.
DÉFICES COGNITIVOS DECORRENTES DA DOENÇA NEURO DEGENERATIVA	Psicoeducação; Pedido de consulta em Neurologia.

Legenda (Tabela 2 – Estratégias e Técnicas propostas na intervenção psicoterapêutica de C.)

15. Processo de Intervenção Psicológica

O processo de intervenção psicológica teve início em janeiro de 2018 tendo terminado em junho de 2019. Cada sessão teve a duração de 40 minutos. As primeiras cinco sessões foram de entrevista, de avaliação psicológica, de recolha de anamnese e de todo o processo inerente a observação clínica e construção de uma relação empática, de confiança e terapêutica. De ressaltar que a psicóloga estagiária reparou que a informação relatada por C. era diferente daquela que constava no seu processo clínico, constando-se que o paciente poderia não fornecer informação fidedigna. Sendo assim, a mãe do paciente esteve presente em duas consultas para recolha de informação.

Nas sessões posteriores, foi feita a devolução ao doente, a proposta de intervenção, e a intervenção propriamente dita. O contrato e compromisso foram estabelecidos, sendo explicados quais os objetivos que se pretendia alcançar.

As estratégias psico-educacionais estão orientadas para providenciar às pessoas a informação essencial sobre a natureza da perturbação psicopatológica e o seu tratamento, bem como os métodos para reduzir e lidar com os sintomas (CIR, 2009). Sendo assim, a fase inicial das consultas consistiu na escuta ativa das problemáticas trazidas pelo paciente. Tendo em conta as dificuldades cognitivas do paciente, a estagiária no sentido de perceber quais as áreas que foram compreendidas e quais necessitavam de maior clarificação, no final das sessões realizava um resumo do que foi trabalhado em consulta.

No final de quase todas as sessões, eram sugeridos trabalhos para fazer em casa, com o objetivo de colocar o doente a pensar sobre si mesmo e assim levar a uma maior consciencialização do seu estado emocional, explicando sempre o objetivo de cada tarefa e a sua importância. Ao longo das sessões, o doente mostrou-se muito interessado e colaborante, contudo, inicialmente não realizava os trabalhos por esquecimento, pelo que a estagiária começou a entregar por escrito os trabalhos, informando também a mãe do doente. Nas sessões posteriores, a estagiária perguntava como tinha corrido e quais foram as dificuldades de modo a ajudá-lo a desenvolver formas de ultrapassar essas dificuldades.

As estratégias cognitivo-comportamentais foram essenciais para ajudar C. a desenvolver métodos de como lidar com o agravamento dos sintomas em determinados contextos, e desenvolver competências sociais. O intuito subjacente a cada estratégia era

o de aumentar a capacidade de *insight*, e promover estratégias para controlo de emoções.

As técnicas de respiração e relaxamento foram instituídas face aos níveis de ansiedade e agressividade, descritos pelo auto relato subjetivo do paciente e da sua mãe, em determinados contextos. O objetivo pretendido foi o de criar um hábito no paciente, de forma que aprendesse o comportamento e identificasse as situações "gatilho", de modo a controlar estados ansiosos e de agressividade ao aplicar as técnicas aprendidas.

C. expressou um sistema de crenças disfuncionais desde que foi vítima de agressão física em 2012, que, no parecer da estagiária, influíram na tríade cognitiva (Pensamentos/Sentimentos/Comportamentos) e conseqüentemente na construção de um *insight* e visão de si mesmo adaptativa.

Segundo Beck (1976), todas as terapias funcionam quando alteradas as cognições disfuncionais, direta ou indiretamente. Neste sentido, a estagiária procedeu ao registo das cognições disfuncionais de C..

Como C. apresenta um quadro de debilidade mental com um QI baixo, a estagiária tentou sempre arranjar estratégias para que a informação fosse facilmente compreendida, recorrendo por exemplo a metáforas ou histórias para explicar o conteúdo abordado. Assim, constatou que C. entendia melhor.

A estagiária procurou utilizar exercícios que pudessem ser aplicados a situações do quotidiano nas quais o paciente fosse incentivado a concentrar-se, interagir, raciocinar, tomar decisões, entender o discurso corrente e expressar sentimentos e pensamentos.

Tendo em conta que a estagiária, no serviço onde se encontrava, não tinha acesso a programas informáticos de estimulação cognitiva, tais como CogWeb ou RehaCom, no final das consultas entregava sempre ao doente exercícios de estimulação para realizar em casa (ex.: sopa de letras). Para além disto, realizou também um pedido de consulta em Neurologia e Neuropsicologia.

De ressaltar, que a estagiária procedia sempre à escrita de modo ao paciente poder levar para casa o abordado nas consultas e assim trabalhar em casa.

16. Descrição das consultas

Para sustentar o caso, a estagiária, procede à descrição pormenorizada de todas as sessões.

Na 1ª e 2ª sessão, os objetivos principais centraram-se no estabelecimento de uma relação terapêutica colaborativa e empática, com a finalidade de envolver o paciente na terapia, facilitando um esforço comum para atingir objetivos específicos. Para isso, a estagiária procurou sempre privilegiar uma atitude de escuta, empatia, aceitação incondicional (o que C. exprimia verbalmente ou não verbalmente, direta ou indiretamente, sobre si mesmo, foi tido como digno de respeito). Por outro lado, é fundamental que C. se sinta seguro e confiante, neste sentido a estagiária começou por fazer uma breve introdução sobre si como estagiária psicóloga, e transmitindo competência ao longo da entrevista (pela oportunidade de determinadas questões, pela clarificação de alguns aspetos).

Seguidamente, foi realizada a exploração da história de vida e da problemática, da história do desenvolvimento psicossocial e na avaliação cognitiva e interpessoal do paciente de modo a elaborar uma anamnese completa. A estagiária apercebeu-se de que a informação fornecida pelo paciente não era completa quando comparada com a que constava no seu processo clínico. Sendo assim, estas consultas permitiram à estagiária verificar que C. apresentava dificuldades de memória e um discurso focado especialmente nas suas dificuldades motoras.

Por fim, perceber as expectativas de C. perante a terapia e estabelecer com o paciente os objetivos gerais da mesma, que seriam à partida: maior tomada de consciência e desconstrução de algumas crenças disfuncionais; trabalho de consciencialização do estado físico com o objetivo de que este aumentasse o *insight* assim como vontade para realizar tarefas.

No final desta consulta, C. duvidou acerca da importância das consultas de psicologia, pelo que a estagiária procurou explicar utilizando uma analogia - “Imagine que a sua mente é um jardim. Se cuidar da sua mente, se a nutrir e cultivar como um jardim rico e fértil, ele irá florescer muito além das suas expectativas. Mas se deixar as ervas daninhas criarem raízes, nunca terá paz de espírito e harmonia interior profunda. Imagine agora o seu jardim contaminado com preocupações, ansiedade, inquietações, medos... se você fosse o jardim acha que se ia sentir bem assim?” (sic.) – que acabou por esclarecer C.

Na **terceira e quarta** sessão, foram dedicadas principalmente ao processo de avaliação psicológica. Na terceira sessão, foi administrado a HADS e iniciou-se a WAIS-III. Na quarta sessão, terminou-se a WAIS-III. Tendo em conta que ao longo destas consultas, C. quando questionado acerca da existência de doenças refere que "tenho só uma deficiência", a estagiária pediu ao paciente para em casa, escrever qual o seu problema central, juntamente com a solução e estratégias para a resolução do problema. Este trabalho foi no âmbito de aumentar o seu *insight* e juízo crítico.

Na **quinta consulta**, a estagiária optou por perguntar ao paciente se não se importava que a sua mãe estivesse presente ao qual C. respondeu que não. Esta consulta permitiu completar alguma informação recolhida nas sessões anteriores, assim como verificar que a figura materna era a que mais auxílio prestava a C.

O discurso da mãe de C. foi de encontro ao pedido inicial da consulta - alterações de comportamento que se traduzem em dificuldades para lidar com as situações diárias e em contexto de maior frustração - "eu peço-lhe para ele ajudar e depois ele trata-me mal... fala alto, diz palavrões e não faz nada" (sic.).

A estagiária procedeu também à devolução dos resultados de forma prática e resumida, para que, a partir daí, fosse possível começar a elucidar o paciente e a figura materna sobre as suas problemáticas.

No final da consulta, ficando a sós com C., questionei acerca do trabalho para casa, pelo que este refere que se tinha esquecido. Neste sentido, a estagiária optou por realizá-lo em consulta. C. refere que "Tenho uma deficiência." (sic.), acrescentando que não sabe soluções. A estagiária reparou que C. estava a sentir-se irritado por não encontrar nenhuma solução, pelo que procurou validar as emoções de C. dizendo "Compreendo que deva ser difícil passar por esta fase. Preciso que acredite que a sua força de vontade é mais importante que o seu quociente de inteligência" (sic.).

Nesta consulta, a estagiária solicitou um trabalho de casa que consistia em fazer o registo dos pensamentos. C. tinha que anotar as situações, o que causou o problema (acontecimento), qual foi o seu comportamento (reação), como se sentiu (estado de humor), e em que é que começou a pensar (pensamento automático). A estagiária notou que C. não valorizou o trabalho solicitado, pelo que achou pertinente reforçar a sua realização dizendo "O nosso pensamento cria a nossa realidade. Por isso, é importante sabermos quais os pensamentos que temos, porque por vezes alguns são venenosos formando-se um ciclo que nos leva a baixo." (sic.).

Na **sexta consulta**, a estagiária questionou acerca do trabalho de casa pelo que C. respondeu que se esqueceu novamente. Desta forma, a estagiária optou por indicar algumas estratégias para as próximas consultas, nomeadamente o uso de post-its colocados nos locais mais frequentados pelo paciente, ou uso de um bloco de notas.

Nesta consulta, realizou também com o paciente o trabalho de casa. C. relata apenas o seguinte, "Estou em casa" - "A minha mãe pedir para ajudar, e o meu pai chamar-me nomes" - "Respondo torto, alto, com palavrões, e não faço nada" - "Fico acelerado" - "Não consigo fazer. No acidente o meu braço morreu" (sic).

Na realização deste registo, a estagiária abordou com o paciente a importância de reconhecer os seus "gatilhos", ou seja as situações em que C. ficava ansioso e irritado, estimulando assim o autoconhecimento.

Para além disto, ao explorar os seus pensamentos, a estagiária verifica que C. associa as suas dificuldades motoras como consequência do acidente de 2012 e não como consequência da doença. Para além disto, revela também distorções cognitivas em relação à fisioterapia "A fisioterapia não faz nada. O meu braço continua sempre pior" (sic.).

Ao longo do registo destes pensamentos disfuncionais, a estagiária procurou explicar a influência dos seus pensamentos na sua motivação para realizar tarefas - "As pessoas têm pensamentos bons e maus. Esses maus podem ser venenosos". C. não entendeu o que a estagiária queria transmitir, pelo que esta recorreu a uma analogia – "Existem demasiadas pessoas com preocupações que esgotam a nossa energia. Já alguma vez viu o interior de um pneu de bicicleta? Quando está completamente cheio, leva-o facilmente ao seu destino. Mas se tiver fugas, o pneu acaba por esvaziar-se e a sua viagem é interrompida. É assim que a mente funciona. A preocupação faz com que a sua energia mental esvazie, tal como o ar a vazar do interior de um pneu. Em breve, fica sem energia, exausto." (sic.).

Neste momento a estagiária, trabalhou estas cognições de modo a que C. consiga ver a fisioterapia como manutenção de funções e não o contrário.

À medida que a estagiária vai explorando percebe que o paciente construiu um sistema de crenças e cognições disfuncionais, relativamente ao julgamento crítico que este faz sobre si próprio. Também a relação que tem com o pai, contribuiu, do ponto de vista da estagiária, para estados de ansiedade e agressividade no momento de realizar tarefas impostas. No sentido de esclarecer C. e também de o motivar, a estagiária disse

“Às vezes as pessoas não mudam, nós é que temos que nos adaptar. Para isso, vamos aqui construir um conjunto de técnicas que pode utilizar nas situações de emergência, nomeadamente quando o seu pai o trata mal. Podemos não controlar os estados de espírito das outras pessoas, mas conseguimos, sem dúvida, controlar a nossa atitude perante esses acontecimentos.” (sic.).

A **sétima consulta**, focou-se na psicoeducação sobre a ansiedade, onde foi mostrado um vídeo que se focalizava na definição, nos principais sintomas, nas distorções cognitivas, no ciclo vicioso da ansiedade e em estratégias no combate à mesma. A estagiária optou por um vídeo, devido às dificuldades de leitura do paciente. Durante a visualização, o paciente foi expressando quais os aspetos que se identificava mais, indicando como principais sintomas batimentos cardíacos acelerados, transpiração, sentimentos de falta de controlo e comunicação agressiva. Foram ainda abordadas algumas estratégias com o objetivo de controlar e reduzir a ansiedade tais como fazer atividades prazerosas, onde o paciente destacou passear e ouvir jogos de futebol. Foi adaptado como redução de ansiedade ouvir jogos de futebol quando o paciente for alvo de violência psicológica por parte do pai, uma vez que esta é uma situação indutiva de ansiedade. No final da sessão foi feito o relaxamento progressivo de Jacobson como medida estratégica para lidar com esta problemática. Foi solicitado a execução do relaxamento ao longo da semana em casa. Explicou-se também a respiração diafragmática, solicitando a execução da mesma nas situações em que lhe é solicitado para realizar tarefas em casa assim como nos momentos em que o seu pai o maltrata verbalmente, explicando a importância de controlar a respiração.

Neste momento a estagiária, lembrou o abordado na consulta anterior das situações "gatilho", no sentido de inserir a técnica de respiração nestas situações para aumentar o seu autocontrolo. C. não considerou pertinente o controlo da respiração, pelo que a estagiária disse “Respirar adequadamente é viver corretamente. Inicialmente, vai sentir algumas dificuldades mas depois de repetido várias vezes vai tornar-se um hábito saudável” (sic.)

Na **oitava consulta**, o paciente referiu que durante a semana sofreu outro TCE e mostrou preocupação com o aparecimento de incontinência urinária - "faço xixi sem querer" (sic.). Inicialmente, a estagiária explicou que poderá estar relacionado com a doença que apresenta e com a existência de múltiplos TCE e que iria proceder ao pedido de uma consulta em urologia.

Ainda nesta sessão, a estagiária questionou se C. praticou a respiração e o relaxamento, ao qual C. refere que não praticou o relaxamento mas que se lembrou da respiração no momento em que a mãe lhe pede para fazer tarefas em casa. Referiu ainda que houve um dia da semana, em que o pai começou a tratá-lo mal e que foi para o quarto ouvir jogos de futebol.

Sendo assim, nesta consulta a estagiária decidiu abordar os pensamentos de "não consigo" "o meu braço morreu" (sic.) perante o pedido de realização de uma tarefa. A estagiária escreveu no papel estes pensamentos e questionou a C. acerca da possibilidade de pensar de outra forma, ao qual C. respondeu "não sei". Neste sentido, a estagiária questionou "Qual seria a consequência de pensar - Neste momento ainda não consigo. O meu braço não está como estava, mas trabalha.". O paciente responde "Não consigo fazer isso" (sic.) ao qual a estagiária procura motivar dizendo "Todos temos reservatórios de vida aos quais recorrer que nem sequer imaginamos. Por isso, acredito que pode tentar. Lembre-se que a qualidade do seu pensamento, determina a qualidade da sua vida. " (sic.).

A reavaliação e correção das cognições distorcidas permitem ao paciente perceber que na maioria das vezes estava a hipervalorizar negativamente uma situação e a desvalorizar a sua capacidade de enfrentar essa mesma situação.

A **nona consulta e décima consultas**, serviu para reforçar o abordado nas consultas anteriores. Na nona consulta, a estagiária recorreu a analogias para reforçar a importância das consultas anteriores, tais como "A mente consegue reter um pensamento de cada vez. O processo é muito simples: sempre que um pensamento indesejável se instalar no centro da sua mente, substituí-o de imediato por um pensamento positivo. É como se sua mente fosse um projetor de *slides*, em que cada pensamento da sua mente é um *slide*, sempre que um *slide* negativo aparecer no ecrã, apressa-se a substituí-lo por um positivo" (sic.); "Como primeiro passo é importante ter a noção de que o pensamento é mau ; e como segundo passo, tomar consciência de que, assim como deixou entrar esse pensamento na sua mente, também o consegue substituir por outro mais alegre" (sic.).

Na décima consulta, foi realizado um plano de tarefas para o longo da semana. No primeiro dia, colocar e levantar os copos; no segundo, os talheres; no terceiro, os pratos; no quarto, os copos; no quinto, colocar a mesa toda e no sexto levantar a mesa

toda. No sentido de motivar, foi abordado com a mãe do paciente uma ida à praia se conseguisse completar o plano corretamente, e promover feedback.

Ainda nesta consulta, abordou-se o treino de competências sociais e pessoais de modo a promover competências intrapessoais (autocontrole, resolução de problemas) e competências interpessoais (assertividade), uma vez que C. apresentava um estilo de comunicação agressivo. A estagiária iniciou nesta consulta, a psicoeducação acerca da comunicação, a importância desta, os três estilos comunicativos (agressivo, passivo, assertivo), assim como estratégias para neste caso, progredir de um estado agressivo para assertivo.

Sendo assim, a estagiária procedeu à identificação das áreas em que existe défice assertivo (contexto familiar quando a mãe lhe solicita tarefas e quando o pai o trata mal). Os fatores que impedem C. para se expressar de forma adequada, relacionam-se com aspetos emocionais e cognitivos. A ansiedade foi abordada nas sessões anteriores, assim como técnicas e estratégias para a regular, pelo que a estagiária voltou a realçar a importância destas na eficácia de uma comunicação assertiva.

Neste sentido, a estagiária sugeriu algumas estratégias tais como ser claro, conciso e específico; usar frases na 1ª pessoa, de modo a assumir a responsabilidade (ex.: trocar expressões de "não sabes nada" para "eu não concordo"); escutar a sua mãe, saber dar e receber críticas, colocar-se no lugar do outro (ex.: "Mãe, estou com mais dificuldades na mão, não consigo hoje", "Sei que precisas de ajuda, mas posso tentar fazer amanhã mãe?").

A estagiária questionou ainda acerca das vantagens e desvantagens de falar bem e de falar mal. C. apresentou capacidade de *insight*, referindo que ao falar mal "Não ganho nada. Perco o amor da minha mãe" (sic.), e ao falar bem "Ganho saúde. Ganho amor das pessoas." (sic.).

A estagiária terminou, realçando que o comportamento assertivo é um comportamento aprendido e situacionalmente específico. Paralelamente, a estagiária foi reforçando a evolução positiva que C. tem demonstrado ao longo da terapia.

Neste sentido, na **décima primeira** consulta deu-se início ao role-play com o objetivo do paciente se imaginar, numa situação de ansiedade, neste caso foi em casa com a mãe, e utilizar as estratégias. C. teria que colocar a mesa comunicando com a mãe de forma assertiva aquilo que estava a pensar e a sentir. Em seguida, repetiu-se a mesma situação mas sem utilizar as estratégias, ou seja, C. colocava a mesa mantendo

um discurso agressivo. No final, as atividades foram comparadas e discutidas, onde C. destacou sentir menos ansiedade na primeira situação "ao fazer a respiração e falar devagar não me enervo" (sic.), acrescentando "na segunda a minha mãe fica triste" (sic.). A estagiária reforçou o comportamento dizendo "Como pôde observar, foi a sua força de vontade e treino que lhe concedeu estas mudanças positivas" (sic.). Por fim, como esta sessão foi ansiogénica para o paciente, foi realizado o relaxamento muscular.

Na **décima segunda** consulta, foi notório o desenvolvimento da relação terapêutica com um aumento do *insight*, com uma diminuição dos sintomas ansiogénicos e com melhorias significativas na comunicação social.

Nesta consulta, foi introduzido o tema da autoestima, com vista a promover as relações sociais, o seu nível de competências e, acima de tudo, a autoaceitação, autorespeito e autoconfiança (Loureiro, 2013). Foi importante ressaltar que ao mudar a forma como se vê, vai haver uma maior aceitação, aumentar a autoestima e consequentemente as suas competências pessoais e sociais. Além de abordada esta temática, foi lembrado os resultados dos testes que tinham sido administrados (HADS), sendo os resultados concordantes com a sintomatologia do paciente e corroborados pelo mesmo. Como trabalho de casa, foi pedido ao paciente para elaborar uma lista de qualidades, com 7 qualidades, 7 situações em que ficou orgulhoso e 7 desejos de modo a abordar de uma forma mais profunda a autoestima.

A **décima terceira** consulta focou-se na autoestima, realçando que "A mente funciona através de imagens. As imagens afetam a sua autoimagem e a sua autoimagem afeta a maneira como você se sente, age e alcança" (sic.). Foi analisada a lista de qualidades que o paciente tinha levado como trabalho de casa, com o objetivo de C. não valorizar apenas os aspetos negativos mas também valorizar os aspetos positivos que tem não só fisicamente mas também interiormente. Apesar deste exercício ter mostrado um efeito positivo no paciente, foi notório que a lista que o mesmo enumerou, baseava-se nas suas limitações físicas. Definiu-se como uma pessoa que se veste bem mas que apresenta um braço "com dificuldades" (sic.). Nesta consulta, a estagiária verificou que C. conseguiu substituir a expressão "morto" por "com dificuldades".

No final desta consulta, a estagiária orientou a mãe do paciente acerca de formas que permitam estimular e manter a participação de C. nas tarefas, tais como elaborar por escrito atividades diárias a serem realizadas e incentivar C. a realizá-las. Exemplificando, enquanto a mãe faz o almoço, C. teria que colocar a mesa; ou ainda

realizarem tarefas alternadamente, isto é, se na segunda-feira a mãe coloca a mesa, então na terça-feira C. teria que o fazer por iniciativa própria.

Na **décima quarta** e última sessão foi feito um balanço dos principais assuntos abordados ao longo do acompanhamento psicológico com ênfase nos progressos feitos até à data. Foi importante reconhecer que o paciente foi responsável pelas mudanças positivas fortalecendo a autoeficácia. Deste modo, foi incentivado a C. a ter uma visão mais positiva e realista do futuro, e a acreditar que é capaz de lidar mais facilmente com a ansiedade forma autónoma.

Como o paciente vai ser reencaminhado para outro profissional de modo a continuar o processo terapêutico, foi feita a apresentação entre o mesmo e neuropsicólogo de modo a serem discutidas as problemáticas que ainda serão trabalhadas e iniciar o estabelecimento de uma relação terapêutica adequada.

17. Reflexão Crítica sobre o caso clínico

Este doente com a sua patologia complexa constituiu a primeira experiência clínica autónoma da estagiária. Desde o início, ao ter acesso ao seu ficheiro clínico, sabia da existência de uma perturbação tão invulgar como desafiante sob o ponto de vista profissional e humano já que com um impacto tão devastador e traumático na vida presente e futura deste doente, o que intensificou ainda o natural medo e insegurança inicial.

Iniciou este percurso com a ideia do que aprendeu na sua formação teórica, isto é, de que devia fazer algo mais estruturado e planeado, mas com o desenvolver das consultas foi-se apercebendo que nos doentes reais com percursos e características idiossincráticas não é tudo linear como apresentado nos compêndios e que as consultas se devem desenvolver de acordo com as necessidades manifestadas no momento pelo paciente.

Houveram momentos em que a estagiária sentia-se perdida, angustiada, pois C. esquecia-se do que era abordado. Contudo, foram nestes momentos que a supervisão e orientação tornaram-se fundamentais, pois fizeram com que a estagiária procurasse formas, estudasse, refletisse, o que acabou por se tornar uma motivação.

Este caso foi extremamente desafiador, pela dificuldade em intervir, sessão após sessão. No parecer da estagiária, a pouca capacidade de *insight* agravou a problemática uma vez que C. não conseguia identificar a existência da sua doença neurodegenerativa.

A dificuldade mais sentida foi a de transmitir a informação de modo a ser entendida pelo paciente, pelo que a estagiária foi arranjando estratégias e técnicas tais como utilizar um vocabulário de fácil compreensão, utilizar frases curtas, e por vezes recorrer à escrita.

No entanto, com o devir do processo, com a clarificação pela paciente dos seus comportamentos, cognições, emoções e funcionalidade, novos desafios se foram colocando, que foram enriquecendo as potencialidades e o alcance deste processo.

Relativamente à intervenção, foram várias as condições trabalhadas. A principal intervenção baseava-se na modificação do pensamento, recorrendo quase todas as sessões à reestruturação cognitiva.

O paciente na maioria das consultas apresentava um discurso negativo sem melhorias aparentes e por vezes com esquecimento do que tinha sido abordado nas sessões anteriores, o que fez com que a estagiária sentisse que não estava a conseguir ajudá-lo. Contudo, aos poucos e com muita persistência, C. foi revelando algumas melhorias, que ele próprio também sentiu e refletiu ao longo das consultas. O seu *insight* e consciencialização da sua doença e limites físicos, bem como regulação da ansiedade. Outro aspeto bastante complicado de contornar, foi o das competências sociais, saldando-se a intervenção por possibilitar que o doente fosse sendo progressivamente capaz de ser assertivo com as outras pessoas.

Apesar de inicialmente não ter sido fácil conciliar todos os conhecimentos aprendidos e aplicá-los na prática, ver as mudanças diretas na vida do paciente, despertou um sentimento de gratificação e de querer continuar a fazer mais e melhor. Pois como, Carl Jung disse, “a nossa visão só se torna clara quando conseguimos olhar para dentro do nosso coração. Quem olha para fora, sonha; quem olha para dentro, desperta”.

Por fim, a estagiária reconhece que teve a oportunidade de entender verdadeiramente que o que é importante não é apenas identificar défices existentes em várias áreas mas perceber o impacto global que têm na vida da pessoa.

Capítulo III. Reflexão Final

A experiência de estágio foi uma aprendizagem crucial para o percurso profissional da estagiária.

O caminho começou por ser um pouco atribulado. Um turbilhão de emoções sobrevieram, medo, alegria, receios, expectativas, inseguranças, contribuíram para a motivação assim como para desmotivação.

O facto de ter oportunidade de ingressar em dois serviços e intervir no grupo psicoeducativo, acompanhar vários casos clínicos destacam-se como os mais marcantes do estágio pois contribuíram para um maior enriquecimento da experiência de estagiária, profissional e pessoal.

A observação de consultas assim como o acompanhamento psicológico, permitiram à estagiária observar a prática clínica da orientadora e todo o seu processo em várias faixas etárias e problemáticas diversificadas, o que enriqueceu o seu conhecimento e a preparou para futuras práticas clínicas.

Inicialmente, no contexto de consulta autónoma, a estagiária sentiu-se ansiosa, insegura com medo de falhar o que contribuiu para a constante pesquisa e procura de conhecimento. O facto de observar notórias melhorias nos pacientes foi gratificante, tornando-me mais confiante e motivada.

A realização deste estágio permitiu também aprofundar o conhecimento científico atualizado, através das reuniões científicas. Contudo, a estagiária no fim de cada reunião sentia que o trabalho do psicólogo ainda não é totalmente valorizado, pois raramente era mencionado.

Apesar de globalmente a experiência no estágio ter sido positiva, a estagiária sentiu que nem sempre existem os recursos necessários para os psicólogos exercerem a sua função. Exemplo disso foi a inexistência de consultórios, a falta de psicólogos que por sua vez se traduz na duração insuficiente de uma consulta ou na remarcação mensal, o que dificulta a eficácia da intervenção.

Este estágio foi essencial para verdadeiramente integrar os conhecimentos teóricos adquiridos ao longo dos quatro anos de formação. Só a prática, o tempo e a motivação permitem o crescimento pessoal e profissional.

Com o findar do estágio é possível reconhecer um crescimento pessoal e sobretudo profissional. Fica uma sensação gratificante e reconfortante com uma vontade de crescer, aprender e fazer muito mais.

Referências Bibliográficas

- APA. (2014). DSM-5 - Manual de Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais (5ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Braconnier, A. (2006) Manual de Psicopatologia. Climepsi Editores.
- Barker, R.A., Barasi, S., Neal, M.J. (2003) Compêndio de neurociências. Instituto Piaget.
- Beck, A.T. (1976). Cognitive Therapy and the Emotional Disorders. New York: International Universities Press.
- Ben-Yishay, Y., & Gold, J. (1990). Therapeutic milieu approach to neuropsychological rehabilitation. Philadelphia: Taylor & Francis Ltd.
- Castro, E.K., & Bornholdt, E. (2004). Psicologia da Saúde x Psicologia Hospitalar: Definições e Possibilidades de Inserção Profissional. *Revista Ciência e Profissão*, 24(3), 48-57.
- Chairman, M.W., Sofair-Fisch, T., Fisher-McCanne, L. (1977). Relationship Skills. Northern Illinois University.
- Charchat-Fichman, H. (2006). Avaliação e reabilitação neuropsicológica. Rio de Janeiro.
- Charchat-Fichman, H. (2003) Heterogeneidade neuropsicológica no processo de envelhecimento: Transição do normal aos estágios iniciais da Doença de Alzheimer. Universidade de São Paulo.
- Cuidados Integrados e Recuperação (CIR, 2009)*. Manual de trabalho. Programa de Formação em saúde mental comunitária. Coimbra.
- Correia, D.T., Barbosas, A., Costa, C., Sampaio, D., Guerreiro, D.F., Cerejeira, J., Lagarto, L., Paulino, M., Coelho, R. (2014). Manual de Psicopatologia. LIDEL, 193-195.

- Deb, S., Lyons, I., Koutzoukis, C., Ali, I., McCarthy, G. (1999). "Rate of psychiatric illness 1 year after traumatic brain injury". *Am J Psychiatry*.
- D'el Rey, G., & Abdallah, H. (2006). Intervenções cognitivas e comportamentais na fobia social. *Revista Psiquiatria Clínica*, 1-8.
- Fauci, S.A., Braunwald, E., Kasper, D.L., Hauser, S.L., Longo, D.L., Jameson, J.L., Loscalzo, J. (2009) *Harrison: Medicina Interna*. 17ª Edição, Volume II. McGraw-Hill.
- Hunsley, J., & Meyer, G. (2003). The incremental validity of psychological testing and assessment: conceptual, methodological and statistical issues. *Psychological Assessment*, 15 (4), 446-55.
- Kertesz, A. (1993). Recovery and treatment. *Clinical neuropsychology* (pp. 647-652). New York: Oxford
- Knaap, M.S., Barth, P.G., Gabreels, F.J., Franzoni, E., Begeer, J.H., Stroink, H., Rotteveel, J.J., & Valk, J.. (1997). A new leukoencephalopathy with vanishing white matter. *Neurology* , 48: 845–55.
- Knaap, M.S, Kamphorst, W., Barth, P.G., Kraaijeveld, C.L., Gut, E. & Valk, J. (1998). Phenotypic variation in leukoencephalopathy with vanishing white matter. *Neurology*, 51: 540–47.
- Knaap, M.S., Pronk, J.C. & Scheper, G.C. (2006). Vanishing white matter disease. *The Lancet Neurology*.
- Lezak, M. (1995). *The neuropsychological examination: Procedures and interpretation*. Neuropsychological Assessment. New York: Oxford University Press.
- Loureiro, C. (2013). Treino de competências sociais - um estratégia em saúde mental: técnicas e procedimentos para a intervenção. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (9): 41-47 .
- Marks, D.F., Murray, M., Evans, B. & Willig, C. (2000). *Health Psychology. Theory, research and practice*. London: Sage Publications.
- Noronha, A.P.P (2009). *Testes psicológicos: conceito, uso e formação*. Hutz, C.S. *Avanços e polémicas em avaliação psicológica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Ogden, J. (2000). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores, Manuais Universitários.

Ogden, J. (2012). *Health Psychology: A textbook*. 5ª Edição. Berkshire: McGraw-Hill.

Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2011). PSIS21- Revista Oficial da Ordem dos Psicólogos Portugueses, nº1, Dezembro. *Lisboa: Ordem dos Psicólogos Portugueses*.

Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2016). Código deontológico com primeira revisão. *Diário da República, 2ª série*.

Otte, c. (2011). *Cognitive behavioral therapy in anxiety disorders: current state of the evidence*. Dialogues in clinical neuroscience.

Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R. & Baltar, M. (2007). Validation study of a portuguese version of the hospital anxiety and depression scale. *Psychology, Health and Medicine*, 12(2), 225-237.

Primi, R. (2010). Avaliação psicológica no Brasil: fundamentos, situação atual e direções para o futuro. *Psicologia: teoria e pesquisa*.

Simon, M.A. (1993). *Psicologia de la salud. Aplicaciones clínicas y estrategias de intervención*. Madrid: Pirámide.

Sprinthall, N.A., Collins, A. (2008) *Psicologia do adolescente: uma abordagem desenvolvimentista*. Fundação Calouste Gulbenkian.

Trianes, M. V. (2003). *Estrés en la infancia: Suprevención y tratamiento*. Madrid: Narcea.

Wahass, S. (2005). The Role of Psychologists in Health Care Delivery. *J Family Community Med*, 12 (2): 63-70.

Weintraub, S. (2000). Neuropsychological assessment of mental state. Principles of behavioral and cognitive neurology (pp. 121-173). Oxford: Oxford University Press.

WHO. (1993). *CID-10 - Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento*. Artmed.

Wilson, B. (1999). *Case studies in neuropsychological rehabilitation*. New York: Oxford University.

Wilson, B., Gracey, E., Evan, J.J & Bateman, A. (2009). *Neuropsychological Rehabilitation: Theory, Models, Therapy and Outcome*. Cambridge University Press.

Anexos

Anexo A. Relatórios de Avaliação

1º Relatório de Avaliação

Nome: M.J.

Data de nascimento: 28/04/1954

Escolaridade: 3º ano

Pedido formulado: Avaliação Neuropsicológica

Procedimentos de avaliação:

Montreal Cognitive Assessment (MOCA);

Escala de Avaliação da Demência – 2 (DRS-2);

Addenbrooke's Cognitive Examination (ACE-III);

Escala de Inteligência de Weschler para Adultos (WAIS-III);

Trail Making Test (TMT);

Frontal Assessment Battery (FAB);

Para realizar a avaliação do desempenho cognitivo geral foi administrado o Montreal Cognitive Assessment (**MOCA**). A paciente obteve uma pontuação total de **12/30**, que se traduz como **Défice Cognitivo Severo** de acordo com a sua idade e escolaridade, com dificuldades em todos os domínios.

Relativamente à Avaliação Demencial, procedeu-se à utilização da Escala de Avaliação da Demência – 2 (**DRS-2**).

Os resultados obtidos revelaram:

A. **défice significativo** na Construção;

B. **défice ligeiro** na Atenção, Iniciação/Preservação e Conceptualização;

C. **défice médio-baixo** na Memória.

Sendo assim, apresenta como resultado final **Défice Moderado** (115 pontos).

Para avaliação de défice cognitivo, ou seja do quadro geral do funcionamento cognitivo, foi utilizado também o Addenbrooke's Cognitive Examination (**ACE-III**). A paciente apresentou um desempenho muito inferior em todos os domínios. Relativamente à pontuação total obtida neste instrumento, a paciente obteve 55 pontos, que se traduz como **Muito Inferior**.

Para a avaliação da velocidade de processamento, foram utilizados dois subtestes da Escala de Inteligência de Weschler para Adultos (**WAIS-III**): “Código” e “Pesquisa de Símbolos”. A partir dos resultados obtidos, verifica-se que a paciente apresenta 6 pontos nas duas provas, indicando assim, um **desempenho muito inferior** (I.V.P.=63) na velocidade de processamento comparativamente com a população em geral (que varia entre 90 e 109), indicando assim dificuldades na memória imediata e velocidade de processamento.

Para realizar a avaliação das operações cognitivas, nomeadamente a procura visual, a velocidade psicomotora, a sequenciação, a atenção dividida e a flexibilidade cognitiva da paciente, foi administrado o Trail Making Test (**TMT**). A paciente realizou a prova A em 150 segundos e a prova B em 407 segundos, não conseguindo elaborá-la com sucesso. Apresenta assim resultados considerados patológicos, enquadrando-se no **perfil psicopatológico**.

Para realizar a avaliação das funções executivas foi administrado o Frontal Assessment Battery (**FAB**). Através dos resultados obtidos na FAB, foi possível verificar que a paciente obteve uma pontuação de 7 em 18, indicando assim a possibilidade de um **padrão disfuncional** em regiões frontais do cérebro da paciente.

Conclusão: A avaliação foi realizada em duas consultas, e a paciente apresentou-se bastante participativa e colaborante.

Demonstrou severas dificuldades na compreensão de algumas tarefas, mesmo quando explicadas novamente. Salienta-se para o facto de quando solicitado a data de nascimento, a paciente refere uma data **diferente** da real.

Os resultados indicam assim que esta paciente apresenta alterações neurocognitivas: um **desempenho muito inferior** na Velocidade de Processamento, **défices cognitivos significativos** principalmente ao nível da Atenção,

Iniciação/Preservação e Conceptualização assim como nas Funções Executivas; com indicação de possível **Défice Cognitivo Severo**. Não constituindo isto um diagnóstico.

A Estagiária de Psicologia

(Cassandra Oliveira)

2º Relatório de Avaliação

Nome: M.A.

Data de nascimento: 27/10/1955

Escolaridade: 9º ano

Pedido formulado: Avaliação Neuropsicológica

Procedimentos de avaliação:

Escala de Inteligência de Wechsler para Adulto (WAIS-III)

Escala de Avaliação da Demência - 2 (DRS-2)

Montreal Cognitive Assessment (MOCA)

Bateria de Avaliação Frontal (FAB)

Para avaliação da velocidade de processamento, foram utilizados dois subtestes da Escala de Inteligência de Wechsler para Adulto: "Códigos" e "Pesquisa de Símbolos".

A paciente obteve um total de 40 pontos nas duas provas, indicando assim, um **desempenho muito inferior** (<69) na velocidade de processamento comparativamente com a população em geral.

Realça-se assim o déficit existente na Velocidade de Processamento, dado que o IVP é sensível a diferentes situações neuropsicológicas.

Relativamente à Avaliação Demencial, procedeu-se à utilização da Escala de Avaliação da Demência - 2.

Os resultados obtidos revelaram:

- A. pontuação dentro da média na Construção, Concetualização, e Memória;
- B. déficit ligeiro na Iniciação e Perseveração;
- C. déficit significativo' na Atenção.

Sendo assim, apresenta como resultado final **Défice Cognitivo Ligeiro** (126 pontos).

O funcionamento cognitivo geral foi avaliado a partir do Montreal Cognitive Assessment, apresentando **défice cognitivo ligeiro** (23/30) com maior dificuldade nas tarefas de evocação, atenção e linguagem.

Na Bateria de Avaliação Frontal, num total de 18 pontos, a paciente obteve 18 pontos, indicando uma **boa performance cognitiva**.

Conclusão: Os resultados da avaliação indicam assim que esta paciente apresenta alterações neurocognitivas: um desempenho muito inferior na Velocidade de Processamento, o que se reflete na velocidade mental e motora na resolução de problemas não verbais, bem como a habilidade de planeamento, organização e desenvolvimento de estratégias de resolução de problemas, podendo ser afetado ao nível do controlo motor e da motivação; com indicação de possível DCL. Não constituindo isto um diagnóstico.

A Estagiária de Psicologia

(Cassandra Oliveira)

3º Relatório de Avaliação

Nome: C.S.

Data de nascimento: 26/08/1990

Escolaridade: 9º ano

Pedido formulado: Avaliação da Personalidade

Procedimentos de avaliação:

Inventário Multifásico da Personalidade de Minnesota (MMPI-2)

Para avaliação da personalidade foi utilizado o Inventário Multifásico da Personalidade de Minnesota (MMPI-2).

Em termos de validade, verifica-se uma diferença fortemente positiva nos valores da escala K (6) e F (18), em termos de resultados brutos, indicando assim que a paciente falsificou no **sentido desfavorável - patológico**.

No entanto, a nota F não é a mais elevada quando comparada com as escalas clínicas, o que é **indicador de uma falsificação patológica em vez de deliberada**.

Relativamente às escalas clínicas:

Depressão e Introversão - 3DP acima da média

Hipocondria - 2DP acima da média

Paranóia - 1DP acima da média

Conclusão:

A avaliação foi realizada numa consulta, e a paciente apresentou-se bastante participativa e colaborante. Estes resultados indicam assim que a paciente apresenta:

- Depressão clínica severa; sentimentos de inutilidade, de incapacidade para encarar o futuro com otimismo normal, ausência de autoconfiança, tendência para a ansiedade, para a inquietação e introversão;

- Apática, quieta, sem ambição, extremamente reservada;
- Preocupações somáticas; vive excessivamente em função da sua saúde, exagerando sensações cinestésicas normais que são sentidas de forma desagradável;
- Atitudes que contribuem para uma fraca execução do trabalho, dificuldades de concentração, problemas na tomada de decisão;
- Problemas familiares;
- Atitude negativa face aos médicos, dificuldade em partilhar o pedido de ajuda;
- Indicadores de carácter paranóico e psicose paranóica;
- Perfil típico do delírio paranóide, não constituindo isto um diagnóstico.

A Estagiária de Psicologia

(Cassandra Oliveira)

Anexo B –Tabela de Reuniões Científicas

Data	Temática
10/10/2018	<ul style="list-style-type: none"> ▪ "Clozapina: antipsicótico". ▪ Interna de Psiquiatria: Doutora Filipa.
07/11/2018	<ul style="list-style-type: none"> ▪ "Ética e Doença Mental". ▪ Professor Valter Osvaldo.
14/11/2018	<ul style="list-style-type: none"> ▪ "Tratamento Farmacológico da Perturbação Bipolar". ▪ Interno de Psiquiatria: Dr. José Santos Morais.
05/12/2018	<ul style="list-style-type: none"> ▪ "2ª Conferência da CPSM: Saúde e Cuidar". ▪ Professor Doutor Anselmo Borges.
09/01/2019	<ul style="list-style-type: none"> ▪ "3ª Conferência da CPSM: Novo Regime Jurídico do Maior Acompanhado". ▪ Advogada: Doutora Conceição Sampaio.
30/01/2019	<ul style="list-style-type: none"> ▪ "1º Ciclo de Reuniões do Serviço de Psiquiatria – Défices Cognitivos com Alucinações Visuais: um diagnóstico improvável". ▪ Assistente Hospitalar de Psiquiatria: Doutor Pedro Esteves.
06/02/2019	<ul style="list-style-type: none"> ▪ "Projeto cuidado de mim".
06/02/2019	<ul style="list-style-type: none"> ▪ "4ª Conferência da CPSM – Arquitetura e Saúde Mental. tópicos sobre os espaços para o Homem". ▪ Professor Arquiteto: Carlos Nuno Lacerda.
27/02/2019	<ul style="list-style-type: none"> ▪ "2º Ciclo de Reuniões do Serviço de Psiquiatria – Violência e Saúde". ▪ Equipa para a prevenção da violência em adultos (EPVA): Isabel Brandão, Gustava Martins, Maria Araújo e Miguel Sampaio.
13/03/2019	<ul style="list-style-type: none"> ▪ "5ª Conferência da CPSM – Delirium no Internamento: Uma Rota do Sintoma à Intervenção". ▪ Unidade de psiquiatria de ligação: Eduarda Pereira, Ana Sofia Machado, Cristina Sousa, Constança Reis, Alexandra

	Corte-Real e Rosa Grangeia.
27/03/2019	<ul style="list-style-type: none">▪ "3º Ciclo de Reuniões do Serviço de Psiquiatria - Avaliação Psiquiátrica Forense em Direito Penal".▪ Doutor Mário Viana.
03/04/2019	<ul style="list-style-type: none">▪ "6ª Conferência da CPSM - Determinantes Sociais da Saúde e para a Saúde".▪ Doutora Eduarda Ferreira.
10/04/2019	<ul style="list-style-type: none">▪ "4º Ciclo de Reuniões do Serviço de Psiquiatria - Pessoas em situação de sem abrigo".▪ Doutor Henrique Salgado.
08/05/2019	<ul style="list-style-type: none">▪ "7ª Conferência: Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências (DICAD)".▪ Doutora Teresa Campos (Responsável Clínica Regional da DICAD), Professor Doutor Rui Guimarães (Responsável Técnico do PIAC).
05/06/2019	<ul style="list-style-type: none">▪ "Determinantes Sociais da Saúde e para a Saúde".▪ Doutora Eduarda Ferreira
19/06/2019	<ul style="list-style-type: none">▪ "Perturbação da Personalidade Borderline e Trauma Complexo"▪ Doutor Fábio Monteiro - Interno de Psiquiatria

Anexo C – Plano de Sessões do Grupo de Ansiedade

Data	Tema	Técnico
9/01/2019	Apresentação e Avaliação de Expectativas	Orientadora de estágio
16/01/2019	Ansiedade e Respiração Diafragmática	Estagiárias
23/01/2019	Relaxamento Muscular	Estagiárias
30/01/2019	Relaxamento Imagético	Estagiárias
06/02/2019	Atribuições	Estagiárias
20/02/2019	Relacionamento Interpessoal	Estagiárias
27/02/2019	Assertividade	Estagiárias
13/03/2019	Treino Resolução de Problemas	Estagiárias
20/03/2019	Saber dizer não	Estagiárias
27/03/2019	Como lidar com o <i>stress</i>	Estagiárias
03/04/2019	Higiene do Sono	Orientadora de estágio
10/04/2019	Equilíbrio Ocupacional	Terapeuta Ocupacional
24/04/2019	Cognições	Estagiárias
08/05/2019	Emoções	Estagiárias
15/05/2019	Auto-estima	Estagiárias
22/05/2019	Auto-eficácia/ Motivação	Estagiárias
29/05/2019	Memória	Estagiárias
05/06/2019	Depressão	Estagiárias
12/06/2019	Perdão	Estagiárias
19/06/2019	<i>Mindfulness</i>	Estagiárias
26/06/2019	<i>Mindfulness</i>	Estagiárias
10/07/2019	Revisão do Progresso/Finalização	Orientadora de estágio