



# RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Maria da Rocha Ferreira

Relatório para a obtenção do Grau de Mestre em Psicologia da  
Saúde e Neuropsicologia

Gandra, setembro 2020

# Relatório de Estágio

Maria da Rocha Ferreira

Nº 23557

Mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia

Instituto Universitário de Ciências da Saúde

*Supervisão:* Professora Doutora Susana Lêdo

Gandra, setembro 2020

## **Declaração de integridade**

Eu, Maria Rocha Ferreira, estudante do Mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia, do Instituto Universitário de Ciências da Saúde, declaro ter atuado com absoluta integridade na elaboração deste trabalho, confirmo 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

Ao finalizar este percurso e olhando para trás vejo que foi uma longa caminhada, mas que foi construída com toda a dedicação, entusiasmo e alegria. Uma caminhada marcada por diversas pessoas a quem deixo o meu sincero agradecimento.

À **minha orientadora**, por todo o profissionalismo, pelos conhecimentos partilhados ao longo de todo estágio, pela sua ajuda, apoio, pela disponibilidade constante, pela compreensão e sua boa disposição.

À **Professora Doutora Susana Lêdo**, pela sua orientação, atenção, transmissão de conhecimentos, empatia, receptividade e disponibilidade.

A todos **profissionais** do Centro Hospitalar, por toda a hospitalidade e disponibilidade, demonstradas ao longo do meu percurso no hospital. Um agradecimento especial à **Diretora de Serviço de Psicologia**, pelo apoio, motivação e encorajamento e ao **Coordenador da Equipa de Psiquiatria e Psicologia de Ligação**, pelo apoio e boa disposição no local de trabalho.

Aos meus **pais**, pelos valores transmitidos, por me proporcionarem sempre a oportunidade de seguir os meus sonhos e objetivos, por tudo apoio e por nunca deixarem de acreditar em mim.

Às minhas **amigas**, por fazerem parte da minha vida, pelos momentos passados ao longo deste percurso, por todo apoio que me deram quando foram solicitadas.

Às minhas **colegas de estágio**, pelos momentos de entajuda, pelas conversas, pelo apoio.

A todos, um Muito Obrigada!

## Índice

Introdução .....	1
1. Caraterização do Local de Estágio .....	2
2. Papel do Psicólogo em Contexto Hospitalar .....	4
3. Descrição das Atividades de Estágio .....	6
3.1.Reuniões de Supervisão .....	6
3.2.Observação .....	7
3.2.1. Observação de Avaliação Psicológica em Crianças .....	7
3.3.Participação nas Atividades de Grupos Realizadas .....	7
3.3.1. Grupo de Treino de Competências .....	8
3.3.2. Grupo de Apoio Psicológico a Pacientes Pós-Internamento Completo .....	8
3.3.3. Grupo de Apoio a Pacientes Depressivos .....	9
3.3.4. Grupo de Relaxamento para Profissionais .....	9
3.4.Unidade de Psiquiatria e Psicologia de Ligação .....	10
3.5.Avaliação Psicológica e Neuropsicológica .....	10
3.6.Consulta Psicológica .....	12
4. Outras atividades desenvolvidas durante o estágio .....	14
4.1.Formações Complementares .....	14
4.2. Realização de <i>flyers</i> e cartazes .....	15
5. Estudo de Caso .....	16
5.1. Identificação.....	16
5.2. Motivo da Consulta/ Queixas Principais .....	16
5.3. Informação Médica Relevante .....	16
5.4 História do Problema .....	17
5.5. História Familiar .....	18
5.6. Genograma Familiar .....	19
5.7. História Pessoal .....	19
5.8. Processo de Avaliação .....	21
5.9. Enquadramento Concetual .....	24
5.10. Proposta de Intervenção .....	28
Reflexão sobre o caso .....	38
Conclusão .....	40

Referências Bibliográficas .....	42
Anexos .....	49

## **Índice de Tabelas**

<b>Tabela 1:</b> <i>Avaliações Psicológicas e Neuropsicológicas</i> .....	11
<b>Tabela 2:</b> <i>Casos clínicos acompanhados de forma autónoma</i> .....	13
<b>Tabela 3:</b> <i>Estratégias e técnicas utilizadas para a Intervenção Psicológica do Caso R</i> .....	29

## Índice de Anexos

Anexo I: Objetivos gerais do estágio .....	49
Anexo II: Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson .....	51
Anexo III: Quadro síntese das sessões do Grupo de Treino de Competências Pessoais e Sociais .....	55
Anexo IV: Quadro síntese: Grupo de Apoio Psicológico a Pacientes Pós-Internamento Completo ...	57
Anexo V: Apresentação PowerPoint proposta para Grupo de Apoio Psicológico a Pacientes Pós-Internamento Completo .....	58
Anexo VI: Quadro síntese das sessões do Grupo de Apoio a Pacientes Depressivos .....	61
Anexo VII: Material para Grupo de Apoio a Paciente Depressivos .....	63
Anexo VIII: Exemplar de Relatório de Avaliação .....	65
Anexo IX: <i>Flyers</i> e cartazes realizados durante o período de suspensão de estágio .....	71
Anexo X: Guião Entrevista Semiestruturada .....	79
Anexo XI: <i>Symptoms Checklist</i> (SCL-90) .....	82
Anexo XII: Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) .....	86
Anexo XIII: Treino de Relaxamento: “Aprender a relaxar” .....	97
Anexo XIV: Esquema explicativo emoção-pensamento-comportamento .....	102
Anexo XV: Como pensamentos criam sentimentos que levam a comportamentos .....	103
Anexo XVI: Psicoeducação Depressão .....	104
Anexo XVII: Automonitoramento de Pensamentos Automáticos .....	105
Anexo X: Folha de Registo de aspetos positivos e negativos na vida .....	106
Anexo XIX: Psicoeducação acerca a autoestima .....	107
Anexo XX: Automonitoramento de Pensamentos Automáticos vs Pensamentos Alternativos .....	109
Anexo XXI: Psicoeducação: “Estilos de Comunicação” .....	110
Anexo XXII: Registo dos estilos de comunicação .....	113
Anexo XXIII: Exemplo de técnica de Relaxamento Imagético .....	114
Anexo XXIV: Registo de Comportamentos Obsessivos-compulsivos .....	115

## **Introdução**

O estágio curricular apresenta-se como uma etapa fundamental durante o percurso académico, uma vez que, nos permite um contacto com a realidade, mas também pôr em prática os conhecimentos e competências adquiridas durante a formação académica.

O presente relatório insere-se no âmbito do estágio curricular do Mestrado de Psicologia da Saúde e Neuropsicologia do Departamento de Ciências Sociais e do Comportamento do Instituto Universitário de Ciências da Saúde do Norte (CESPU).

O estágio decorreu num centro hospitalar da zona do Norte, sob supervisão da Professora Doutora Susana Lêdo, iniciando-se a 25 de setembro de 2019. O número de horas estipuladas e obrigatórias de duração do respetivo estágio foram de 420 horas. Assim, inicialmente, o horário do estágio estabelecido seria das 8.30h às 14.30h, às segunda-feira, quarta-feira e sexta-feira e das 10.00h à 13.00h à quinta-feira. Contudo, o horário de estágio foi sendo ajustado consoante as atividades a realizar. Deste modo, as horas de estágio inicialmente estabelecidas foram ultrapassadas devido à necessidade de dar continuidades aos acompanhamentos dos pacientes, assim como continuidade de apoio às equipas.

O término do estágio curricular estava previsto para junho de 2020. Contudo, devido ao estado de saúde pública (epidemia pelo coronavírus- Covid-19) e conseqüente estabelecimento de estado de emergência decorrido no início do ano de 2020, o estágio curricular foi suspenso no dia 09 de março de 2020, passando essa suspensão a ser definitiva. Neste sentido, houve uma necessidade de adaptação das atividades desenvolvidas, tal como, a realização de uma proposta de intervenção para o estudo de caso ao invés da apresentação da intervenção psicológica realizada.

Assim, o presente relatório de estágio apresenta-se dividido em duas partes. A primeira parte do relatório passa pela caracterização da instituição e serviço onde decorreu o estágio e seu funcionamento, mas também pela descrição do papel do psicólogo na instituição. A segunda parte passa pela descrição de todas as atividades realizadas no estágio, incluindo um caso clínico e respetiva proposta de intervenção. Por fim, segue uma conclusão e os anexos.

## **1. Caracterização do Local de Estágio**

O estágio curricular decorreu no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental (DPSM) do Centro Hospitalar, mais especificamente no Serviço de Psicologia.

O DPSM é constituído pelo Serviço de Psiquiatria de Adultos, pela Unidade de Psiquiatria da Infância e da Adolescência e pelo Serviço de Psicologia, prestando cuidados assistenciais especializados tanto a pacientes agudos como a pacientes crónicos. No departamento existe a unidade de internamento completo e internamento parcial, o Hospital de Dia (durante todo ano, com exceção dos fins de semana e feriados, sendo um serviço para pacientes que tenham estado internados ou que precisem de ocupação diária), com horário de funcionamento das 9 horas às 16 horas e as consultas externas, com o horário de funcionamento das 8 horas às 20 horas nos dias úteis durante todo o ano.

O Serviço de Psiquiatria de Adultos colabora com todos os elementos do DPSM, oferecendo cuidados globais e respondendo às necessidades da população assistida, sendo exemplos de atividades realizadas a consulta externa, psiquiatria de ligação, hospital de dia, internamento, psicoterapia, apoio domiciliário etc.

A Unidade de Psiquiatria da Infância e Adolescência busca compreender as causas das alterações psicológicas do jovem, objetivando a melhora do seu funcionamento global e da família e a promoção da saúde mental, sendo exemplos de atividades realizadas consultas externas, consultas de ligação, psicoterapia, avaliações e orientações das perturbações do desenvolvimento, sessões psicoeducacionais com familiares/pais, etc.

O Serviço de Psicologia realiza avaliações e intervenções psicológicas a pacientes intervindo em todas as faixas etárias, em regime de ambulatório ou em internamento. Este serviço tem como atividades: avaliações psicológicas (por exemplo, avaliações da personalidade, desempenho intelectual, deterioração mental, etc.); consultas especializadas (por exemplo, Unidade da Mama, Ostomizados, Pós-interrupção Voluntária da Gravidez, etc.); Apoio à família e aos Cuidadores Formais e Informais; Técnicas de Relaxamento; Reuniões Clínicas e de Supervisão; Promoção da articulação com a Comunidade (como, Escolas, CPCJ, Tribunal, etc.); psicologia forense (resposta aos pedidos advindos, por exemplo, do Tribunal); psicoterapias (intervenção individual/grupal com crianças, adolescentes e adultos com determinadas patologias); hospital de dia (intervenção, individuais e grupais, mais intensivas e estruturadas com

pacientes que não carecem de internamento completo, sendo-lhes realizadas avaliações aquando a sua entrada e saída, verificando-se a sua evolução clínica).

O acesso às consultas externas de psicologia é realizado através do reencaminhamento pelo médico psiquiatra do paciente, quando considerado que o paciente beneficiaria de acompanhamento psicológico ou que necessita de uma avaliação psicológica adequada às suas problemáticas. Os pedidos que são realizados pelo médico de família são triados por um psiquiatra e só depois encaminhados para o Serviço de Psicologia, se cumprirem os critérios de referenciação. A estes pacientes é lhes fornecido um acompanhamento psicológico adequado, auxiliando-os a lidar com as suas dificuldades e problemas. Quando considerado benéfico para os pacientes, os profissionais podem encaminha-los para a realização de psicoterapia de grupo.

Os grupos podem ser realizados em regime de internamento, consultas externas, ou hospital de dia e realizam-se em diversos contextos, com uma diversidade de populações, como por exemplo: adultos com problemas relacionados com a ansiedade (Grupo de Treino Autógeno de Schultz); adultos com história de luto (Grupos de Apoio a Pacientes em Luto); adultos com quadro depressivo (Grupo de Apoio a Pacientes Depressivos); adultos com história atual/passada de internamento completo (por exemplo, Grupo de Apoio Psicológico a Pacientes Pós-Internamento Completo); crianças e adolescentes com alterações comportamentais e/ou seus progenitores ou jovens vítimas/potenciais vítimas (por exemplo, Grupo de Apoio a Adolescentes), entre outras.

O Serviço de Psicologia também contempla a Unidade de Ligação que objetiva a realização de consultoria a diversos profissionais em contexto hospitalar, promovendo uma melhoria dos tratamentos realizados. Esta Unidade tem como trabalho: a realização de apoio psicológico/psiquiátrico a pacientes internados em enfermarias médicas e cirúrgicas; a realização de acompanhamento psicoterapêutico a pacientes internados ou em consultas de especialidade (por exemplo, Dor Crónica) e seus familiares.

Em termos de logística, pode-se considerar que DPSM apresenta duas divisões: (1) uma referente ao hospital de dia, consultas externas (psicologia e psiquiatria), avaliações psicológicas, sessões de terapias em grupo e consultas do serviço de enfermagem, constituída por 20 gabinetes; (2) e uma referente ao internamento em regime misto, dividindo-se em duas alas (masculina e feminina) com um total de 45 camas. O internamento dos pacientes pode ser realizado no seguimento da sua observação no

serviço de urgência, no internamento de outros serviços ou por transferência de outras instituições que possuam um serviço de urgência psiquiátrica. Neste serviço, é realizado um acompanhamento intensivo aos pacientes por uma equipa multidisciplinar, tais como enfermeiros, psiquiatras, psicólogos.

Por ser um contexto hospitalar, o *setting* físico por vezes pode estar um pouco “prejudicado” (Tonetto & Gomes, 2005), por exemplo, existir ocasionalmente a rotatividade de gabinetes, o que implica maior flexibilidade por parte dos profissionais (Dallahnol, Goldberg & Borges, 2010). Contudo, o *setting* físico não tem que ser considerado como um fator único para o acompanhamento psicológico, pois o *setting* mais do que o espaço físico é a relação profissional-paciente, a aliança terapêutica entre ambos, a confiança e as questões éticas (Zimmerman, 1999, cit in, Machado & Silva, 2012; Etchegoyen, 1989, cit in, Machado & Silva, 2012). Assim, no DPSM é impulsionado a existência das condições de *setting* necessárias para que ocorra um acompanhamento psicológico adequado, respondendo às necessidades do paciente.

## **2. Papel do Psicólogo em Contexto Hospitalar**

Segundo Matarazzo (1980), a Psicologia da Saúde é o domínio da psicologia que recorre aos conhecimentos originários das outras áreas da psicologia, objetiva a promoção e a proteção da saúde, a prevenção e tratamento de patologias, a realização dos diagnósticos relacionados com a saúde, com as doenças e respetivas disfunções, a melhoria do sistema de saúde, assim como o melhoramento das políticas da saúde.

Os psicólogos da saúde podem trabalhar em diferentes contextos de saúde, tanto a nível do serviço privado, como consultórios e clínicas privados, como a nível do serviço público no Serviço Nacional de Saúde, como hospitais e centros de saúde e no setor social (Teixeira, 2004). O estágio curricular realizou-se num centro hospitalar da zona Norte, estando este inserido no serviço público. No Centro Hospitalar, tal como defendido pela Ordem dos Psicólogos Portugueses (2018), o psicólogo faz parte de uma equipa multidisciplinar, constituída por médicos, enfermeiros e assistentes sociais, trabalhando assim em conjunto com profissionais de saúde de outros serviços ou unidades do hospital.

Independentemente do local onde o serviço do psicólogo decorre, por norma, o objetivo central mantém-se, sendo este a realização de um diagnóstico, prevenir e tratar

patologias mentais, distúrbios emocionais e de personalidade e promover a saúde e o bem-estar do paciente (Teixeira, 2004). Para que tal ocorra, no DPSM os psicólogos realizam diversas atividades dirigidas a todas as faixas etárias, nomeadamente a infância, a idade adulta e a velhice. Tal como é defendido por alguns autores (Teixeira, 2004; American Board of Clinical Psychological, 2009) são exemplos de algumas das principais funções desempenhadas pelos psicólogos no DPSM a avaliação psicológica e neuropsicológica (personalidade, desempenho intelectual, psicopatologia, etc.), as intervenções psicológicas e psicoterapêuticas, individuais ou grupais e o aconselhamento psicológico. Neste departamento o acompanhamento psicológico realiza-se no âmbito de mudança comportamental, de confronto e adaptação à doença, devido a crises pessoais e/ou familiares, perturbações do desenvolvimento e comportamento infantil, entre outras situações. Durante o acompanhamento psicológico, tal como Serafino (2004, cit in, Almeida & Malagris, 2011) defende os psicólogos podem fornecer atendimento a pacientes com dificuldades em adaptar-se à sua patologia, por exemplo, em casos de pacientes com dor crónica, ou então fornecer métodos psicológicos aos pacientes para ajudá-los a gerir determinados problemas de saúde, tal como em pacientes com problemas de índole ansiosa. Por ser um contexto hospitalar em serviço público, nem sempre é possível a existência de um período de tempo curto entre consultas (Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2015). Assim, é frequente as estratégias utilizadas pelos psicólogos serem focais nas problemáticas dos pacientes, de modo a obter-se a evolução e melhoras desejadas. Já em relação às avaliações psicológicas e neuropsicológicas realizadas, são exemplos de algumas a WAIS-III/WISC-III, (para avaliar o desempenho intelectual), a Avaliação Cognitiva de Addenbrooke (ACER-III), o Mini Mental State (para avaliar a deterioração mental e lesão cerebral), o Symptoms Checklist- SCL-90 (para avaliar a psicopatologia), o Inventário Multifásico de Personalidade de Minnesota-MMPI (para avaliar a personalidade), a Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths (para avaliar o desenvolvimento), entre outras. Para realização de acompanhamento psicológico e avaliações psicológicas é necessário um pedido realizado pelo médico psiquiatra. Para além da intervenção psicológica e das avaliações, o Serviço de Psicologia realiza atividades como: apoio aos pacientes em regime de internamento; estudo psicológico de indivíduos e realização de psicodiagnósticos; estudo psicológico de grupos populacionais objetivando a prevenção e tratamento; apoio à família e cuidadores; técnicas de relaxamento; reuniões clínicas e de supervisão; articulação com comunidade; hospital de dia; intervenção em crise; e ainda, tal como Teixeira (2004) defende,

participação em programas de investigação e formação a colaboradores e a psicólogos estagiários (curriculares e através do protocolo estabilidade com a OPP).

Por fim, outra atividade que o Serviço Psicologia também realiza é a psicologia de ligação. Na psicologia de ligação os profissionais (psicóloga e psiquiatras) deslocam-se junto de pacientes em internamento hospitalar, realizando uma avaliação do seu estado mental e um acompanhamento durante o período em que estes estão internados. De facto, a psicologia hospitalar, mais do que levar o trabalho psicoterapêutico típico do contexto clínico para o contexto hospitalar, passa também pela criação de técnicas e teorias direcionadas para os indivíduos que estão hospitalizados que podem apresentar questões psicológicas associadas ao processo patologia-internamento-tratamento que dificultam ou impedem o processo de recuperação (Almeida & Malaris, 2011). Os internamentos e procedimentos médicos podem levar a ansiedade, receio, tristeza e incertezas nos pacientes e familiares. Esta Unidade visa a redução do sofrimento causado pelo internamento, a minimização das incertezas associadas ao diagnóstico/intervenções médicas, a humanização na relação paciente-profissional, levando ao aumento do conforto durante o período do internamento, indo de encontro ao defendido por Almeida (2019). Em certos casos, tal como casos de perdas gestacionais tardias, pode ser realizado um pedido de acompanhamento psicológico de modo que o paciente inicie um processo terapêutico regular. Assim, o papel do psicólogo em contexto hospitalar mostra-se essencial (Dallahnol et al., 2010), pois a sua presença neste contexto estabelece como que um novo paradigma permitindo a presença de um modelo biopsicossocial (Catani et al., 2012).

### **3. Descrição das Atividades de Estágio**

#### **3.1. Reuniões de Supervisão**

A orientação decorreu ao longo de todo o estágio. Inicialmente foi realizada uma reunião visando o esclarecimento de dúvidas acerca do Serviço de Psicologia, respetivos protocolos e a apresentação dos objetivos gerais do estágio (Anexo I). Posteriormente as reuniões realizavam-se de acordo com as necessidades surgidas, tais como, dúvidas acerca dos casos ou das avaliações realizadas. Por parte da faculdade, realizavam-se reuniões de supervisão com a Professora Doutora Susana Lêdo, visando o esclarecimento

de dúvidas relativas ao estágio, como, questões acerca das avaliações realizadas, debates sobre os casos clínicos, a descrição das atividades relativas aos grupos e formações.

### **3.2.Observação**

Os primeiros meses de estágio curricular foram essencialmente dedicados à observação, nomeadamente, de consultas realizadas pela psicóloga orientadora, tanto de acompanhamento psicológico como dedicadas à realização de avaliações (psicológica e neuropsicológicas), de grupos terapêuticos (descritos posteriormente) e de reuniões e respetivas entrevistas a pacientes por parte da Esquipa de Ligação, com vista a iniciar uma prática autónoma. Nesta fase de observação foi possível assistir a diversas problemáticas, tais como, lutos, ansiedade, depressão, perturbações de personalidade, etc., sendo a principal faixa etária a adulta.

A fase de observação foi essencial pois proporcionou-me o primeiro contacto com a realidade da prática clínica, o que permitiu um maior desenvolvimento de conhecimentos e competências necessárias para a etapa seguinte.

#### **3.2.1. Observação de Avaliação Psicológica em Crianças**

Apesar da minha experiência de estágio ser focalizada na intervenção em adultos, foi-me proposto a observação de avaliações em crianças. Observei duas avaliações psicológicas na consulta da Psicóloga Infantil: Escala de Inteligência Wechsler para Criança - WISC III e a Escala de Desenvolvimento Mental Griffiths, em crianças com idades compreendidas entre os 3 anos e os 10 anos de idade.

### **3.3.Participação nas Atividades de Grupo Realizadas**

Ao longo do meu estágio foi-me dada a possibilidade de participar em três grupos terapêuticos: “Grupo de Apoio a Pacientes Depressivos” (intervenção estruturada em pacientes adultos com quadro depressivo); “Grupo de Apoio Psicológico a Pacientes Pós-Internamento Completo” (intervenção em pacientes adultos após alta de internamento psiquiátrico) e “Grupo de Treino de Competências” (intervenção em pacientes adultos para melhoria das suas competências na vida quotidiana). Esporadicamente também tive

a oportunidade de participar, de forma observativa e interventiva, no grupo de relaxamento realizado no internamento completo (Anexo II). Com a suspensão dos estágios curriculares não tive a oportunidade de acompanhar os grupos até ao seu término.

### **3.3.1. Grupo de Treino de Competências**

O Grupo de Treino de Competências realizava-se quinzenalmente às quartas-feiras das 09.00h às 11.00h, sendo a população alvo pacientes com infradotação intelectual ligeira com sintomatologia ansiosa e/ou depressiva associada. O número de participantes apresentava-se cerca de 12 indivíduos do género feminino e masculino. As sessões eram dinamizadas por duas psicólogas (psicóloga orientadora e psicóloga diretora de serviço). Este grupo, objetiva essencialmente a reabilitação psicossocial através do treino de competências pessoais e sociais assim como uma melhoria das competências dos pacientes em vários aspetos das suas vidas, tais como a gestão do seu humor, dos seus comportamentos e das suas cognições e conseqüentemente, a redução da frequência, duração e intensidade dos seus sintomas (Anexo III). Neste grupo o meu papel foi de observadora, o que me possibilitou um aumento de conhecimentos a nível de estratégias para melhoria de diversas competências do indivíduo.

### **3.3.2. Grupo de Apoio Psicológico a Pacientes Pós-Internamento Completo**

O Grupo de Apoio Psicológico a Pacientes Pós-Internamento Completo realizava-se quinzenalmente às segundas-feiras das 14.00h às 16.00h, sendo a população alvo pacientes que durante o período de Internamento integraram as sessões de Psicoterapia de Grupo e que tenham beneficiado destas. Deste modo, este grupo dava continuidade ao trabalho psicoterapêutico realizado no período de internamento. O número de participantes apresentava-se cerca de 12 indivíduos, especialmente do género feminino. As sessões eram dinamizadas pela psicóloga orientadora. Os objetivos gerais da terapia eram a promoção de estratégias de comunicação assertivas e expressão emocional, potenciar o autoconhecimento e promover o autoconceito e a autoestima (Anexo IV). Neste grupo, o meu papel era essencialmente de observadora. Com o tempo foi-me dada a oportunidade de maior autonomia. Contudo, devido à suspensão do estágio curricular

apenas foi possível a realização de sessões já planeadas, mas não a execução das atividades por mim propostas (Anexo V). A participação neste grupo possibilitou-me um aumento de conhecimentos relacionados com a realização de psicoterapia em grupo.

### **3.3.3. Grupo de Apoio a Pacientes Depressivos**

O Grupo de Apoio a Pacientes Depressivos teve início a 07 de janeiro de 2020 e realizava-se semanalmente às terças-feiras das 08.30h às 09.30h, sendo a população alvo pacientes que tenham o diagnóstico de depressão e que já tivessem tido acompanhamento psicológico individual. O grupo era constituído por cerca de 17 indivíduos de ambos os géneros, seguindo um protocolo terapêutico cognitivo-comportamental para a depressão. Esta terapia objetiva realizar alterações nos pensamentos e nas crenças dos indivíduos, levando a mudanças duradouras nos seus comportamentos (Cuijpers et al., 2008). A terapia era constituída por 12 sessões (Anexo VI), dinamizadas por uma psicóloga (psicóloga diretora de serviço). Os seus objetivos gerais eram a melhoria/tratamento de pacientes deprimidos e a prevenção da recaída, nomeadamente através da diminuição dos sintomas depressivos; diminuição de *stressores* psicossociais; aumento de recursos pessoais e/ou aumento do melhor funcionamento familiar. Neste grupo a minha participação era conjunta com uma colega de estágio curricular. O meu papel era essencialmente de observação, mas com o decorrer do tempo, tornei-me mais autónoma, nomeadamente através da realização de atividades (nem todas foram realizadas devido à suspensão do estágio) (Anexo VII). A participação neste grupo possibilitou-me explorar conhecimentos sobre a perturbação depressiva e sobre a Terapia Cognitiva Comportamental, sobretudo em contexto grupal, sendo então uma mais valia.

### **3.3.4. Grupo de Relaxamento para Profissionais**

O Grupo de Relaxamento para Profissionais teve início no dia 07 de novembro de 2019 e teria término no dia 24 de abril de 2020. Eram realizadas sessões semanais, todas as sextas-feiras, das 08.00h às 09.00h. Apesar da existência de diversas estratégias para diminuir o *stress* e ansiedade, no contexto laboral, o relaxamento apresenta-se como uma estratégia primordial (Borges & Ferreira, 2013). A técnica de relaxamento utilizada no grupo é o Treino Autógeno de Schultz, que utiliza a visualização de imagens mentais e

instruções de peso, calor e outras sensações que induzem relaxamento total. As sessões eram estruturadas e dinamizadas por profissionais habilitados para o efeito (um médico psiquiatra e uma psicóloga). A oportunidade de participar neste grupo adveio da participação da minha orientadora, o que me permitiu experienciar outras técnicas de relaxamento, aumentando assim as competências nessa área, a nível teórico e prático.

### **3.4. Unidade de Psiquiatria e Psicologia de Ligação**

Durante o estágio foi também possível acompanhar o trabalho dos profissionais da Unidade de Ligação (equipa multidisciplinar constituída por uma psicóloga e dois médicos psiquiatras). A sua principal função é prestar apoio psicológico ou psiquiátrico a pacientes que estejam internados em enfermarias. Para que tal ocorra, é necessário a realização de um pedido de colaboração por parte dos profissionais de saúde dos vários serviços. É ainda disponibilizado acompanhamento psicoterapêutico individual e/ou grupal para doentes e familiares de pacientes internados ou acompanhados em consulta de especialidades, tal como, doentes com dor crónica. São realizadas reuniões diárias, em que os casos são discutidos em equipa, determinando-se se o paciente recebe apoio por parte da psiquiatria (casos de síndromes confusionais, agitações psicomotoras, necessidades de ajustes terapêuticos) ou da psicologia. Casos como recusas alimentares, internamentos prolongados, recusa terapêutica, presença de sintomatologia ansiosa e/ou depressiva, problemas familiares, entre outros, seria a Psicologia a intervir. Era realizado uma recolha da história da vida do paciente, o exame do estado mental (observado a orientação alopsíquica e autopsíquica, sono, apetite, humor, discurso, pensamento, etc.), a observação de necessidade de ajuste terapêutico (concretizado em conformidade com os médicos psiquiatras da equipa), assim como as problemáticas preocupantes que possam interferir com o estado emocional do paciente durante o tempo de internamento.

### **3.5. Avaliação Psicológica e Neuropsicológica**

Após a referida fase de observação passei a administrar as provas de avaliação autonomamente. A avaliação psicológica e neuropsicológica foi realizada com diversos casos, sendo necessária a utilização de diferentes provas e instrumentos de avaliação, pois tal como Teixeira (2004) refere, em contexto de saúde são várias as avaliações

psicológicas necessárias, tais como entrevista clínica, avaliações cognitivas e comportamentais, avaliações de personalidade, avaliações da qualidade de vida, avaliações relacionadas com dor, depressão e ansiedade, entre outras. Previamente à aplicação do instrumento avaliativo era realizado uma recolha de dados sobre o indivíduo de modo a ser possível a contextualização dos resultados quantitativos, pois na avaliação psicológica interessa recolher, avaliar e integrar informações sobre certo assunto de acordo com um plano prévio para responder à questão do paciente (Fernández-Ballesteros, et al., 2001). Após a administração dos testes passava à sua cotação, interpretação e realização do respetivo relatório (Anexo VIII).

Para todas as avaliações existia um pedido por parte dos médicos psiquiatras, podendo por vezes esses pedidos serem específicos quanto às provas a aplicar, pelo que o protocolo de escolha de provas não se apresenta muito flexível. No total foram contabilizadas 18 consultas de avaliação psicológica e neuropsicológicas.

**Tabela 1**

*Avaliações Psicológicas e Neuropsicológicas*

<b>Identificação</b>	<b>Pedido</b>	<b>Avaliação Psicológica</b>	<b>Desfecho</b>
S.F – 31 anos (2 consultas)	Avaliação Multiusos (avaliação desempenho cognitivo)	WAIS- III	Alta
G.F.- 54 anos (1 consulta)	Avaliação Neuropsicológica (avaliação deterioração mental)	SCL-90	Alta
D.R.- 28 anos (2 consultas)	Avaliação de Personalidade	M.M.P.I	Alta
L.M.- 82 anos (1 consulta)	Avaliação Neuropsicológica (avaliação deterioração mental)	ACE-R	Alta
M.V.-33 anos (1 consulta)	Avaliação Multiusos	Matrizes Progressivas de Raven; Avaliação das Atividades da Vida Diária- Índice de Katz	Alta
J.R.- 23 anos (1 consulta)	Avaliação de Personalidade	M.M.P.I	Alta
A.P.- 61 anos (1 consulta)	Avaliação Neuropsicológica (avaliação deterioração mental)	ACE-R	Alta

J.G.- 58 anos (1 consulta)	Avaliação Neuropsicológica (avaliação deterioração mental)	ACE-R	Alta
F.D.- 52 anos (3 consultas)	Avaliação Multiusos	ACE-R; BSI; Avaliação das Atividades da Vida Diária- Índice de Katz	Alta
P.S.- 44 anos (3 consultas)	Avaliação Multiusos	ACE-R; BSI; Avaliação das Atividades da Vida Diária- Índice de Katz	Alta
C.P.- 49 anos (1 consulta)	Avaliação Neuropsicológica (avaliação deterioração mental)	ACE-R	Alta
P.R.- 28 anos (2 consultas)	Avaliação Multiusos (avaliação desempenho cognitivo)	WAIS-III	Alta
A.S.- anos (2 consultas)	Avaliação Multiusos (avaliação desempenho cognitivo)	WAIS -III	Alta
C.M.- anos (2 consultas)	Avaliação Multiusos (avaliação desempenho cognitivo)	WAIS-III	Alta
S.C.- 44 anos (4 consultas)	Avaliação Multiusos	ACE-R; BSI; WAIS-III; Avaliação das Atividades da Vida Diária- Índice de Katz	Alta
E.T.- 52 anos (1 consulta)	Avaliação Neuropsicológica (avaliação deterioração mental)	ACE-R	Alta
M.F.- 61 anos (1 consulta)	Avaliação Neuropsicológica (avaliação deterioração mental)	ACE-R	Alta
M.S.- 70 anos (1 consulta)	Avaliação Neuropsicológica (avaliação deterioração mental)	ACE-R	Alta

### 3.6.Consulta Psicológica

As consultas psicológicas, no DPSM, objetivam sobretudo o aconselhamento, o encaminhamento e/ou apoio dos pacientes perante certas problemáticas, como: mudança comportamental; adaptação a patologias; crises pessoais e/ou familiares, tal como, ansiedade, depressão, luto, etc., o que vai de encontro à definição de aconselhamento psicológico por Trindade & Teixeira (2000). Segundo os autores, este processo é uma intervenção que objetiva o auxílio do individuo a manter/melhorar a sua saúde, através da adoção de um estilo de vida saudável, da realização de comportamentos de saúde, na adaptação psicológica a alterações do seu estado de saúde, em tudo o que envolva mudança pessoal e interação com técnicos de saúde (Trindade & Teixeira, 2000)

Após a fase de observação passei a uma prática mais autónoma, tendo a oportunidade de iniciar acompanhamento psicológico aos pacientes, mas também gerir o *setting* terapêutico presente e preparar as sessões. Após o término da sessão era necessário escrever no diário clínico um resumo da sessão e o exame do estado mental do paciente (orientação auto e alo psíquica, postura, humor, discurso, padrão do sono e apetite, estado de consciência, juízo crítico e *insight*). Em todo este processo de aprendizagem tive a possibilidade de contactar com várias patologias: sintomatologia ansiosa e/ou depressiva, luto, luto perinatal, problemas familiares/conjugais, perturbações de ajustamento, etc. A fase de realização de consultas de forma autónoma apresentou-se como uma etapa fundamental, pois possibilitou-me colocar em prática as competências anteriormente adquiridas e obter um maior conhecimento da realidade da prática clínica.

**Tabela 2**

*Casos clínico acompanhadas de forma autónoma.*

<b>Identificação</b>	<b>Problemática</b>	<b>Trabalho psicoterapêutico realizado</b>	<b>Abordagem terapêutica que seria utilizada *</b>
F.C. (52 anos) (2 consultas)	Humor depressivo	Recolha dos dados anamnésicos	Abordagem TCC, reestruturação cognitiva.
J.R. (55 anos) (3 consultas)	Inadaptação a amputação de membro superior Problemas conjugais	Recolha dos dados anamnésicos Psicoterapia de apoio	Continuação da psicoterapia de apoio
L.R. (40 anos) (3 consultas)	Humor Depressivo Problemas nas relações interpessoais Ansiedade	Recolha dos dados anamnésicos Relaxamento muscular de Jacobson	Psicoeducação: assertividade Abordagem TCC, reestruturação cognitiva.
M.C. (55 anos) (2 consultas)	Sintomatologia de Perturbação de Stress Pós-Traumático	Recolha dos dados anamnésicos Psicoterapia de apoio	Psicoterapia de apoio
M.M. (51 anos) (3 consultas)	Humor Depressivo Ansiedade	Recolha dos dados anamnésicos Exploração dos objetivos da paciente	Relaxamento muscular de Jacobson Abordagem TCC, reestruturação cognitiva.
P.P. (26 anos) (4 consultas)	IMG (interrupção médica da gravidez)	Abordagem ao processo do luto perinatal	Abordagem ao processo do luto perinatal

M.B. (48 anos) (4 consultas)	Humor Depressivo, reativo ao diagnóstico de Síndrome de Colon Irritável	Psicoterapia de apoio Psicoeducação: Síndrome de Colon Irritável e aspetos emocionais relacionados	Relaxamento Muscular de Jacobson Psicoterapia de apoio
P.B. (44 anos) (3 consultas)	Humor Depressivo	Reestruturação cognitiva Estabelecimento de atividades e objetivos (curto, médio e longo prazo)	Abordagem TCC, reestruturação cognitiva.
R.B. (41 anos) (3 consultas)	Humor Depressivo Perda perinatal Problemas na relação familiar	Reestruturação cognitiva Estabelecimento de atividades e objetivos (curto, médio e longo prazo)	Abordagem TCC
A.C. (32 anos) (4 consultas)	Humor depressivo	Psicoterapia de apoio	Psicoterapia de apoio
M.L. (63 anos) (5 consultas)	Dificuldades no controlo de impulsos	Reestruturação cognitiva Estabelecimento de realização de atividades	Abordagem TCC
S.C. (37 anos)	Ansiedade (pedido para sessões de relaxamento)	Relaxamento muscular de Jacobson	Alta
A.C. (44 anos)	Ansiedade (pedido para sessões de relaxamento)	Relaxamento muscular de Jacobson	Alta

\* *Nota:* devido à suspensão do estágio não foi possível a realização da continuação do acompanhamento psicológico dos pacientes, pelo que apresento a abordagem terapêutica que seria utilizada no seguimento da intervenção psicológica.

## **4. Outras atividades desenvolvidas durante o estágio**

### **4.1. Formações Complementares**

Ao longo do estágio foi possível assistir a algumas formações/*workshops* que foram realizados no decorrer do estágio na Unidade Hospitalar. Tive assim a oportunidade de assistir à palestra designada "Reflexões sobre a Morte", onde foram abordados temas como a morte em contexto hospitalar, a comunicação de más notícias e reflexões sobre a vida e a morte. Outra palestra que me foi possível assistir foi realizada pelo Professor Doutor Eduardo Sá e titulada por "Famílias Prematuras", onde foi abordado o tema da prematuridade, as suas consequências, o impacto de ter um filho prematuro na vida dos pais, etc. A nível de Workshops tive a possibilidade de assistir ao workshop "Felicidade e Inteligência Emocional" e ao workshop "Motivação e Relaxamento", em que se realizou uma componente teórica e prática acerca dos temas abordados.

Já no decorrer do ano de 2020, foi-me possível assistir à primeira palestra da iniciativa "Uma Hora Fora Da Caixa", desenvolvida pelo Serviço de Psicologia do DPSM, em que consistia na realização de palestras com temas e convidados variados, ocorrendo de dois em dois meses. Assim, nesta primeira palestra foi abordado o tema "A Arte de Não Envelhecer", realizada pelo Professor Doutor José Eduardo Pinto da Costa.

### **4.2. Realização de *flyers* e cartazes**

No período de suspensão dos estágios curriculares, dado à interrupção das atividades presenciais, passei à realização de teletrabalho, nomeadamente com a realização de *flyers* cujo temas relacionados com o panorama vivenciado (possíveis respostas ao isolamento e estratégias para lidar com estas). Para além disso, realizei também dois cartazes visando sensibilizar a opinião pública para as denúncias dos casos de violência doméstica em situação de isolamento social, pois neste período as vítimas estariam confinadas com os seus agressores, tendo menos possibilidade de pedirem ajuda (Anexo IX). Apesar destas atividades não estarem inicialmente estipuladas, apresentaram-se como forma de adaptação à situação vivenciada, sendo uma forma de dar continuidade ao estágio, mas também uma possibilidade de adquirir novas competências.

## **5. Estudo de Caso**

Após os vários acompanhamentos, a escolha deste caso, baseou-se no fato de considerar o caso mais desafiante e o que mais contribuía para a consolidação das competências adquiridas durante a formação acadêmica, compelindo ao estudo e reflexão.

### **5.1. Identificação**

RS é uma paciente do sexo feminino com 43 anos de idade, de nacionalidade portuguesa. Tem o 12º ano de escolaridade, tendo como atual emprego assistente técnica numa Camara Municipal. É casada (marido com 45 anos de idade) e tem uma filha (14 anos de idade), fruto do seu casamento. Atualmente reside com o marido e com a filha.

### **5.2. Motivo da Consulta/ Queixas Principais**

O encaminhamento para a consulta de psicologia foi realizado por parte do médico psiquiatra que acompanha RS. O pedido de consulta vinha acompanhado do respetivo motivo, nomeadamente, presença de lutos de entes significativos, tendência ao isolamento, humor depressivo, ruminação, tendência a comportamentos obsessivos-compulsivos (gastos exagerados, limpeza/organização). As queixas apresentadas pela paciente focavam-se no humor depressivo, ansiedade, tendência ao isolamento, dificuldades nas relações interpessoais (tendência a desacreditar nos outros, dificuldades na comunicação social, receio de solidão, etc.) e comportamentos compulsivos.

### **5.3. Informação Médica Relevante**

RS refere não apresentar qualquer tipo de patologia significativa, com exceção do vitiligo, diagnosticado há cerca de 6 anos. Segundo o processo clínico, RS está medicada com Quetiapina (50 mg), Lorazepam (2.5 mg), Fluoxetina (20 mg) e Diplexil R (250mg), não referindo nenhuma reação adversa à medicação.

#### 5.4. História do Problema

RS considera que a sua problemática teve início na sua infância. A paciente afirma que as suas dificuldades nas relações interpessoais e a sintomatologia depressiva está essencialmente relacionada com a ocorrência dos episódios de violência doméstica que marcaram a sua juventude. Para além disso, RS salienta ainda alguns acontecimentos marcantes da sua vida, tais como, o adoecimento do seu pai, por volta dos 15 anos de idade, a morte do seu pai, quando tinha 19 anos, morte de uma tia materna aos 20 anos de idade e o diagnóstico de vitiligo, aos 37 anos de idade. A perda da sua tia apresentou-se como um acontecimento adverso pois RS mantinha uma relação de grande proximidade com esta. Já em relação à perda do seu pai, RS afirma sentir alguma culpa pelo seu acontecimento, pois no momento que o seu pai faleceu ela não se encontrava em casa junto a ele. Relativamente ao diagnóstico de vitiligo, RS refere que após este diagnóstico realizou uma tentativa de suicídio, sendo esta única. O diagnóstico desta patologia dermatológica levou à diminuição da autoestima e um aumento da sintomatologia depressiva e ansiosa, pois segundo RS estava sempre com receio que o vitiligo se agravasse. Para além disso, a paciente acrescentou que não se sentiu apoiada neste período, sendo esta falta de apoio um fator que levou a um aumento do sentimento de solidão. Nesta altura, RS realizou acompanhamento psicológico e psiquiátrico em serviço privado, mas acaba por abandonar o processo pois refere que se sentia melhor e que era difícil falar sobre si (“era muito difícil para mim ter que falar abertamente para o psicólogo” (sic.)).

Em relação aos seus comportamentos mais obsessivos-compulsivos, RS refere que o seu início está relacionado com o nascimento da sua filha. Acrescenta que tinha a crença que a sua filha em criança iria desenvolver alguma patologia pois realizava alguma recusa alimentar. Assim, passava várias horas do seu dia a tentar alimentar a filha. Afirma que esta convicção manteve-se durante vários anos, sendo ainda uma preocupação atual, apesar de o pediatra referir que a criança sempre foi saudável. Segundo a paciente, os comportamentos obsessivos-compulsivos que tinha estavam, sobretudo, relacionados com limpeza/organização e com a realização de compras (aquando maior sentimento de solidão). Atualmente alguns comportamentos de limpeza/organização ainda se mantêm, contudo, de menor intensidade e impacto na vida quotidiana e familiar devido acompanhamento psicológico realizado no passado (“ainda tenho tendência a limpar tudo

e gosto que esteja tudo organizado... Mas já não me importo tanto se não estiverem e permito que a minha filha organize as coisas dela.” (sic.).

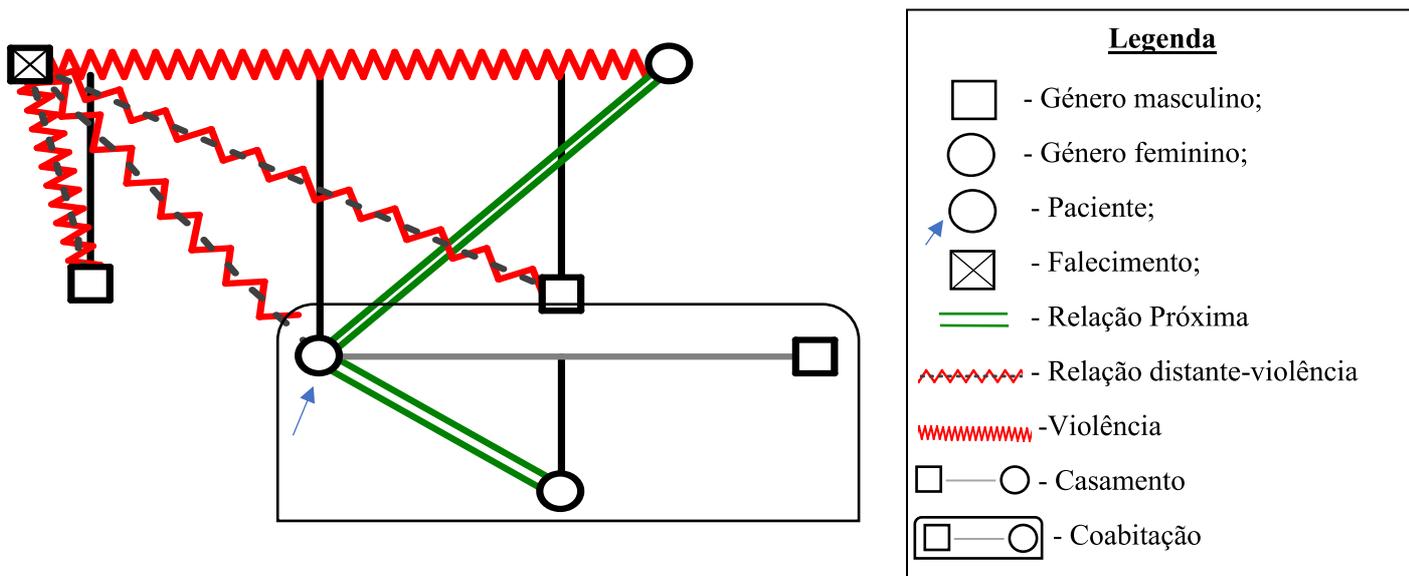
### **5.5. História Familiar**

RS é filha biológica de pais casados e filha do meio de fratria de três (tem dois irmãos). RS refere que durante a sua infância as relações familiares “sempre foram complicadas” (sic.). A paciente caracteriza o pai como uma pessoa muito rígida e agressivo e a mãe como uma pessoa meiga e carinhosa. A sua infância foi marcada pelo alcoolismo do pai e pelo facto da sua mãe ser vítima de violência doméstica, exercida pelo pai. Estes episódios eram mais frequentes e intensos ao fim-de-semana pois o consumo de álcool realizado pelo pai era maior, levando assim a um aumento da agressividade. RS acrescenta que o pai nunca a agrediu nem ao irmão mais novo, pois estes receavam-no e evitavam o contacto com ele. Já em relação ao irmão mais velho, as agressões ocorriam quando este tentava proteger a mãe. Contudo, recorda estes episódios como traumáticos e complexos, referindo que “no local onde era suposta estarmos bem (lar) era onde eu me sentia mais aterrorizada... tinha medo até de respirar mais alto” (sic.). As agressões realizadas pelo pai finalizaram quando RS tinha cerca de 15 anos, uma vez que, este adoeceu (cancro no pâncreas), acabando por falecer quando RS tinha 19 anos. Refere que, apesar do passado, a patologia do pai foi vivenciada com angústia pela paciente e família.

Relativamente à relação com a mãe e os irmãos, refere que sempre teve uma relação de grande proximidade com a mãe, mantendo-a até atualmente, e uma relação estável e satisfatória com os irmãos. Acrescenta que via o irmão mais velho como uma figura de proteção e o irmão mais novo como um amigo. A paciente salienta ainda a relação com uma tia materna, que coabitava com a paciente até casar-se, caracterizando-a como uma “segunda mãe”. Afirmo que, na sua infância, passava a maioria do período das férias escolares em sua casa, de forma a afastar-se do ambiente do seu lar. Cerca de um ano após o falecimento do seu pai, falece também a sua tia.

Atualmente RS vive com o marido e com a filha. Descreve uma relação estável com ambos, mas salienta a relação de proximidade com a filha.

## 5.6. Genograma Familiar



## 5.7. História Pessoal

RS nasceu de parto eutócito, referindo que do seu conhecimento, não houve ocorrência de complicações durante a sua gravidez. Contudo, refere que não sabe se a sua gravidez foi planeada ou desejada, uma vez que, nunca lho fora dito. Relativamente ao seu desenvolvimento psicomotor (motricidade, linguagem e controlo de esfíncteres), considera que tudo correu dentro dos parâmetros normativos, não havendo registo de patologias relevantes ao longo do seu desenvolvimento.

A sua infância, tal como referido anteriormente, foi marcada pela presença dos comportamentos violentos e alcoolismo do pai, sendo conseqüentemente vivenciada com ansiedade e medo. Refere que sempre lidou bem com as regras, “nunca fui uma criança que desobedecia às regras, até porque cresci num ambiente em que tinha medo de o fazer” (sic.). Durante a sua infância viveu em casa dos pais, juntamente com os irmãos.

RS descreve-se como uma criança tímida, introvertida, especialmente na presença de pessoas desconhecidas. Refere que apenas começou a interagir com pessoas que não do seu agregado familiar quando iniciou a vida letiva, acrescentando que talvez fosse por isso que tinha dificuldade em comunicar com desconhecidos. Ingressou na escola aos seis anos de idade, sendo sempre uma aluna brilhante, “fui sempre boa aluna, gostava muito da escola, porque lá sentia-me melhor do que em casa.” (sic.). Contudo, afirma que também na escola sentia alguma ansiedade, nomeadamente quando tinha que realizar

apresentações orais pois ficava muito exposta. Apesar da timidez, refere que neste período desenvolveu algumas amizades e que tinha um grupo de amigas com quem brincava.

Na adolescência, RS manteve também um grupo de amigas na escola. Refere que, apesar de continuar a ser bastante tímida e introvertida, gostava de sair com estas, já tendo mais facilidade nos contactos sociais, exceto com o género oposto. Por volta dos 14 anos teve a primeira “paixoneta”, mas refere ter “demasiada vergonha para falar com ele, acho que ele nunca chegou a saber que gostava dele” (sic.). Segundo a paciente os pais sempre permitiram que ela saísse com os amigos e apoiavam as suas relações.

Durante a adolescência o ambiente familiar de RS mantinha-se bastante inconstante e hostil devido aos comportamentos agressivos do pai e posteriormente devido à sua doença, o que levou com que a relação com a sua mãe se tornasse mais próxima. Contudo, afirma que existia temas que não eram discutidos, como a sexualidade e as mudanças no corpo, pois eram temas “tabu”. No entanto, acrescenta que falava com as suas amigas e que assim a menarca e as mudanças do seu corpo foi algo vivenciado com naturalidade.

Relativamente à vida académica, a paciente afirma que continuava a gostar da escola e que foi sempre uma aluna empenhada e com sucesso escolar. Segundo a paciente este período académico foi mais complexo de ser vivenciado pois sofreu *bullying* por alguns colegas devido ao alcoolismo do pai, mas sentia apoio por parte das amigas.

Aos 17 anos de idade, antes de terminar o período escolar, RS iniciou um trabalho em *part-time* para auxiliar com as despesas em casa e ter mais independência financeira. Nessa mesma altura, RS tem a sua primeira relação amorosa com um rapaz que conheceu numa festa de aniversário. Refere que esta relação foi vivida como muita ansiedade por ser o primeiro namoro, mas que “era uma boa relação” (sic.). O namoro durou cerca de um ano, terminando devido a traição por parte dele. Com cerca de 19 anos inicia outro relacionamento amoroso que teve a duração de cerca 2 anos. Afirma que ele era um “bom rapaz, mas que era demasiado ganancioso e eu não gostava disso” (sic.). A paciente relata que no momento que o seu pai faleceu não se sentiu apoiada pelo namorado, algo que a magoou bastante, terminando assim a relação amorosa.

Aos 24 anos inicia o trabalho na Câmara Municipal, como assistente técnica. Nesse mesmo ano, conhece o seu atual marido numa festa de uma colega, casando-se aos 27 anos de idade. Descreve a relação conjugal como uma relação de proximidade desde

do início. Aos 29 anos de idade tem a sua filha. Apesar de não ser uma gravidez planeada foi muito desejada pelo casal. Refere que a gravidez correu bem e que foi vivenciada com muita alegria, mas também com ansiedade. A filha nasceu saudável e de parto eutócico. Atualmente, mantém uma relação estável com o marido e com a filha (14 anos de idade), “eles apoiam-me bastante, especialmente a minha filha... somos muito próximas” (sic.).

Relativamente às relações sociais, RS mantém relações positivas, mas de pouca proximidade. Acrescenta que a única pessoa que é realmente um confidente na sua vida é a sua mãe, mas que ultimamente evita falar com ela sobre assuntos mais sérios porque não a quer preocupar. Contudo, expressa desejo de ter relações sociais de maior proximidade “eu sei que posso falar com os meus irmãos e possivelmente também com os meus colegas sobre o que sinto, mas não consigo e depois sinto-me sozinha” (sic.).

RS mantém o emprego como assistente técnica na Câmara Municipal referindo que gosta do emprego, tendo uma relação positiva com os colegas de trabalho. Possui também, juntamente com uma colega, uma loja *online* de venda de bijuteria como *hobbie*.

## **5.8. Processo de Avaliação**

Previamente a dar início ao processo de avaliação psicológica deve-se reconhecer que esta apresenta-se como um procedimento abrangente, que considera vários fatores no seu processo de estudo e análise dos sujeitos (Cescon, 2013).

A avaliação psicológica a RS realizou-se essencialmente nas três primeiras consultas. Na primeira sessão foi iniciado o estabelecimento da relação terapêutica e procedeu-se à exploração do motivo do pedido de consulta psicológica, existindo também a possibilidade de recolher alguns dados anamnésicos. O objetivo desta sessão era explorar o conhecimento e opinião da paciente acerca do encaminhamento, mas também a motivação para o processo terapêutico. Na segunda sessão passou-se à realização de recolha de dados anamnésicos da paciente, finalizada na terceira sessão. Na terceira e quarta sessão realizou-se a administração das provas psicométricas. Nas consultas dedicadas à avaliação psicológica, a paciente apresentou um aspeto cuidado no seu arranjo pessoal, apresentando uma idade aparente coincidente com a real. Demonstrou uma postura ligeiramente ansiosa, especialmente na primeira sessão, mas adequada e colaborante ao contexto, mostrando-se motivada durante todo o processo avaliativo. A

paciente revelou ausência de comprometimento cognitivo ou de alterações ao nível da orientação no tempo-espaço (alopsiquicamente) e quanto à pessoa (autopsiquicamente), bem como ao nível da percepção ou pensamento. Manteve um discurso fluente, coerente, espontâneo e organizado. Revelou ter *insight* sobre patologia e diferenciação psicológica. RS preencheu os questionários autonomamente, sem indicar dificuldades, demonstrando reflexão antes de assinalar a resposta escolhida.

Segundo Pais-Ribeiro (2013), a avaliação psicológica objetiva produzir informação útil para a tomada de decisões, sendo que, deste processo deve constar o uso de vários meios e instrumentos de modo a obter-se informações contextualizadas acerca do paciente e sua condição. Assim, na avaliação de RS utilizou-se vários meios, como:

**Entrevista semiestruturada:** combina perguntas fechada e abertas, permitindo ao entrevistado falar abertamente sobre o tema, sem se prender à pergunta formulada (Minayo, 2010, cit in, Batista et al., 2017) e ao entrevistador retomar a questão quando se nota a existência de desvios (Gil 2002, cit in, Gomes et al., 2016). A entrevista semiestruturada foi usada com o intuito da realização da recolha de dados anamnésicos acerca da paciente (Anexo X).

**SCL-90-R – *Symptom Checklist-90-R*** (Derogatis, 1994) (Anexo XI): inventário clínico de autoavaliação de problemas psicológicos ou queixas somáticas. Permite o conhecimento do estado de sintomas psicológicos atuais (Marques, 2003), sendo composto por 90 itens, pontuados através de resposta tipo *likert* que variam entre 0 pontos (“nunca”) e 4 pontos (“extremamente”). Avalia a psicopatologia essencialmente em termos de 9 dimensões: Somatização; Obsessão/Compulsão; Sensibilidade Interpessoal; Depressão; Ansiedade; Paranoia e Psicoticismo. Assim, permite proceder a uma interpretação dos resultados a nível global e dimensional do sintoma (Marques, 2003). A utilização deste instrumento objetivava a realização de uma avaliação mais formal da sintomatologia referenciada no pedido de encaminhamento de consulta.

**MMPI- *Minnesota Multiphasic Personality Inventory*** (Hathaway & Mckinley, 1940) (Anexo XII): instrumento de autorrelato, constituído por 567 itens de resposta dicotómica (verdadeiro/falso), visando avaliar e analisar os vários traços e aspetos da

personalidade, patológica ou não, podendo-se através dos resultados definir um perfil de personalidade (Groth-Marnat, 2009). Os itens são agrupados em 10 escalas que avaliam 10 dimensões do comportamento humano (Hipocondria, Depressão, Histeria, Psicopatia, Masculinidade/Feminilidade, Paranóia, Psicastenia, Esquizofrenia, Hipomania, Introversão/Extroversão) e quatro escalas de validade que avaliam a atitude geral do indivíduo perante a prova e a até que ponto este responde de forma verdadeira e precisa. O uso do MMPI baseou-se na obtenção de informação mais concreta acerca da personalidade da paciente.

Deste modo, quanto à avaliação da personalidade (MMPI), salienta-se as escalas clínicas: Hs (Hipocondria): T= 68 – nível elevado: pode revelar imaturidade, exigência, pessimismo e preocupações nível da saúde; D (Depressão): T= 72 – nível elevado: pode sugerir defesas insuficientes contra a ansiedade, apatia, autopunição, preocupação; Pa (Paranóia): T= 84 – nível elevado (género feminino): pode sugerir sensibilidade emocional, bondade, dependência, submissão e baixa autoconfiança; Sc (Esquizofrenia): T= 78 – nível elevado: contudo sem alterações de pensamento; Pd (Psicopatia): T= 67 – nível moderado: pode indicar desajustamento social e dificuldade no controlo de impulsos, possivelmente relacionado com gastos; SI (Introversão/Extroversão): T= 58 – nível moderado: pode indicar timidez com um certo desconforto nas relações sociais.

Tendo em conta os resultados obtidos pode-se considerar a presença de um perfil de alguém hipocondríaco com traços depressivos (tendência a ser tímida, retraída, teimosa), podendo também indicar um funcionamento pré-psicótico com alucinações somáticas e/ou transtorno de personalidade passivo-agressivo, com sintomas de depressão. Verifica-se ainda a possibilidade das seguintes características: depressão; ansiedade; irritabilidade; fadiga; preocupação com questões somáticas; obsessão; insegurança; desconfiança; sentimentos de inferioridade; dificuldade em estabelecer vínculos; inibição; falta de autoestima e autoconfiança e possibilidade de comportamento passivo-dependente.

Relativamente à avaliação da psicopatologia, salienta-se as escalas cujo os resultados se apresentaram acima da média: Somatização (T= 1.25; mais de 1DP acima da média), refletindo mal-estar, dores e desconforto, podendo estar relacionado com a ansiedade; Obsessão e Compulsão (T= 1.70; mais de 1DP acima da média), podendo sugerir presença de pensamentos, impulsos e ações persistentes, indesejados e difíceis de resistir, rigidez de pensamento e dificuldades cognitivas gerais; Sensibilidade

Interpessoal (T=2.22; mais de 2DP acima da média), podendo indicar sentimentos de inferioridade ou inadequação pessoal, autodepreciação, timidez, sobretudo nas relações com os outros e expectativas negativas relativas às relações; Depressão (T= 2.23; mais de 3DP acima da média), podendo indicar afeto e humor disfórico, sinais de isolamento, perda de interesse e objetivos, falta de motivação, letargia, etc., isto é, aspetos cognitivos, emocionais e somáticos relativos à depressão; Ansiedade (T=1.30; mais de 1DP acima da média), podendo refletir sintomas como agitação, nervosismo, tensão, sinais cognitivos de ansiedade, mas também sintomas de ansiedade generalizada e ataques de pânico; Ideação Paranóide (T=2.17; mais de 2DP acima da média), pode indicar algum modo perturbado de pensamento, como pensamento a nível projetivo, egocentrismo, medo de perda de autonomia, etc. Neste caso, possivelmente relacionado com o receio de confiar nas outras pessoas, como se houvesse receio da ocorrência de algum tipo de traição; Psicotiscismo (T=0.83; 1DP acima da média), podendo indicar isolamento interpessoal ligeiro.

Deste modo, parece que a avaliação psicológica quantitativa vai em parte de encontro ao diagnóstico expresso pelo médico psiquiatra de RS (lutos, tendência ao isolamento e a comportamentos obsessivos-compulsivos, como gastos exagerados, limpeza, etc., humor depressivo e ruminação), mas também às queixas expressas por esta (humor depressivo, ansiedade, tendência ao isolamento e desconfiança dos outros e comportamentos compulsivos).

No processo de avaliação é essencial ver-se o indivíduo na sua totalidade, pois um paciente é, antes de tudo, alguém em sofrimento, precisando primeiramente de ser compreendido através dos sentimentos, sensações, e o que já vivenciou (Angerami, 1984, cit in, Tenório, 2008). O conhecimento de como o indivíduo vivencia a patologia através das queixas é essencial, pois cada pessoa é única levando com que a mesma patologia se manifeste de diversas formas (Galli, 2008, cit in, de Melo & Cunha, 2008).

## **5.9. Enquadramento Concetual**

RS foi encaminhada para o Serviço de Psicologia devido à presença de humor depressivo, lutos e comportamentos obsessivos-compulsivos. Contudo, era também demonstrado pela paciente sintomatologia ansiosa, com uma postura tensa e ansiosa.

A ansiedade apresenta-se como um sentimento desagradável de medo, apreensão, marcado por tensão e/ou desconforto oriundo da antecipação de perigo ou de algo desconhecido ou estranho (Allen et al., 1995; Swedo et al., 1994). A ansiedade é considerada patológica quando é desproporcional relativamente ao estímulo, se afasta qualitativamente da norma da faixa etária em questão ou interfere na qualidade de vida, conforto ou desempenho diário (Allen et al., 1995). RS referia que, em certos momentos, a ansiedade interferia na sua qualidade de vida e/ou desempenho diário. Já a depressão apresenta-se como um transtorno de humor que envolve o sentimento de tristeza, de desamparo, uma significativa redução de autoestima (Delfini et al., 2009), estado de desânimo, perda de interesse, anedonia, ideias de inadequação, pensamentos relacionados com a morte (Dalgalarondo, 2000, cit in, Delfini et al., 2009), mas também alterações do grau de atividade, danos na capacidade cognitiva e déficit das funções vegetativas (Delfini et al., 2009). RS referia e demonstrava todos estes sintomas, com exceção da perda de interesse, ideias alusivas à morte, danos na capacidade cognitiva e nas funções vegetativas. Por fim, a Perturbação Obsessiva-Compulsiva (POC) passa por uma perturbação da ansiedade caracterizada pela presença de obsessões (ideias, pensamentos, impulsos e imagens persistentes, intrusivos e inapropriados, levando ao desenvolvimento de ansiedade ou mal-estar) e compulsões (comportamentos repetitivos ou atos mentais que objetivam evitar ou diminuir a ansiedade ou mal-estar criado pelas obsessões e não criar prazer ou gratificação) (APA, 2013), sendo estas capazes de interferir com o funcionamento normal do indivíduo. Na POC as obsessões e as compulsões ocorrem no mínimo uma hora por dia, promovendo sofrimento ou comprometimento social significativos para o indivíduo, o que não era verificado no caso de RS. Apesar de os resultados obtidos no SCL-90 demonstrarem-se significativos na escala “Obsessão e Compulsão”, a paciente não demonstrava preencher os critérios para ser diagnosticada com POC. Contudo, salienta-se a presença de certos comportamentos ocasionais, tais como a tendência a gastos exagerados, limpeza e organização, que possibilitam a consideração de presença de traços de personalidade obsessivos-compulsivos. Segundo a paciente os comportamentos de gastos exagerados, ou seja, compras, ocorriam quando esta sentia maiores níveis de tristeza e solidão. A literatura tem vindo a demonstrar a associação entre comportamentos de compras impulsivas e a procura de emoções positivas, como gratificação, prazer, satisfação (Triandis, 1995, cit in, de Almeida et al., 2017; Youn, 2000, cit in, de Almeida et al., 2017; Arocas et al., 2004, cit in, Lins, 2016; Činjarević et al., 2011, cit in, Lins, 2011; Hausman, 2000, cit in, Lins, 2016).

Relativamente aos comportamentos alusivos à limpeza e à organização ocorriam essencialmente nos momentos em que sentia maiores níveis de ansiedade, não se apresentando uma constante na sua vida.

Parecem ser várias os fatores predisponentes que contribuíram para a sintomatologia atual de RS. Da infância destaca-se o ambiente de violência doméstica em que RS foi criada, a relação distante com o seu pai e o seu o alcoolismo. A existência de violência doméstica na sua infância foi vivenciada como algo traumático para RS. A vivência de algum tipo de trauma na infância aumenta a possibilidade dos indivíduos terem psicopatologias comparativamente com aqueles que não tem esse historial (Nurcombe, 2000, cit in, Brietzke et. al., 2012; Kauer-Sant'Anna et al., 2007, cit in, Brietzke et. al., 2012; Cutajar et al., 2010, cit in Brietzke et. al., 2012;). A paciente retrata o alcoolismo do pai como algo marcante na sua vida, pois considerava a razão da sua agressividade e conseqüente relação distante entre si. Sabe-se que filhos adultos de pais alcoólicos têm maior possibilidade de desenvolverem problemas psicológicos, incluindo depressão e baixa autoestima (Cermak & Brown, 1982; Clair & Genest, 1987; Domenico & Windle, 1993). Salienta-se ainda que um distanciamento do pai, afetiva e/ou físico, pode levar ao desenvolvimento de sentimentos de desvalorização, abandono, solidão, insegurança, baixa autoestima e dificuldades nas relações sociais, desde da infância até à idade adulta (Damiani & Colossi, 2015), sendo sentimentos observados em RS.

Já no caso da adolescência, salienta-se a permanência dos comportamentos agressivos do pai, o seu adoecimento e o facto de RS ter sofrido *bullying*. Para que haja um desenvolvimento cognitivo, emocional, sexual e psicológico pleno é importante que o jovem transite em ambientes confortáveis, seguros, de apoio e proteção (Pigozi & Machado, 2015), o que não se verificou no caso de RS. A experiência de *bullying* na adolescência pode ter várias repercussões psicológicas na vida adulta, nomeadamente a presença de ansiedade, baixa autoestima, sintomas depressivos, apatia, tristeza e maior fragilidade emocional (Frizzo et al., 2012, cit in, Pigozi & Machado, 2015; de Souza, 2019), sentimentos e sintomas verificados em RS.

Na idade adulta, pode-se referir as perdas de entes queridos, nomeadamente a perda do pai e da sua tia e o diagnóstico de vitiligo. Relativamente à perda do seu pai, RS refere sentir culpa pelo facto de não estar presente no momento da sua morte, sendo algo que atormenta até a atualidade. Vários autores têm vindo a salientar a relação existente entre o sentimento de culpa no luto com dificuldades físicas e mentais (Field & Bonanno,

2001; Boelen & Lensvelt-Mulders, 2005; Torges et al., 2008; Akiyama et al., 2010), nomeadamente, a depressão (Harrison & Harrington, 2001). Para além da perda do pai, salienta-se a perda da tia materna. RS mantinha uma relação de grande proximidade com a tia descrevendo-a como uma fonte de apoio, especialmente nos momentos em que o ambiente em casa era mais hostil. Com o seu falecimento, RS ficou privada de uma importante fonte de suporte, o que pode levar a sentimentos de desesperança e sintomas depressivos (Brown et al., 1977). Já em relação ao diagnóstico de vitiligo, RS refere que este teve um grande impacto na sua autoestima pela alteração da sua aparência. O vitiligo é uma doença cutânea idiopática caracterizada pelo aparecimento de manchas brancas na pele (Lerner & Nordlund, 1978; Nordlund & Majumber, 1997; Halder & Chappell, 2009, cit in, Ruiz & dos Reis, 2018). Esta patologia é associada a distúrbios psiquiátricos, sobretudo depressão e ansiedade (Balaban, et al., 2011, cit in, Ruiz & dos Reis, 2018; Chan, et al, 2011, cit in, Ruiz & dos Reis, 2018; Ajose, et al., 2014, cit in, Ruiz & dos Reis, 2018), mas também à redução na autoestima, devido a sensações como medo, vergonha, insegurança, tristeza, inibição e desgosto (Nogueira et al., 2009).

Todos estes acontecimentos parecem ter contribuído para o desenvolvimento e agravamento da sintomatologia atual, mas também para a formação de crenças nucleares que condicionam a forma como RS se vê a si própria, aos outros e ao mundo. RS durante as suas consultas descreve várias crenças que foi desenvolvendo ao longo da sua vida, tais como: “não poso dizer às pessoas o que sinto, pois senão elas deixam de gostar de mim”, “sinto-me e estou sozinha”, “vou ficar só”, “não devo expressar a minha opinião pois senão os outros zangam-se comigo”, “tudo me corre mal”, “não posso confiar tudo em alguém pois posso arrepende-me”. Estas crenças estão frequentemente relacionadas com o humor depressivo e a elevada sensibilidade interpessoal, o que parece associar-se à problemática da paciente. O ambiente familiar negativo (Loos & Casseiro, 2010), a relação conjugal violenta dos seus pais (Pratta & Santos, 2007), a não existência de relação afetiva com o pai na infância (Lebovici, 1987, cit in, Damiani & Colossi, 2014) e na adolescência (Araújo, 2005) têm influência no desenvolvimento da paciente, contribuindo para a existência de sentimentos de insegurança, medo de abandono, baixa autoestima, desconfiança do outro, problemas nas relações interpessoais, que por sua vez, influenciam o desenvolvimento das crenças referidas.

### **5.10. Proposta de Intervenção**

Devido à ocorrência da suspensão do estágio não foi possível dar continuidade à realização das consultas de apoio psicológico. Contudo, como as consultas iniciais foram realizadas permitindo a recolha de dados anamnésicos e o respetivo conhecimento das problemáticas de RS, foi possível efetuar uma proposta de intervenção psicológica.

Tendo em conta as problemáticas apresentadas pela paciente o plano de intervenção psicológica pode ser baseado nos pressupostos da Terapia Cognitiva Comportamental (TCC). A TCC é uma terapia significativamente utilizada e eficaz num conjunto diverso de distúrbios psicológicos, incluindo a ansiedade e a depressão (Hollon et al., 2006). Esta terapia pressupõe que, mais do que os factos em si, são as interpretações acerca destes que levam as pessoas a sentirem ou a comportarem-se de certo modo (Beck, 1997, cit in, Alves et al., 2017; Pereira & Rangé, 2011, cit in, Alves et al., 2017). Defende então que a alteração das cognições e das crenças disfuncionais permite a mudança de reações comportamentais e emocionais decorrentes da ativação das crenças (Beck, 1997, cit in, Alves et al., 2017; Pereira & Rangé, 2011, cit in, Alves et al., 2017). A TCC foca-se nas problemáticas apresentadas pelo paciente no momento que este procura a terapia, visando auxiliá-lo através da aprendizagem de novas estratégias, por norma planeadas em conjunto com este, para atuar no ambiente promovendo as mudanças necessárias (Lima & Wielenska, 1993, cit in, Bahls & Navolar, 2004).

Desta forma, a intervenção iria primeiramente focar-se na sintomatologia depressiva e ansiosa e posteriormente nas restantes problemáticas. Esta decisão fundamenta-se essencialmente: nas queixas da paciente, que demonstram que estas questões teriam maior impacto na sua vida, levando a maior motivação para a terapia; resultados obtidos nos instrumentos de avaliação (dimensões mais elevadas estavam relacionadas com a sintomatologia depressiva e a sensibilidade interpessoal); o facto da TCC defender que as prioridades da terapia são definidas em conjunto com o paciente, de acordo com o nível de sofrimento gerado pelas problemáticas e o quanto estas são “tratáveis” (Barlow, 2016). Apesar de os resultados das escalas de avaliação indicarem a possibilidade de existência de sintomatologia hipocondríaca, esta problemática não era evidenciada. Contudo, na continuação do acompanhamento psicológico, os objetivos terapêuticos poderiam ser adaptados conforme as necessidades da paciente.

**Tabela 3***Estratégias e técnicas utilizadas para a Intervenção Psicológica do Caso RS*

<b><i>Problemática</i></b>	<b><i>Estratégias e Técnicas</i></b>
<i>Sintomatologia Ansiosa</i>	Relaxamento Muscular de Jacobson
<i>Sintomatologia Depressiva</i>	Psicoeducação “a depressão”; Registo de pensamentos automáticos; Reestruturação cognitiva; Estabelecimento de atividades com a paciente;
<i>Competências intrapessoais e interpessoais</i>	Psicoeducação “a autoestima”; Reestruturação cognitiva; Dinâmicas que promovessem aumento das competências;
<i>Lutos</i>	Relaxamento imagético ou relaxamento de Schultz; Reestruturação cognitiva; Resolução de problemas entre paciente e ser perdido;
<i>Comportamentos compulsivos</i>	Registo de comportamentos e Reestruturação cognitiva; Estratégias comportamentais; Imaginação guiada; Exercício de Relaxamento.

Tal como referido anteriormente, realizou-se quatro consultas com RS, objetivando a recolha de informação formal e informal acerca da paciente.

Na 1ª e 2ª sessão, os objetivos principais passavam no estabelecimento da relação terapêutica empática e colaborante de modo a envolver a paciente na terapia. A 1ª sessão focou-se essencialmente na exploração do motivo do reencaminhamento para acompanhamento psicológico, sendo também possível iniciar a recolha dos dados anamnésicos. Seguidamente foi dada a continuação da recolha dados anamnésicos, tais como, a história de vida e familiar, fatores precipitantes da problemática, de forma a ser possível a realização da história da paciente completa e coerente. Nestas duas sessões foi enfatizado o desenvolvimento de uma relação de confiança assegurando que toda a informação recolhida estava sob sigilo profissional, de modo a que RS estivesse nas consultas com maior tranquilidade e sensação de segurança.

Na 3ª e 4ª sessão focaram-se na administração dos instrumentos de avaliação. Foram então utilizados os instrumentos SCL-90 e MMPI. Antes do início da realização de cada instrumento foi elucidado o objetivo do teste e o motivo de se passar à sua concretização. Estas tarefas foram divididas entre as duas sessões devido ao número de

itens de cada instrumento que os torna provas de avaliações cansativas para os pacientes. Ainda na 4ª sessão, após a finalização da avaliação formal, foi explorado com a paciente quais as suas expectativas e os objetivos perante a terapia, passando assim ao estabelecimento de objetivos a curto, médio e longo prazo. A exploração das expectativas e objetivos que a paciente apresentava para a terapia teve o intuito de se conhecer o *insight* da paciente, mas também o aumento da sua motivação e envolvimento na terapia.

Será então agora apresentada a respetiva proposta de intervenção. No processo terapêutico seriam realizadas 26 sessões de terapia com frequência semanal.

RS referia sentir-se frequentemente ansiosa, o que tinha impacto na sua vida pessoal e profissional, mas também poderia prejudicar o processo terapêutico. Assim, na 5ª e 6ª sessão seria realizado o Relaxamento Muscular de *Jacobson*- 7 grupos musculares. Esta técnica objetiva a redução dos níveis de ativação, através de uma diminuição gradual e voluntária da contração muscular, munindo o individuo de capacidades para controlar a sua ativação fisiológica e confrontar as situações que provocam stress e ansiedade (Vásquez, 2001, cit in, Borges & Ferreira, 2013). Por se tratar de uma técnica que necessita de aprendizagem (Borges & Ferreira, 2013) e de ser repetida para maior relaxamento (Serra, 2002, cit in, Borges & Ferreira, 2013; Vásquez, 2001, cit in, Borges & Ferreira, 2013) seria encorajado a sua repetição em casa com o auxílio de um guião (Anexo XIII). No final de cada sessão de relaxamento seria abordado com a paciente os seus sentimentos, dúvidas e a sua experiência a nível de relaxamento.

Na 7ª sessão iniciar-se-ia com o esclarecimento de dúvidas da sessão anterior e seria avaliado o estado emocional da paciente. Seguidamente seria realizada a devolução dos resultados dos testes que tinham sido administrados (SCL-90-R e MMPI). Posto isto, realizar-se-ia a explicação do modelo cognitivo-comportamental através de um esquema (Anexo XIV) de modo a que RS passasse a prestar mais atenção aos seus pensamentos, emoções e comportamentos face a situações quotidianas. Seria também elucidado como pensamentos e sentimentos são algo distinto, uma vez que, é comum os pacientes os considerarem iguais. Deste modo, seria pedido à paciente que realizasse um registo dos seus pensamentos, emoções e respetivos comportamentos (Anexo XV) até à sessão seguinte, de forma a aumentar a compreensão de como pensamentos, sentimentos e comportamentos podem estar interligados. Na entrega seria explicado como proceder ao registo, podendo se realizar alguns exemplos com situações passadas ou hipotéticas.

Na 8ª sessão iriar-se-ia iniciar as sessões mais focadas na sintomatologia depressiva. Antes de mais, seria analisado com a paciente o registo que esta teria realizado, esclarecendo dúvidas e explorando sentimentos surgidos na realização do registo. Seguidamente seria realizada uma psicoeducação acerca da depressão, nomeadamente quais os seus principais sintomas (Anexo XVI). Para além disso, seria agora pedido que RS realizasse o registo dos seus pensamentos automáticos de forma mais completa (Anexo XVII). Na sua entrega seria explicado como proceder a este registo, sendo esta explicação completa com alguns exemplos de situações fornecidas pela paciente. A paciente na 4ª sessão tinha referido que gostaria de retomar as idas ao ginásio pois era algo que gostava. A atividade física apresenta vários benefícios para os indivíduos com sintomatologia depressiva, tais como, redução da insónia e tensão, bem-estar emocional, imagem corporal positiva, aumento do otimismo e autocontrole psicológico, melhoria do humor, interação social positiva, etc. (Craft & Perna, 2004). Assim, seria discutido com a paciente as vantagens da iniciação desta atividade.

Na 9ª, 10ª e 11ª sessão, após a avaliação do humor, realizada inicialmente em cada sessão, e da tabela dos pensamentos automáticos, abordando-os individualmente, iria-se realizar essencialmente reestruturação cognitiva das crenças que RS apresentaria. Esta técnica objetiva a mudança e substituição progressiva dos pensamentos com natureza potencialmente disfuncional, por abordagens alternativas, mais adaptativas, realistas e lógicas. A reavaliação e correção das cognições distorcidas auxiliam a paciente entender que em vários momentos da sua vida pode estar a hipervalorizar negativamente uma situação e a desvalorizar a sua capacidade de a enfrentar (Hofmann, 2004). Assim, nesta fase seria usado o Método Socrático. Este método defende a realização de perguntas à paciente de forma a encontrar falhas lógicas no seu modo de pensar que poderão estar associadas ao seu sofrimento, levando a paciente a envolver-se no processo de aprendizagem (Wright et al., 2008). A paciente ao compreender que poderia estar a encarar certos eventos de forma disfuncional, poderia perceber que o pensamento em certos momentos está distorcido conseguindo valorizar outras formas de pensar consideradas mais funcionais. Este procedimento seria algo contínuo realizado no início de cada sessão. Finalizar-se-ia o conjunto das sessões como um resumo do abordado. Seria ainda importante realizar-se um *feedback* e um reforço acerca da possível evolução positiva da paciente, de modo a prevenir a desmotivação. Como tarefa de casa seria solicitado a RS que preenchesse uma tabela enumerando os vários aspetos negativos e

positivos que tem na sua vida (Anexo XVIII). RS focava-se frequentemente nos aspetos negativos da sua vida, desvalorizando os positivos. Esta tarefa objetivaria sensibilizar RS para a existência de aspetos positivos da sua vida, de modo a que a paciente começasse a prestar mais atenção a estes e não ter um pensamento tão focado no negativo.

Na 12<sup>a</sup> sessão, após a análise dos pensamentos automáticos e avaliação do humor, iriar-se-ia dar início a um conjunto de sessões de treino de competências de modo a promover tanto competências intrapessoais (i.e., autoestima, autoeficácia) como competências interpessoais (i.e., assertividade). O treino de competências seria iniciado com a promoção da autoestima e posteriormente seria abordado as competências interpessoais pois, numa relação social, o estabelecimento de uma relação interpessoal com o outro não é suficiente, sendo necessário estabelecer uma relação intrapessoal consigo próprio (Lopes, 2016). Iniciar-se-ia então a sessão com a análise conjunta com a paciente da tarefa de casa, abordando-se os aspetos que ela gostaria de manter ou não na sua vida e o que ela poderia fazer por isso, mas também o seu papel para o desenvolvimento destes aspetos de modo a incutir a ideia de responsabilidade e sentido de realização. Esta tarefa iria apresentar-se como que uma introdução para a promoção da autoestima. Seria então realizado uma psicoeducação acerca da autoestima, em que seria explicado o conceito de autoestima e formas de a autopromover (Anexo XIX). A autoestima está relacionada com os objetivos formalizados, o sentimento de êxito no seu alcance e o sentido de competência (Santos, 2014). Para além disso, o sentido de sucesso numa tarefa realizada aumenta as crenças de autoeficácia (Bandura, 1997, cit in, Lopes, 2016), que por sua vez pode influenciar a autoestima. Desta forma, a dinâmica realizada a seguir estaria relacionada com o sentido de realização. Seria então pedido à paciente que elaborasse uma lista em que indicasse 7 situações em que ficou orgulhosa de si, 7 objetivos que tivesse (curto, médio e/ou longo prazo) e 4 situações em que no passado não conseguia realizar, mas que já conseguisse. Após o seu preenchimento passar-se-ia à sua análise, enfatizando-se as suas conquistas, discutindo os objetivos e o que teria que realizar para os alcançar. Nesta sessão, seria também abordado a importância de a paciente realizar atividades e dedicar tempo para si, pois a sua realização pode ser importante na promoção de autoestima, mas também na redução de sintomas depressivos. Poder-se-ia abordar o desejo de realizar ginásio, outrora expresso pela paciente, uma vez que, para além dos vários benefícios conhecidos da atividade física, seria uma atividade que promovia o contacto social, o que poderia ser uma mais-valia para RS. Como tarefas

para casa seria solicitado a RS que enumerasse um conjunto de aspetos que mais gostasse e que menos gostasse em si e que iniciasse um novo registo de pensamentos automáticos em que a paciente teria que acrescentar quais as evidências que fundamentavam ou não os seus pensamentos e qual seria o pensamento alternativo ao pensamento disfuncional (Anexo XX).

Na 13ª sessão seria dada continuação à sessão anterior, em que após avaliação do humor e análise de registos dos pensamentos (automáticos e alternativos), seria analisada a lista que a paciente teria realizado. Esta dinâmica objetivaria sensibilizar a paciente para si mesma, valorizando as suas qualidades e assumindo as suas limitações (realçando que a autoestima não é só reconhecer as suas qualidades, mas também ter uma atitude de aceitação perante si e os outros), mas também avaliando quais delas seria possível mudar, de que forma fazê-lo e se tal teria fundamento. Finalizar-se-ia estas dinâmicas com a realização de uma síntese conjunta com a paciente do abordado, salientando-se os principais pontos retratados. Seguidamente seria realizado dinâmicas mais focadas nas competências interpessoais. RS nas primeiras consultas referia que frequentemente sentia receio de exprimir os seus sentimentos, justificando que se o fizesse os outros poderiam afastarem-se de si, aumentando assim a solidão sentida. Contudo, acrescenta que excecionalmente sentia-se irritada e que “digo coisas que não sinto... às vezes digo para ele (marido) me deixar sozinha, que não quero estar com ele, mas depois arrependo-me”. Assim, parece que RS demonstrava essencialmente um estilo de comunicação passivo-agressivo, com predominância do estilo passivo. Seria então realizada uma psicoeducação acerca dos estilos de comunicação (Anexo XXI), analisando com qual a paciente se identificava mais e qual seria o mais adequado a adotar. Seguidamente seria explorado com a paciente o que ela sentia e pensava quando estava perante alguma situação social ou quando tinha que se expressar e o que ela considerava que aconteceria se o fizesse. Seriam sugeridas algumas estratégias de comunicação tais como ser clara, concisa, não assumir que os outros já sabem o que vai dizer/o que pensa, usar frases na primeira pessoa, dar a conhecer os seus direitos, como o direito expressar os sentimentos, necessidades, etc., assumir responsabilidade, por exemplo, dizer “eu concordo” em vez de “tens razão”, ser empática e pedir mudança de comportamento quando não gosta de algo (Martinho (s.d.)). Como tarefa de casa seria solicitado à paciente que preenchesse uma tabela em que teria que descrever alguma situação social que tivesse tido algum impacto para si, a forma

como agiu e a forma poderia ter agido (considerando como mais adequada) (Anexo XXII).

Na 14ª sessão seria dada a continuação e finalização do treino de competências interpessoais. Assim, após avaliação do humor e da análise da tabela de registo de pensamentos, seria analisada a tabela que a paciente teria realizado acerca dos estilos de comunicação nas diversas situações sociais. Seguidamente seria realizado um *role-play* criando-se algumas situações sociais em que RS sentisse que poderia ter dificuldades em agir de forma assertiva, como por exemplo, num convívio social, conversas com o marido, etc. (Loureiro, 2013). No final de cada situação seria analisado os pensamentos da paciente e no final da dinâmica seria averiguado como a paciente se sentia. Posto isto, iriar-se-ia realizar também um ponto de situação da evolução da paciente em que seria discutido como ela se sentiria, a sua motivação e as temáticas que ainda seria importante abordar (comportamentos obsessivos e luto pelo pai). Seria ainda ponderado dar término ao registo de pensamentos automáticos, se a paciente se demonstrasse capaz de o realizar autonomamente. Por estas serem problemáticas ansiogénicas seria proposto a realização de exercícios de relaxamento, sendo também questionado a realização deste treino de forma autónoma. Finalizar-se-ia a sessão com a realização de uma breve técnica de relaxamento imagético (Anexo XXIII) (Junqueira, 2006), solicitando-se à paciente para manter a prática de relaxamento regular.

As próximas sessões seriam mais focalizadas na problemática do luto, especialmente no luto pela perda do pai, uma vez que, RS parecia ainda debater-se com a sua morte. RS quando falava sobre a perda do seu pai demonstrava algum sentimento de culpa, justificando este sentimento pelo facto de não se encontrar em casa quando o falecimento ocorreu, mas também porque a doença do pai despoletava sentimentos ambíguos (por um lado tristeza, mas por outro alívio, pois com o surgimento da patologia terminaram as agressões). Na 15ª sessão, após a avaliação do humor, seria então abordado com a paciente a perda do seu pai. Esta sessão seria essencialmente focada na identificação dos pensamentos automáticos negativos da paciente e das suas crenças disfuncionais a respeito da morte e da perda. Porém, nesta fase não seria realizado intervenção nesse sentido, possibilitando a paciente falar acerca dos seus sentimentos, crenças e pensamentos que teria em relação à problemática (Zwielewski & Sant'Ana, 2016). No final da sessão seria realizado um exercício de relaxamento em combinação com exercícios de respiração diafragmática, uma vez que, a temática abordada poderia

ser ansiógena para a paciente. Como tarefa de casa seria solicitado à paciente que escrevesse uma carta ao seu pai, sendo que o conteúdo da carta ficaria ao seu critério.

Nas 16ª e 17ª sessão seria dada continuação à temática do luto. Assim, seria trabalhado os principais pensamentos automáticos negativos identificados na sessão anterior, sendo questionados os pensamentos mais atuantes objetivando a sua substituição por pensamentos alternativos. Para os pensamentos mais persistentes poderia ser criado um cartão de enfrentamento, em que paciente teria que escrever evidências que não apoiassem o pensamento, assim como o pensamento alternativo mais funcional. Seria dada a oportunidade a RS de ler a carta escrita para o pai e/ou falar acerca do que tinha escrito, abordando-se o que ela tinha sentido ao escrever e como ela se sentiria após o ter feito. Visto que RS parecia ainda ter mágoas em relação ao pai, poder-se-ia abordar o tópico “resolução de problemas pendentes entre o paciente e o ser perdido” (Zwielewski & Sant’Ana, 2016). Neste tópico poderia ser abordado questões como o que a paciente gostaria de ter dito ao seu pai e/ou o que gostava de lhe dizer no momento atual se o pudesse fazer, realizando sempre um suporte emocional com a paciente. Finalizar-se-ia as sessões com um exercício de relaxamento combinado com a respiração diafragmática.

Visto que os temas previamente e futuramente abordados poderiam ser bastante ansiogênicos, na 18ª sessão, após a avaliação do humor, seria proposto realização de uma consulta “mais flexível”, ou seja, a consulta seria dedicada à discussão das suas opiniões acerca do processo de acompanhamento, dos seus sentimentos após as consultas anteriores, dando também algum *feedback* da sua evolução. Tal como já referido, RS no passado tinha realizado acompanhamento psicológico, mas tinha abandonado o processo. Deste modo, considero que seria importante realizar esta consulta onde existisse a oportunidade, ainda maior, de comunicar todos os pensamentos e sentimentos que estivesse a ter em relação ao acompanhamento psicológico, de modo a manter a motivação para a mudança. Na sessão, seria ainda discutido com a paciente a importância de abordar a temática dos comportamentos obsessivos-compulsivos. Esta temática seria a última a ser abordada nas consultas, uma vez que, parecia ser a menos impactante na vida pessoal, social e laboral da paciente.

Na 19ª sessão seria então dado início ao conjunto de sessões focalizadas nos comportamentos obsessivos-compulsivos da paciente. RS referia apresentar comportamentos compulsivos relativos ao ato de comprar e comportamentos obsessivos-compulsivos relativos à limpeza e arrumação. Contudo, segundo RS nenhum dos

comportamentos pareciam ser uma constante na sua vida, surgindo apenas quando a paciente sentia maiores níveis de ansiedade (comportamentos de limpeza e arrumação) e de solidão (compras compulsivas). Assim, a sessão seria focada na realização de uma exploração mais profunda dos comportamentos apresentados, abordando-se também os pensamentos e as emoções que a paciente tinha que a levavam à realização destes comportamentos. Contudo, não se iria intervir nesse sentido, possibilitando a paciente falar livremente sobre o assunto, de modo obter-se um maior conhecimento acerca desta problemática. Como tarefa de casa seria pedido à paciente que realizasse o registo dos seus comportamentos, assim como os sentimentos e pensamentos que a levavam a agir (Anexo XXIV).

Na 20ª sessão, após a habitual avaliação de humor, seria analisada a tabela que a paciente teria preenchido, em que se abordaria cada comportamento, explorando-se melhor o sucedido, mas também como é que a paciente se sentia após a sua realização. Nesta análise seriam também analisados os prós e os contras da realização dos comportamentos, visando um aumento da motivação para a mudança (Mitchell et al., 2006, cit in, de Souza et al., 2016). Na sessão, seria também explorado a existência de gatilhos para a realização dos respetivos comportamentos.

A 21ª sessão seria a continuação da sessão anterior. Após a avaliação do estado de humor seria realizada a reestruturação cognitiva, através da análise do registo de comportamentos, usando-se o Método Socrático. Seria também discutido com a paciente algumas estratégias para gerir os comportamentos compulsivos, sendo exemplos para os comportamentos de compras a gestão financeira, o aumento de atividades sociais e/ou falar com alguém, pois estes ocorriam essencialmente nos momentos de maior sentimento de solidão, não ir às compras sozinha e para os comportamentos de limpeza, por estes ocorrerem em momentos de maior ansiedade, realizar exercícios de relaxamento, falar com alguém e/ou realizar alguma tarefa distratora quando sentisse desejo de realizar a compulsão, assim como a continuação de hábitos de lazer (benéfico para ambos). Nesta sessão poderia ainda ser trabalhado os pensamentos dicotómicos para a paciente aprender a diferenciar os comportamentos considerados disfuncionais (comprar e limpar/arrumar compulsivo) dos funcionais (comprar e limpar/arrumar “saudável”) (Filomensky & Tavares, 2009, cit in, de Souza et al., 2016).

Nas 22ª e 23ª sessão, após a avaliação do estado de humor e registo dos comportamentos, seria discutido com a paciente como é que ela se tinha sentido após a

sessão anterior, se ela teria realizado alguma estratégia abordada, a frequência e intensidade dos comportamentos durante a semana, esclarecendo-se dúvidas que pudessem restar. Posto isto, seria realizado um exercício de imaginação guiada com a paciente em que seriam imaginadas situações que pudessem despoletar os respectivos comportamentos, abordando-se o que a paciente por norma realizaria e quais poderiam ser os comportamentos mais funcionais que poderia adotar (de Souza et al., 2016). No final de cada situação imaginada seria discutido com a paciente o que teria sido realizado, assim como os seus sentimentos. Seria ainda realizado algum exercício de relaxamento, como por exemplo relaxamento imagético ou respiração diafragmática. Visto que os comportamentos de RS não pareciam ser extramente intensos e constantes, considero que a exposição *in vivo* não seria necessária. Contudo, se com o decorrer da intervenção a paciente não demonstrasse uma evolução positiva, realizar-se-ia dinâmicas complementares. No final da 23ª sessão seria realizada uma síntese do que se tinha abordado nas sessões anteriores.

Na 24ª sessão seria realizado uma nova administração dos instrumentos de avaliação psicológica (MMPI e SCL-90), com intuito de reavaliar a paciente, sendo possível a comparação dos resultados obtidos pré e pós intervenção. Assim, após esta sessão seriam averiguados a presença/ausência de sintomas e sinais de RS, assim como os resultados obtidos nos instrumentos de avaliação. Se os resultados demonstrassem melhoras consideráveis seria ponderado dar início à prevenção de recaída e respetiva alta.

Na 25ª e 26ª sessão seria então analisado com a paciente os resultados obtidos e abordar-se-ia a possibilidade de alta. Assim, estas sessões seriam essencialmente dedicadas à prevenção de recaída. Seria realizado um balanço do processo terapêutico, com o objetivo de perceber qual a perceção da paciente perante a terapia. Após a retrospectiva de todo o processo, seria dado o *feedback* à paciente da sua evolução, sendo dada incentivação à paciente a ter uma visão mais positiva e realista de si e do futuro, a acreditar mais nas suas capacidades e a manter as atividades sociais. Com a finalização do processo terapêutico seria enfatizada a ideia de que a “porta está sempre aberta para a paciente”, ou seja, de que em caso de necessidade ou ocorrência de recaída existiria sempre a possibilidade de pedir remarcação de consulta, que o Serviço de Psicologia teria sempre profissionais dispostos a recebê-la. Seria salientado que ao longo de todo o processo foi a paciente que, com o seu esforço, teria conseguido atingir os resultados, de modo a incentivar a ideia de autoeficácia e crenças nas suas capacidades.

## Reflexão sobre o caso

No início do acompanhamento foi notório a postura introvertida por parte de RS, demonstrando dificuldades na comunicação de dados mais pessoais. Contudo, após a transmissão da ideia de que o consultório seria um espaço que a paciente poderia usar para se expressar, sempre na base da confidencialidade, sigilo e sem julgamento, RS começou a demonstrar uma atitude mais comunicativa e receptiva.

Apesar do número limitado de consultas presenciais, este caso despertou-me um imediato interesse pelas problemáticas demonstradas, mas também pelas características da paciente, tais como, a introversão, a baixa autoestima, mas simultaneamente a presença de *insight* e motivação para a mudança. Deste caso, houve uma necessidade constante de procura de informação, o que me possibilitou adquirir competências e conhecimentos mais aprofundados dentro das temáticas da Depressão, Lutos, Obsessão-Compulsão e da Terapia Cognitivo Comportamental.

Relativamente à intervenção psicológica, inicialmente considerei importante trabalhar a sintomatologia ansiosa e depressiva, uma vez que, eram estes os motivos que levaram a paciente a pedir ajuda e que levavam a maior prejuízo nas diversas áreas de vida da paciente. Para além disso, é importante focar-se nas problemáticas apresentadas no momento de procura de terapia, construindo-a em conjunto com a paciente (Lima & Wielenska, 1993, cit in, Bahls & Navolar, 2004). Na intervenção seriam trabalhadas várias condições, tal como a autoestima, impulsividade, autoconceito, etc. Contudo, uma das principais intervenções baseava-se essencialmente na modificação de pensamento, recorrendo quase todas as sessões à reestruturação cognitiva, uma vez que, pelas consultas iniciais, RS demonstrava ter pensamentos e crenças acerca de si e do mundo “enraizadas”, que possivelmente seria difícil passar à sua modificação.

Tal como anteriormente referido, devido ao panorama de saúde pública instalado pelo vírus Covid-19, o meu percurso de estágio curricular foi abreviado, pelo que não houve a possibilidade de finalizar o acompanhamento psicológico a nenhum caso que me foi atribuído. Assim, na apresentação do caso clínico, foi realizada uma proposta de intervenção. Contudo, salienta-se que nem sempre a teoria e a prática se encontram. Apesar de ter a intenção de aplicar a Teoria Cognitivo-Comportamental, é necessário ter em conta que tal poderia não acontecer como o previsto, visto que todos os pacientes são diferentes e existe uma necessidade constante da nossa parte em nos adaptar às suas

idiossincrasias. No processo de intervenção, é possível existir o plano de aplicar certa técnica concreta, tal como, treino de assertividade, mas tal não acontecer, por exemplo, se a paciente trouxesse para a consulta algum assunto que lhe traria angústia. Nestes casos, é necessário a presença de flexibilidade, contornando o plano inicial, e ir de encontro às necessidades da paciente. A verdade é que no processo de intervenção psicológica, o profissional tem que estar sempre preparado para a existência da possibilidade de alteração do plano de intervenção inicialmente desenhado.

Salienta-se a diferença da realização de uma proposta de intervenção à sua aplicação. Todo o plano de intervenção anteriormente apresentado é algo proposto e imaginado, pelo que existe a impossibilidade de garantia que todas as dinâmicas e intervenção levassem aos resultados esperados. Surge assim quase que uma frustração devido à impossibilidade de acompanhar a evolução dos pacientes, podendo passar pela experiência da prática clínica completa. Contudo, foi possível aprender que o que é esperado e idealizado nem sempre ocorre como gostaríamos que fosse havendo uma necessidade de adaptação da nossa parte. No entanto, todo este processo, com todos os seus desenlaces e imprevistos, fez-me crescer tanto a nível pessoal como profissional, sendo uma experiência de enorme e constante aprendizagem.

## Conclusão

Desde a entrada na faculdade que o estágio se apresentava como algo que me despoletava muita curiosidade, pois apresentava-se como uma nova etapa, de aplicação de todas as competências adquiridas e de autonomia. Contudo, o medo de falhar, de não ser capaz levava com que fosse uma etapa também de grande ansiedade.

A Psicologia Clínica por ser uma das áreas de aplicação da psicologia mais diversificadas, nomeadamente a nível de intervenção em clínicas, hospitais, centros de saúde, etc. sempre foi uma área de grande interesse para mim. Assim, o momento em que soube que ia estagiar no Centro Hospitalar foi vivenciado com grande alegria. A possibilidade de trabalhar nos vários domínios em que o psicólogo atua com diversas problemáticas, mas também de puder aprender com psicólogos/as com alargada experiência profissional fez-me sentir privilegiada. Apesar dos receios iniciais, o primeiro contacto apresentou-se bastante positivo, senti apoio dos profissionais de saúde o que permitiu uma maior adaptação ao local. Os meses iniciais demonstram-se fundamentais no sentido de se compreender o funcionamento dos serviços, nomeadamente o serviço de psicologia, mas também como se realiza a preparação das consultas, como se deve lidar com determinadas situações, para o esclarecimento de dúvidas, etc.

Com o decorrer do tempo os medos começaram a transformar-se em vontade de ter maior autonomia e responsabilidades. À medida que ia realizando as atividades surgiam dúvidas assim como algumas adversidades, tal como, na realização de relatórios e notas clínicas em que houve a necessidade de uma apropriação da linguagem, para que esta fosse a mais técnica e sintética. Apesar de nem todas as minhas próprias expectativas terem sido atingidas, as dúvidas, as situações menos positivas e receios que surgiam serviam como forma de aprendizagem. Existe efetivamente a necessidade de procurar as competências prévias, mas também de buscar aumentar o conhecimento de forma constante e continua.

O estágio permitiu-me contactar com diversas realidades, tanto a nível de psicoterapia individual como a nível de psicoterapia de grupo que me possibilitou uma aprendizagem mais alargada. Para além disso, o contacto com uma variedade de instrumentos de avaliação apresentou-se enriquecedor a nível teórico e psicométrico. Esta experiência auxiliou-me a confirmar o que já havia estudado, que não se pode generalizar os pacientes nem os limitar ao seu diagnóstico. Para além de haver a necessidade de considerarmos possíveis as morbilidades, cada indivíduo é um ser único, com as suas

idiossincrasias que podem levar com que a mesma psicopatologia se manifeste de formas distintas.

Tal como já referido, devido ao panorama de saúde pública, o estágio teve um término precoce. Neste sentido, foi desenvolvida uma proposta de intervenção para a paciente em questão. Apesar da experiência ser distinta do esperado, foi possível retirar dela várias competências, pois para a realização da proposta de intervenção foi necessário um intenso estudo e investigação. Para além disso, com esta experiência foi também possível trabalhar competências pessoais, tal como, uma maior autonomia através da realização de teletrabalho, etc.

Deste modo, apesar da experiência de estágio ter sido mais reduzida do que o previsto inicialmente, apresentou-se como algo enriquecedor para o meu futuro. O apoio, os conhecimentos e experiências únicas transmitidos pelos profissionais fez-me crescer como pessoa e como profissional. Esta fase foi sem dúvida uma etapa marcante na minha formação académica e pessoal, que se revelou a junção entre o final de uma etapa e o início de outra.

## Referências Bibliográficas

Allen, A. J., Leonard, H., & Swedo, S. E. (1995). Current knowledge of medications for the treatment of childhood anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34(8), 976-986. <https://doi.org/10.1097/00004583-199508000-00007>

Almeida, R.A. & Malagris, L.E.N. (2011). A prática da psicologia da saúde. *Rev. SBPH*. 14(2), 183-202

Alves, R. Á. K., Paveltchuk, F. D. O., Carvalho, M. R. D., & Falcone, E. M. D. O. (2017). Alterando crenças centrais: um relato de caso de homofobia internalizada. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 13(1), 12-19. <http://dx.doi.org/10.5935/1808-5687.20170004>

Akiyama, A., Numata, K., & Mikami, H. (2010). Importance of end-of-life support to minimize caregiver's regret during bereavement of the elderly for better subsequent adaptation to bereavement. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 50(2), 175–178. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2009.03.006>

American Board of Clinical Psychology. (2009). *Examination manual for board certification in clinical psychology for the American Board of professional*. Acedido a outubro, 2019, em: [http://legacy.abcpp.org/files/public/ABCP/Exam\\_Manual\\_ABCP.pdf](http://legacy.abcpp.org/files/public/ABCP/Exam_Manual_ABCP.pdf)

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC

Araújo, S. M. B. (2005). A ausência da função paterna no contexto da violência juvenil. *An. I Simp. Internacional do Adolescente*. [http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?pid=MSC0000000082005000200006&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?pid=MSC0000000082005000200006&script=sci_arttext&tlng=pt)

Bahls, S. C., & Navolar, A. B. B. (2004). Terapia cognitivo-comportamentais: conceitos e pressupostos teóricos. *Psico UTP online Revista Eletrônica de Psicologia, Curitiba*, 4, 1-11

Batista, E. C., de Matos, L. A. L., & Nascimento, A. B. (2017). A Entrevista como técnica de investigação na pesquisa qualitativa. *Revista Interdisciplinar Científica Aplicada*, 11(3), 23-38.

Barlow, D. H. (2016). *Manual clínico dos transtornos psicológicos: Tratamento passo a passo*. Artmed Editora

Boelen, P. A., & Lensvelt-Mulders, G. J. L. M. (2005). Psychometric properties of the Grief Cognitions Questionnaire (GCQ). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 27(4), 291–304. <https://doi.org/10.1007/s10862-005-2409-5>

Borges, E. & Ferreira, T. (2013). Relaxamento: Estratégia de intervenção no stress. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (10), 37-42

Brietzke, E., Kauer-Sant'anna, M., Jackowski, A., Grassi-Oliveira, R., Bucker, J., Zugman, A., Mansur, R.B. & Bressan, R. A. (2012). Impact of childhood stress on psychopathology. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 34(4), 480-488. <https://doi.org/10.1016/j.rbp.2012.04.009>

Brown, G. W., Harris, T., & Copeland, J. R. (1977). Depression and loss. *The British Journal of Psychiatry*, 130(1), 1–18. doi:10.1192/bjp.130.1.1

Catani, J., Juhas, T.R., Santos, N.O., Moretto, M.L.T. & Lucia, M.C.S. (2012). Motivos de encaminhamento à psicologia e a escuta da demanda médica no serviço de imunologia e alergia. *Psicologia Hospitalar*, 10 (2), 33-50

Cermak, T. L., & Brown, S. (1982). Interactional group therapy with the adult children of alcoholics. *International Journal of Group Psychotherapy*, 32(3), 375-389. <https://doi.org/10.1080/00207284.1982.11492060>

Cescon, L. F. (2013). Avaliação psicológica: Passado, presente e futuro. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, 4(1), 99-109.

Clair, D., & Genest, M. (1987). Variables associated with the adjustment of offspring of alcoholic fathers. *Journal of Studies on Alcohol*, 48(4), 345-355. <https://doi.org/10.15288/jsa.1987.48.345>

Craft, L. L., & Perna, F. M. (2004). The benefits of exercise for the clinically depressed. *Primary care companion to the Journal of clinical psychiatry*, 6(3), 104. doi: 10.4088/pcc.v06n0301

Cuijpers, P., Van Straten, A., Andersson, G., Van Oppen, P. (2008). Psychotherapy for depression in adults: a meta-analysis of comparative outcome studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(6), 909-922. <https://doi.org/10.1037/a0013075>

Dallagnol, C., Goldberg, K. & Borges, V.R. (2010). Entrevista psicológica: uma perspectiva do contexto hospitalar. *Revista de Psicologia da IMED*. 2(1), 288-296

Damiani, C., & Colossi, P. (2015). A Ausência Física e Afetiva do Pai na Percepção dos Filhos Adultos. *Pensando Famílias*, 19(2): 86-101.

de Almeida, G. R., Damacena, C., Antoni, V. L., Manosso, T. S., & Riss, C. H. (2017, October). *O Comportamento de Compra Impulsivo e seus Preditores: Valores Humanos e Variáveis Sociodemográficas*. 13º Congresso Latino-Americano de Varejo e Consumo: "After COVID-19: Building Purpose through Stakeholders in Retailing"

de Melo, G. A., & Cunha, A. (2008). *O Diagnóstico diferencial e o processo de desmedicalização: práticas de acolhimento psicológico a pacientes psicóticos em tratamento*. O portal dos psicólogos. <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0462.pdf>

de Souza, L. H., Becker, M. C., & de Melo Boff, R. (2016). Terapia cognitivo-comportamental das compras compulsivas: uma revisão de literatura. *Revista de Psicologia da IMED*, 8(2), 185-193. <https://doi.org/10.18256/2175-5027/psico-imed.v8n2p185-193>

de Souza, L.C. (2019). Quando o *bullying* na escola afeta a vida adulta. *Rev. Psicopedagogia*, 36(110), 153-62

Delfini, A. B. L., Roque, A. P., & Peres, R. S. (2009). Sintomatologia ansiosa e depressiva em adultos hospitalizados: rastreamento em enfermaria clínica. *Geraiis: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 2(1), 12-22.

Derogatis, L.R. (1994). *Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R): Administration, scoring and procedures manual* (3rd ed.). NCS Pearsons, Inc

Domenico, D., & Windle, M. (1993). Intrapersonal and interpersonal functioning among middle-aged female adult children of alcoholics. *Journal of consulting and clinical psychology*, 61(4), 659-666. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.61.4.659>

Fernández-Ballesteros, R., De Bruyn, E. E. J., Godoy, A., Hornke, L. F., Ter Laak, J., Vizcarro, C., ... & Zaccagnini, J. L. (2001). Guidelines for the Assessment Process (GAP): A proposal for discussion. *European Journal of Psychological Assessment*, 17(3), 187. <https://doi.org/10.1027//1015-5759.17.3.187>

Field, N. P., & Bonanno, G. A. (2001). The role of blame in adaptation in the first 5 years following the death of a spouse. *American Behavioral Scientist*, 44(5), 764–781. <https://doi.org/10.1177/00027640121956485>

Gomes, M. C., Oliveira, A. A. D., & Alcará, a. R. (2016). Entrevista: um relato de aplicação da técnica. *VI Seminário em ciências da informação: fenômenos emergentes na ciência da informação. Anais do VI Seminário em ciências da informação: fenômenos emergentes na ciência da informação [Internet]. Londrina: UEL.*

Groth-Marnat, G. (2009). Brief instruments for treatment planning, monitoring, and outcome assessment. (5th ed), *Handbook of psychological assessment*. (pp.519-34). John Wiley & Sons

Hathaway, S. R., & McKinley, J. C. (1940). A multiphasic personality schedule (Minnesota): I. Construction of the schedule. *Journal of Psychology*, 10, 249–254. <https://doi.org/10.1080/00223980.1940.9917000>

Harrison, L., & Harrington, R. (2001). Adolescents' bereavement experiences. Prevalence, association with depressive symptoms, and use of services. *Journal of Adolescence*, 24(2), 159–169. <https://doi.org/10.1006/jado.2001.0379>

Hollon, S., Stewart, M., & Strunk, D. (2006). Enduring effects for cognitive behavior therapy in the treatment of depression and anxiety. *Annual Review of Psychology*, 57, 285-315. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.57.102904.190044>

Hofmann, S. G. (2004). Cognitive mediation of treatment change in social phobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 392-399.

Junqueira, M.F.D. (2006). A viagem do relaxamento: técnicas de relaxamento e dinâmicas. Ed. UCG. [http://newpsi.bvs-psi.org.br/ebooks2010/pt/Acervo\\_files/ViagemRelaxamento.pdf](http://newpsi.bvs-psi.org.br/ebooks2010/pt/Acervo_files/ViagemRelaxamento.pdf)

Lerner, A. B., & Nordlund, J. J. (1978). Vitiligo: What is it? Is it important?. *Jama*, 239(12), 1183-1187. doi:10.1001/jama.1978.03280390079031

Lins, S., Poeschl, G., & Eberhardt, A. (2016). Identificando os factores de influência da compra por impulso em adolescentes portugueses. *Análise Psicológica*, 34(2), 147-163. <http://dx.doi.org/10.14417/ap.920>

Loos, H., & Casseiro, L. F. K. (2010). Percepções sobre a qualidade da interação familiar e crenças autorreferenciadas em crianças. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 27(3), 293-303. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2010000300002>

Lopes, M. A. P. (2016). *Ajustamento social e promoção de competências*. [Dissertação de Mestrado, Instituto Universitário Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida]. Repositório ISPA

Loureiro, C. (2013). Treino de competências sociais-uma estratégia em saúde mental: Técnicas e procedimentos para a intervenção. *Revista portuguesa de enfermagem de saúde mental*, (9), 41-47.

Machado M., L. & Silva E. C. (2012, maio). *Revisitando a Teoria do Setting Terapêutico*. O Portal dos Psicólogos. <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0628.pdf>

Matarazzo, J. D. (1980). Behavioral health and behavioral medicine: Frontiers for a new health psychology. *American Psychologist*, 35(9), 807-817. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.35.9.807>

Martinho, M. (s.d.). *Manual de competências pessoais e sociais*. <https://pt.scribd.com/doc/66421895/Manual-de-competencias-pessoais-e-sociais>

Marques, E. T. (2003). *Da loucura à doença mental da doença mental à inimputabilidade: Avaliação de doentes esquizofrênicos inimputáveis internados numa clínica psiquiátrica em meio prisional*. [Dissertação de Doutoramento não publicada]. Instituto Superior de Psicologia Aplicada

Nogueira, L. S., Zancanaro, P. C., & Azambuja, R. D. (2009). Vitiligo e emoções. *Anais brasileiros de dermatologia*, 84(1), 41-45. <https://doi.org/10.1590/S0365-05962009000100006>

Nordlund, J. J., & Majumder, P. P. (1997). Recent investigations on vitiligo vulgaris. *Dermatologic clinics*, 15(1), 69-78. doi:10.1016/s0733-8635(05)70416-2

Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2015, agosto). As consultas de psicologia no setor privado. Lisboa. [http://recursos.ordemdospsicologos.pt/files/artigos/consul\\_psic\\_privado.pdf](http://recursos.ordemdospsicologos.pt/files/artigos/consul_psic_privado.pdf)

Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2018, fevereiro). *Guia para Implementação dos Serviços | Unidades | Núcleos de Psicologia no SNS*. Ordem dos Psicólogos. [http://recursos.ordemdospsicologos.pt/files/artigos/guia\\_para\\_implementa\\_o\\_dos\\_servi\\_os\\_unidades\\_ou\\_n\\_cleos\\_de\\_psicologia\\_no\\_sns.pdf](http://recursos.ordemdospsicologos.pt/files/artigos/guia_para_implementa_o_dos_servi_os_unidades_ou_n_cleos_de_psicologia_no_sns.pdf)

Pais-Ribeiro, J. L. (2013). Medida na avaliação psicológica. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 14(1), 245-263.

Pigozi, P. L., & Machado, A. L. (2015). Bullying na adolescência: visão panorâmica no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20, 3509-3522. <https://doi.org/10.1590/1413-812320152011.05292014>

Pratta, E. M. M., & Santos, M. A. D. (2007). Família e adolescência: a influência do contexto familiar no desenvolvimento psicológico de seus membros. *Psicologia em estudo*, 12(2), 247-256. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722007000200005>

Ruiz, L. P., & dos Reis, M. D. J. D. (2018). Sofrimento à flor da pele: Depressão e autoestima em portadoras de vitiligo. *Interação em Psicologia*, 22(1). <http://dx.doi.org/10.5380/psi.v22i1.53548>

Santos, G. M. G. D. (2014). *Bem-estar, auto-estima e auto-conceito: o que sentem as mulheres que se maquilham?*. [Dissertação de Mestrado, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias Escola de Psicologia e Ciências da Vida]. Repositório Científico Lusófona. <https://recil.grupolusofona.pt/handle/10437/6479>

Swedo, S. E., Leonard, H. L., & Allen, A. J. (1994). New developments in childhood affective and anxiety disorders. *Current problems in pediatrics*, 24(1), 12-38. [https://doi.org/10.1016/0045-9380\(94\)90023-X](https://doi.org/10.1016/0045-9380(94)90023-X)

Teixeira, J.A.C. (2004). Psicologia da Saúde. *Análise Psicológica*. 3(22), 441-448

Tonetto, A.M. & Gomes, W.B. (2005). Prática psicológica em hospitais: demandas e intervenções. *Psico*. 36(3), 283-291

Tenório, C. M. D. (2008). A psicopatologia e o diagnóstico numa abordagem fenomenológica–existencial. *Universitas: Ciências da Saúde*, 1(1), 31-44. <https://doi.org/10.5102/ucs.v1i1.493>

Torges, C. M., Stewart, A. J., & Nolen-Hoeksema, S. (2008). Regret resolution, aging, and adapting to loss. *Psychology and Aging*, 23(1), 169–180. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.23.1.169>

Trindade, I., & Teixeira, J. A. C. (2000). Aconselhamento psicológico em contextos de saúde e doença: Intervenção privilegiada em psicologia da saúde. *Análise Psicológica*, 18(1), 3-14.

Wright, J.H., Basco, M.R. & Thase, M.E. (2008). *Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental*. Artmed.

Zwielewski, G. & Sant'Ana, V. (2016). Um protocolo de luto e a terapia Cognitivo-comportamental. *Revista Cesumar Ciências Humanas e Sociais Aplicadas*, 21(1), 227-242. <http://dx.doi.org/10.5935/1808-5687.20160005>

## Anexo I: Objetivos gerais do estágio

1

### OBJETIVOS A DESENVOLVER DURANTE O PERÍODO DE ESTÁGIO:

#### OBJETIVO GERAL:

- Adquirir experiência no domínio da prática clínica que envolva, para além do Apoio Psicológico e Avaliação Psicológica, o contacto com outros grupos profissionais (Psiquiatras, Enfermeiros, Assistentes Sociais, Terapeutas Ocupacionais, etc.); adquirir também uma experiência alargada de diferentes modelos e técnicas psicológicas.

#### OBJECTIVOS ESPECÍFICOS POR TRIMESTRE:

##### NO PRIMEIRO TRIMESTRE:

- ✓ Integração na instituição, equipa e ambiente laboral e participação em actividades do serviço e interacção com os técnicos do mesmo;
- ✓ Contacto com a dinâmica do serviço e com situações de atendimento de doentes;
- ✓ Contacto com a realidade clínica através da observação de consultas de **Avaliação Psicológica, Entrevistas de Avaliação Psicodiagnóstica, Apoios Psicológicos e Acompanhamentos Psicoterapêuticos Estruturados**, em diversas faixas etárias (crianças: 0-12 anos; adolescentes: 13-18 anos; adultos: 18-64 anos; e idosos: >65 anos);
- ✓ Observação de "**PSICOTERAPIAS DE GRUPO**" desenvolvidas no serviço: "**Grupo de Apoio aos Doentes Depressivos**" e "**Grupo Psicoterapêutico de Adolescentes**";
- ✓ Contacto com a "**Unidade de Hospital de Dia**" e observação das principais "**Actividades terapêuticas**" aí desenvolvidas.

▪ NO SEGUNDO TRIMESTRE:

- ✓ Contacto experimental directo com "**Provas de Avaliação Psicológica**" e sua administração;
- ✓ Elaboração de "**Relatórios de Avaliação Psicológica**", com a indicação dos instrumentos utilizados.

▪ NO TERCEIRO TRIMESTRE:

- ✓ Realização de "**Entrevistas Psicológicas**", "**Primeiras Consultas**" e "**Propostas de Intervenção Psicoterapêuticas**". Pretende-se:
  - Adquirir competências de "**Entrevista Clínica**";
  - Desenvolver aptidões para o "**Estabelecimento de relações terapêuticas**" adequadas;
  - Treinar a "**Aplicação de técnicas de intervenção psicoterapêutica**";
  - Ao assumir a formulação e a intervenção dos processos terapêuticos, treinar a "**Elaboração de análises funcionais**" (estudo psicológico de indivíduos e elaboração de psicodiagnóstico);
  - Desenvolver a "**Intervenção Psicológica**";
  - Elaborar "**Relatórios Psicológicos**" do acompanhamento psicoterapêutico efectuado.

## **Anexo II: Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson**

### **Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson**

#### **Treino de relaxamento para 7 grupos musculares**

“A fim de conseguir relaxar-se tudo quanto precisa de aprender é conhecer as diferenças entre estar contraído e descontraído. Feche os seus olhos, imagine que a sua cabeça é um pião cujo bico se apoia numa base chamada pescoço. Rode-a muito lentamente de forma a descontrair os músculos do pescoço. Deixe-a estar ao centro, de modo descontraído. Apoie os membros superiores nos braços da cadeira (se estiver sentado). Desloque os pés para a frente ou para trás, consoante a posição que for mais confortável para si. Contudo, estes devem ficar posicionados para que as plantas dos pés fiquem semi-voltadas uma para a outra.”

#### **1 – Braço dominante**

“Foque a sua atenção nos músculos do seu bíceps, braço e mão. Contraia esses músculos, erguendo o braço à sua frente, dobrando o cotovelo num ângulo de 45 graus e fechando o punho.

AGORA....

Sinta a tensão na mão, braço e bíceps.

(manter a contração durante 15 segundos).

RELAXE....

Repare na diferença de sensações entre tensão e relaxamento...

Focalize as sensações nestes músculos à medida que eles vão ficando mais e mais relaxados....

(manter a descontração durante 30-40 segundos)

#### **2 – Braço não dominante: (O mesmo que para o braço dominante).**

#### **3 – Face**

Foque agora a atenção para todos os músculos do seu rosto. Contraia esses músculos, levantando as sobrancelhas, trocando os olhos, franzindo o nariz, cerrando os dentes e puxando os cantos da boca para trás.

AGORA....

Sinta a tensão através de toda a área facial....

Repare como esta é desagradável....

(manter durante 15 segundos)

RELAXE...

Deixe toda a tensão sair..

Repare no que se passa, à medida que os músculos vão ficando cada vez mais e mais relaxados... (manter durante 30-40 segundos).

#### **4 – Pescoço e garganta**

Foque agora a sua atenção nos músculos do pescoço e garganta. Contraia esses músculos, puxando o queixo para o peito mas sem deixar tocar no peito.

AGORA....

Aprecie a tensão nesses músculos.

(manter durante 15 segundos)

RELAXE....

Repare como é a sensação, à medida que os músculos vão ficando mais e mais relaxados...

(manter durante 30-40 segundos)

A fim de descontrair os músculos do pescoço tente rodar agora muito lentamente a sua cabeça, de maneira a notar que todos os músculos do pescoço se vão gradualmente descontraindo. Faça-o muito lentamente para um lado e para o outro. Sem pressa! Note o seu pescoço a descontrair progressivamente! Reconheça a diferença entre estar contraído e descontraído.”

#### **5 – Peito, ombros, parte superior das costas e abdómen**

Focalize-se agora nos músculos do peito, ombros, parte superior das costas e abdómen. Contraia esses músculos, inspirando bem no fundo, prendendo a respiração, puxando as omoplatas uma de encontro à outra, enquanto que, ao mesmo tempo, faz o estômago duro.

AGORA...

Sinta a tensão no peito, ombros, parte superior das costas e abdómen.

(manter durante 15 segundos)

RELAXE....

Descontraia-se...

Repare como esses músculos estão agora comparando com anteriormente. Sinta a diferença de sensações à medida que vai ficando cada vez mais e mais relaxado/a.

(manter durante 30-40 segundos)

“A fim de descontrair os músculos do tórax tudo quanto vai procurar fazer é respirar lentamente... tão lentamente quanto lhe possa ser possível fazê-lo. Quando alguém está nervoso a respiração torna-se rápida e superficial. Tente agora fazer o contrário: uma respiração lenta e profunda, permitindo que a ar chegue bem abaixo dos pulmões, de forma a levantar o seu

abdómen. O controlo da respiração é um meio poderoso de se relaxar. À medida que se vai sentindo mais relaxado/a vá dizendo para si mesmo: “sinto-me descontraído/a! Afinal é fácil. Sinto-me calmo/a”. Continue a respirar sempre lenta e profundamente, tão lentamente quanto lhe possa ser possível fazê-lo.”

## **6 – Perna dominante**

Foque agora a atenção para os músculos da sua coxa, barriga da perna e pé dominante. Contraia os músculos da perna dominante, levantando ligeiramente a perna da cadeira, enquanto estica os dedos dos pés e vira o pé para dentro.

AGORA...

Sinta a tensão através da sua perna...

(manter durante 7 segundos)

RELAXE...

Deixe toda a tensão sair...

Repare como é a sensação, à medida que os músculos vão ficando cada vez mais profundamente relaxados....

(manter durante 30-40 segundos)

## **7 – Perna não dominante: (O mesmo que para a perna direita)**

**Conclusão:** “Agora que já aprendeu a notar as diferenças entre estar contraído e descontraído vai percorrer com o seu pensamento todo o seu corpo a fim de descontrair por completo qualquer músculo que tenha ainda contraído. Vá dizendo para si mesmo: “a minha testa está completamente descontraída.... o meu nariz, a minha boca, a minha língua, os meus lábios estão completamente relaxados”. Se porventura encontrar algum músculo ainda contraído fale com ele diretamente e diga-lhe: “Deixa-te descontrair..... abandona-te”.

“Continue a respirar sempre lenta e profundamente. Encha devagar todo o seu tórax e expire lentamente. Diga para si mesmo: “Sinto-me completamente descontraído/a .... relaxado/a”.

Prossiga a falar consigo: “O meu abdómen, as minhas coxas, pernas e pés estão completamente descontraídos”. Se encontrou algum músculo contraído respire lentamente, tão lentamente quanto lhe possa ser possível fazê-lo e descontraia.

Neste momento, que já aprendeu a descontrair todo o seu corpo vai tentar fazê-lo ainda mais.

Concentre-se num lugar especial, que lhe transmita paz, tranquilidade, boa disposição. Observe as cores, os cheiros, os sons... Este é o seu lugar seguro, especial, onde consegue libertar a tensão, enfrentar problemas, aceitar desafios. Voltaremos a este lugar especial sempre que for necessário. Despedimo-nos deste lugar e voltamos para a sala.

“OK. Agora já relaxamos os músculos dos braços e mãos. Deixe que eles continuem a relaxar...”

Relaxamos os músculos da face e do pescoço... Continue a permitir que eles se mantenham profundamente relaxados... Relaxamos os músculos do peito, os ombros, a parte superior das costas, o abdómen... Permita que esses músculos se tornem, agora, ainda mais profundamente relaxados.... Agora contando, de trás para a frente, de “4” até “1”, vai mexendo as pernas e pés, braços e mãos, face e pescoço e abrir os olhos por fim.

## Anexo III: Quadro síntese das sessões do Grupo de Treino de Competências

### Pessoais e Sociais

<b>Sessões</b>	<b>Conteúdos temáticos</b>
<b>Sessão 0</b>	Apresentação dos elementos e dos profissionais Apresentação dos objetivos do grupo Administração de instrumentos de avaliação
<b>Sessão 1</b>	Definição de Objetivos de Vida Construção de um plano, objetivação dos objetivos
<b>Sessão 2</b>	Estratégias de Comunicação Modelos de Comunicação O que é a “assertividade” Role-play
<b>Sessão 3</b>	Promoção da autoestima e do autocuidado Modos de Construção da Autoestima Causas da diminuição da Autoestima Necessidades Básicas da Autoestima
<b>Sessão 4</b>	Promoção da autoestima e do autocuidado Modos de Construção da Autoestima Causas da diminuição da Autoestima Necessidades Básicas da Autoestima
<b>Sessão 5</b>	Expressão Emocional Reconhecimento e expressão emocional Identificação de situações desencadeantes de emoções desagradáveis Role-play
<b>Sessão 6</b>	Expressão Emocional Reconhecimento e expressão emocional Identificação de situações desencadeantes de emoções desagradáveis Role-play
<b>Sessão 7</b>	Relações interpessoais Frustração

	Empatia Gestão de Conflitos
<b>Sessão 8</b>	Relações interpessoais Frustração Empatia Gestão de Conflitos
<b>Sessão 9</b>	Promoção de Ocupação dos Tempos Livres Técnicas de Procura Ativa de Emprego
<b>Sessão 10</b>	Estratégias de gestão da ansiedade Relaxamento muscular progressivo
<b>Sessão 11</b>	Estratégias de gestão da ansiedade Relaxamento muscular progressivo
<b>Sessão 12</b>	Finalização Avaliação do processo terapêutico Administração de instrumentos de avaliação

## **Anexo IV: Quadro síntese: Grupo de Apoio Psicológico a Pacientes Pós-Internamento Completo**

### **Objetivos do Grupo de Apoio Psicológico a Pacientes Pós-Internamento Completo**

<b>Objetivos Gerais</b>	<b>Objetivos Específicos</b>
Promover estratégias de comunicação mais assertivas;	Incrementar uma atmosfera grupal de suporte e troca de experiências;
Potenciar o autoconhecimento;	Tomar consciência da natureza e complexidade da comunicação humana;
Promover o autoconceito e autoestima;	Identificar as limitações e ambiguidades do processo comunicacional;
Promover a expressão emocional;	Promover a compreensão dos estilos de comunicação;
Análise e promoção do relacionamento interpessoal;	Promover estratégias de comunicação mais assertivas, como forma de melhorar o relacionamento interpessoal e resolver conflitos;
Análise e promoção de relações familiares funcionais.	Analisar as dificuldades de relacionamento interpessoal;
	Potenciar e desenvolver a expressão e a diversidade emocional;
	Promover o conhecimento de si, através da análise da história de vida e das crenças nucleares disfuncionais;
	Promover o reconhecimento do outro – a empatia.

# Anexo V: Apresentação PowerPoint proposta para Grupo de Apoio Psicológico a Pacientes Pós-Internamento Completo



## O que é a autoestima?

- A autoestima refere-se às atitudes que se tem face a nós mesmos, desenvolvendo-se em função da autoavaliação que fazemos e da forma como percebemos que os outros significativos nos consideram (por exemplo, em relação à aparência física, ao desempenho em situações específicas, à identificação e conformidade com os padrões e valores sociais).

É então uma forma de pensar, sentir e agir que implica aceitação, respeito, e confiança em si próprio.

## Autoestima Baixa vs Autoestima Alta

- A baixa autoestima é caracterizada por uma percepção negativa de si mesmo.
- Pode ser expressa por pensamentos como “eu sou um fracasso”, “eu não sirvo para nada” ou por uma sensação de incapacidade ou menos valia.
- Pode implicar humor negativo, baixo desempenho, incapacidade, delinquência, depressão e dificuldade na integração social.

→ **Autoestima Baixa**

## Autoestima Baixa vs Autoestima Alta

- A autoestima elevada é caracterizada por uma percepção positiva de si mesmo.
- Pessoas com autoestima elevada apresenta então uma autoimagem otimista, é confiante e seguro de si mesmo.
- Pode ser expressa através de pensamentos como “eu consigo”, “eu não sou nem menos nem mais do que os outros”.
- É por norma associada à saúde mental, habilidades, competências sociais e bem-estar.

→ **Autoestima Alta**

**EXEMPLOS**

<p>Emprestas-me 50 euros?</p> <p><b>Sim</b></p> <p>Não posso dizer 'não'.</p> <p><b>Autoestima Baixa</b></p>	<p>Emprestas-me 50 euros?</p> <p><b>Não</b></p> <p>Posso dizer 'não' sem me sentir culpado.</p> <p><b>Autoestima Alta</b></p>
--	---

<p>Os outros têm mais sorte que eu.</p> <p><b>Autoestima Baixa</b></p>	<p>Não tenho inveja de ninguém, trilho meu próprio caminho.</p> <p><b>Autoestima Alta</b></p>
--	---



## O que pode facilitar o desenvolvimento de uma baixa autoestima?

Algumas circunstâncias da infância que o podem levar a sentimentos de insegurança ou inadequação

- Pais Críticos em Exagero;
- Perdas Significativas na Infância;
- "Abuso" dos Pais;
- Adições por parte dos pais;
- Negligência dos Pais;
- Sobreproteção Parental;
- Demasiada Indulgência dos Pais.

## Contudo, a **autoestima**...

- É algo que **tem** que vir de **dentro!**
- Quando a autoestima é baixa, existe um sentimento de vazio, podendo existir a tentativa de o preencher com algo externo. Esse comportamento apenas dará uma sensação de satisfação e realização temporária.
- Quando esta procura se torna repetitiva ou automática, tem aquilo que é chamado de adição.

↓

apego a qualquer coisa exterior a si, sentida como precisa para para existir satisfação interior ou alívio.

## Então como podemos construir a **autoestima**?

- Existem muitos caminhos para chegar à autoestima... Não é algo que se desenvolva de repente ou como o resultado de uma única decisão ou modificação no nosso comportamento.
- A autoestima constrói-se gradualmente, através da vontade de trabalhar num certo número de áreas na nossa vida.

↓

- Parte I:** Tomar Conta de Si Próprio
- Parte II:** Desenvolvendo Apoio e Intimidade
- Parte III:** Outros Caminhos para a Autoestima

## Parte I: Tomar Conta de Si Próprio

- Algo fundamental para a autoestima é a vontade e capacidade de tomar conta de nós próprios. Sem vontade para cuidar, amar e educar-se a si próprio, é difícil conseguir uma autovalorização profunda e duradoura.
- Tomar conta de si implica também cultivar a relação com aquela parte de si conhecida como a "criança interior"- aquela parte onde se origina as suas necessidades; a parte brincalhona, espontânea e criativa que há em si, mas, também que pode incluir dor emocional, receio ou vulnerabilidade obtidas na infância.
- Ao tornar-se, "um bom pai/boa mãe" para a sua "criança interior" pode ultrapassar as limitações e deficiências da sua infância.

## Parte II: Desenvolvendo Apoio e Intimidade

- A autoestima é algo desenvolvido no nosso interior, mas alguns dos nossos sentimentos de autovalorização podem estar relacionados com as relações pessoais que temos.
- Os outros **não** lhe podem dar sentimentos de adequação e confiança, mas, por vezes, a sua aceitação, validação e respeito podem fortalecer a atitude positiva acerca de si próprio.
- As relações que podem auxiliar na construção de autoestima implicam:
  - Amizade;
  - Intimidade;
  - Limites;
  - Afirmação.

## Parte II: Desenvolvendo Apoio e Intimidade

**Amizade:** Um amigo é alguém em quem pode confiar, que o aceita, que o apoia e que ouça. Tal pessoa pode ajudar a exteriorizar aspetos da sua personalidade que podem não ser expressos a outros e ajudar a conferir continuidade na sua vida, através dos momentos de grande transição, como mudar de casa.

**Intimidade:** É nas relações íntimas que nos expomos mais profundamente e temos a oportunidade de descobrir mais acerca de nós próprios. Uma relação íntima saudável simplesmente reforça a sua própria autoaceitação e confiança em si próprio.

**Limites:** Nos relacionamentos é essencial manter limites apropriados. Os limites significam: saber onde você acaba e a outra pessoa começa; não definir a sua identidade através de outra pessoa; e não obter o seu sentido de dignidade própria e autoridade tentando "salvar", mudar ou controlar a outra pessoa.

**Afirmação:** Se não se é capaz de fazer chegar aos outros o que quer ou não quer, acabará por se sentir frustrado, desamparado e sem poder. A prática do comportamento afirmativo pode aumentar sentimento de autorespeito, dominando qualquer possibilidade para se aproveitarem de si.

## Parte III: Outros Caminhos para a Auto-Estima

**Bem-Estar Físico e Imagem Corporal**  
A saúde física e o bem-estar pessoal, vitalidade e robustez compreende um importantes fundamento da autoestima. É, muitas vezes, difícil sentir-se bem consigo próprio quando se sente fisicamente cansado ou doente.

**Autoexpressão emocional**  
Identificar e exprimir os seus sentimentos, pode ajudar a familiarizar-se com as suas necessidades e desejos. "Sentir-se a si próprio" em vez de "caminhar numa nuvem" de preocupações e antecipações, pode levar o seu tempo, mas aumenta a autoconfiança e assim a autoestima.

**Autoinstruções e Afirmações de Autoestima**  
O que pensa e o que acredita influenciam a sua autoestima. Se frequentemente se sente, por exemplo, inadequado e desinteressante, é porque provavelmente acredita ser assim.

**Sentido de Realização**  
A realização de objetivos pessoais associa-se à sua autoestima. Apesar das realizações externas não poderem ser a base exclusiva da autoconfiança, de facto, estas influenciam a forma como se sente em relação a si próprio.

## Outras formas:

1. "Eliminar" a culpa;
2. Não se comparar com os outros;
3. Não generalizar as experiências;
4. Confie em si mesmo;
5. Seja mais compassivo com seus erros;
6. Seja sincero consigo;
7. Comece a agradecer;
8. Comemore suas vitórias;



ANTES DE DAR AMOR PARA OUTRA PESSOA.



Obrigada pela  
atenção !

..DÊ AMOR PARA VOCÊ MESMA/O



## Atividade

"No canto 1 escrevem um **aspecto do qual se orgulhem** (por exemplo: coisas que fiz, coisas que me pertencem, ações que eu consigo fazer, coisas que eu fiz para ajudar os outros, coisas que aprendi, etc.); no canto 2 escrevem uma **coisa importante que não conseguiam fazer no passado e que agora já conseguem**; no canto 3 algo que **gostariam de ser capazes de fazer**; no canto 4, um **aspecto que gostam em vocês**".

1	2
3	4

## Anexo VI: Quadro síntese das sessões do Grupo de Apoio a Pacientes Depressivos

Sessão	Objetivos	Atividades
1	Apresentação dos participantes, identificação de problemas e estabelecimento de metas Introdução de alguns conceitos no âmbito da problemática depressiva	Psicoeducação acerca da depressão (apresentação em PowerPoint); Entrega de T.P.C.: “Tabela do Humor” (tabela quantificadora do nível de depressão sentida diariamente); Realização de exercício de relaxamento
2	Reforço de fatores terapêuticos de suporte Informação sobre a Perturbação Depressiva	Continuação da psicoeducação acerca da depressão: “Modelo Explicativo da Formação e Manutenção dos Esquemas Cognitivos”; Análise da “Tabela do Humor”; Atividade “Os meus problemas são as minhas metas”; Explicação da respiração abdominal.
3	Informação acerca como controlar a ansiedade Reforço de fatores terapêuticos de suporte	Análise da “Tabela do Humor”; Entrega de T.P.C.: “O Ciclo Positivo”; Realização de “Relaxamento Muscular de Jacobson”.
4	Estratégias de mudança cognitiva	Análise de “O Ciclo Positivo”; Explicação de “Estratégias de mudança cognitiva: técnicas de disputa racional”; Entrega de T.P.C.: “Registo dos Pensamentos Disfuncionais”.
5	Estratégias de mudança cognitiva; Reestruturação cognitiva	Partilha de situações vivenciadas desde última sessão; Análise do “Registo dos Pensamentos Disfuncionais”; Exploração das “Estratégias de mudança cognitiva: técnicas de disputa racional”.
6	Estratégias de mudança cognitiva; Reforço de fatores terapêuticos de suporte	Partilha de situações vivenciadas desde última sessão; Psicoeducação acerca das crenças irracionais e conceitos para lidar com ansiedade (apresentação em PowerPoint); Realização de exercício: “Pensamento positivo”.

7	Estratégias de mudança cognitiva;	Partilha de situações vivenciadas desde última sessão; Realização de exercício acerca de tomada de decisão; Realização de exercício: “Pensamento positivo”.
8	Estratégias de mudança cognitiva; Estratégias de mudança comportamental.	Abordagem de técnicas comportamentais preventivas; Explicação de técnicas de Prevenção de Recaída; Realização de exercício: “Pensamento positivo”.
9	Técnicas de controlo de ansiedade; Estratégias de resolução de problemas; Estratégias de mudança comportamental.	Realização de “Relaxamento Muscular de Jacobson”; Abordagem a estratégias de Resolução de Problemas; Realização de exercício: “Pensamento positivo”.
10	Estratégias de resolução de problemas; Estratégias de facilitação da comunicação interpessoal.	Abordagem a estratégias de resolução de problemas, nomeadamente mecanismos de coping, a estratégias para controlar pensamentos ansiógenos e a técnicas de autoafirmação; ; Realização de exercício: “Pensamento positivo”.
11	Estratégias de facilitação da comunicação interpessoal.	Psicoeducação acerca da origem e significado de conflitos; Abordagem a estratégias de facilitação da comunicação interpessoal, nomeadamente de assertividade e autoafirmação; Realização de exercício: “Pensamento positivo”.
12	Finalização e prevenção de recaída	Ensino/recorção de técnicas aprendidas na terapia; Registo e prevenção de recaída; Exercício “Dez ideias para recordar”.

## Anexo VII: Material para Grupo de Apoio a Paciente Depressivos

Atividade realizada: “O Ciclo Positivo”.

### “O Ciclo Positivo”

Se frequentemente pensa que qualquer acontecimento negativo, será sempre seguido de outro acontecimento também NEGATIVO...

---

---

---

---

---

---

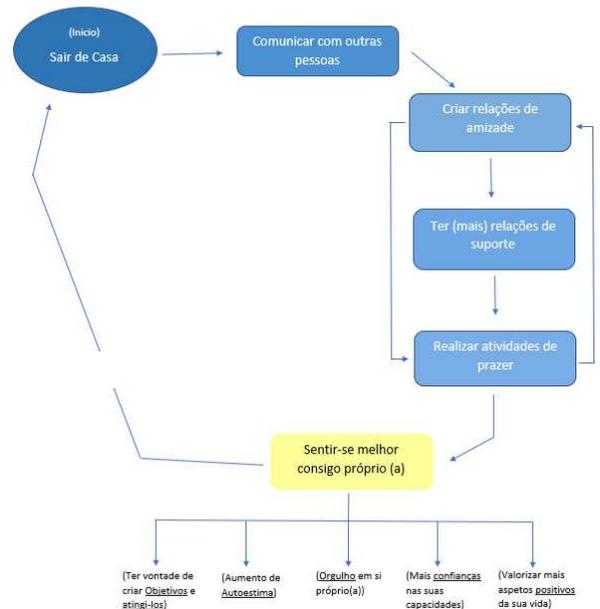
---

---

(por favor, virar a página...)

... porque não pensar que um acontecimento positivo (por mais pequeno que possa parecer), pode levar a outro acontecimento

POSITIVO! 😊



Apresentação PowerPoint proposta: “A Decisão”

### A TOMADA DE DECISÃO...



#### O QUE É A TOMADA DE DECISÃO?

❖ É uma escolha entre alternativas ou possibilidades, com o objetivo de equacionar e resolver problemas e/ou aproveitar oportunidades;

#### ETAPAS GERAIS DE UM PROCESSO DE TOMADA DE DECISÃO

1. Identificação do problema;
2. Recolha de dados;
3. Identificação das alternativas
4. Escolha da melhor alternativa
5. Decisão e acompanhamento



## PORQUE É QUE ÀS VEZES É TÃO DIFÍCIL TOMAR DECISÕES?

- ❖ As emoções influenciam muitas vezes o processo de tomada de decisão;
- ❖ Quando nos sentimos mais em baixo, tristes ou deprimidos/as, uma das tarefas mais difíceis de fazer é, de facto, tomar decisões.

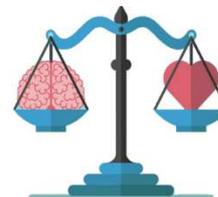


## PORQUE É QUE ÀS VEZES É TÃO DIFÍCIL TOMAR DECISÕES?

- ❖ Um dos principais fatores para uma boa tomada de decisão é o **pensamento racional**- envolve a capacidade de compreender e avaliar alternativas de ação, fazer julgamentos imparciais dos factos e definir apropriadamente as consequências de cada possível decisão.
- ❖ Existem dois fatores que influenciam fortemente este processo:

**emoções fortes** podem ser influenciados pelos sentimentos e não pelos pensamentos

**expetativas negativas** podem existir expetativas negativas, irrealistas, em relação às consequências



## O QUE PODE IMPLICAR TOMAR UMA DECISÃO?

*Toda a decisão pressupõe uma ação;  
Toda a ação tem consequências...*

- ❖ Uma das causas que torna difícil tomar uma decisão é a incerteza das suas consequências;
- ❖ Ou seja, sabemos que alguma consequência advirá da decisão... Mas não sabemos se esta será positiva ou negativa...



## COMO APRENDER A DECIDIR?

- ❖ Pensar em todas as possibilidades e consequências;
- ❖ Esgotar os nossos pensamentos imaginando as diferentes formas de agir;
- ❖ Colocar-se em primeiro lugar;

É fundamental obter um bom nível de autoconhecimento para tomar as decisões com mais precisão e razão.



## PASSOS PARA TOMAR UMA DECISÃO

1. Analise sob todas as óticas e veja por outros ângulos
2. Conheça as variáveis para prevenir erros
3. Desenvolva o poder de decisão com prudência
4. Aprenda a delegar e aumente seu poder de decisão
5. Reavalie os resultados em cada etapa de decisão



**Obrigada pela atenção !**

Toda a conquista começa com a **DECISÃO** de se tentar.

## ATIVIDADE

- ❖ A caixa passará por todos os participantes, enquanto se conta até 50;
- ❖ Quando terminada a contagem, o participante que tiver com a caixa na mão terá que decidir : **ABRIR** a caixa ou **NÃO ABRIR** a caixa;
  - ❖ Se abrir a caixa, terá que realizar a "ordem" que está dentro da caixa...



## DESAFIO !

- ❖ Escrever num papel algo que já há algum tempo têm pensado em realizar, mas que parece que "falta a coragem"- ainda não tomaram a decisão de o **FAZER**- e comprometerem-se com vocês mesmos a realizá-lo!
- ❖ Lembrem-se, as emoções e as expetativas negativas não devem influenciar as vossas ações!
  - ❖ Pensem nas vantagens de fazerem essa ação... Existem!
  - ❖ Então arrisquem! Só saberão quais serão os resultados se o fizerem!



## **Anexo VIII: Exemplar de Relatório de Avaliação**

# **RELATÓRIO NEUROPSICOLÓGICO**

### **IDENTIFICAÇÃO**

**Processo:**

**Nome:** P.

**Data de Nascimento:**

**Idade:** anos

### **AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA:**

#### **Provas administradas:**

- **Avaliação Cognitiva de Addenbroke**, para a realização da avaliação neuropsicológica;
- **Avaliação das Atividades da Vida Diária- Índice de Katz**, para avaliar o nível de independência e autonomia;
- **Brief Symptom Inventory (BSI)**, para avaliação dos sintomas psicopatológicos.

### **ENTREVISTA:**

#### **COMPORTAMENTO OBSERVÁVEL:**

Vem acompanhado da esposa, que fornece a maioria dos dados acerca do paciente.

Postura adequada, calmo, colaborante. Mantém um contacto ocular adequado durante processo avaliativo. Humor eufímico. Discurso pouco fluente, mas coerente.

Sem alterações de pensamento apuradas.

Desorientado ao nível temporal (apenas acerta dia do mês), do espaço (apenas sabe nome da cidade onde se encontra) e autopsiquicamente (erra idade e data de nascimento).  
Alterações a nível do apetite (reduzido) e a nível do sono (insónia inicial).

## **AVALIAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA**

### **AVALIAÇÃO BREVE DO ESTADO MENTAL:**

### **DETERIORIZAÇÃO MENTAL:**

Segundo os resultados obtidos no teste de **Avaliação Cognitiva de Addenbrooke – forma revista** (ACE-R) as suas capacidades cognitivas encontram-se **afetadas**.

#### **RESULTADOS DOS TESTES ADMINISTRADOS**

- **ACE-R**

	Resultado	Pontuação Máxima
Atenção e Orientação	5	18
Memória	8	26
Fluência Verbal	6	14
Linguagem	15	26
Visuo-Espacial	7	16
<b>ACE-R Total</b>	<b>41</b>	<b>100</b>
<b>[MMSE]</b>	<b>13</b>	<b>30</b>

### **ATENÇÃO E ORIENTAÇÃO:**

**Orientação:** Comprometimento significativo.

**Retenção:** Sem comprometimento.

**Atenção e Cálculo:** Comprometimento significativo.

### **MEMÓRIA:**

**Evocação:** Comprometimento significativo.

**Memória anterógrada:** Comprometimento moderado.

**Memória retrógrada:** Comprometimento significativo.

**Reconhecimento:** Comprometimento moderado.

**FLUÊNCIA VERBAL:** Comprometimento moderado.

### **LINGUAGEM:**

**Escrita:** Sem comprometimento.

**Repetição:** Comprometimento moderado.

**Nomeação:** Comprometimento moderado.

**Compreensão:** Comprometimento moderado.

**Leitura:** Comprometimento significativo.

### **VISUO-ESPACIAL:**

**Capacidade visuo-espacial:** Comprometimento significativo.

**Percepção visuo-espacial:** Comprometimento ligeiro.

## AVALIAÇÃO DA (IN)DEPENDÊNCIA FUNCIONAL PARA A REALIZAÇÃO DAS AVD'S

### **Estado Funcional**

#### **Atividade Instrumentais da Vida Diária:**

A partir dos resultados obtidos, é possível verificar-se que o paciente é **independente** em todas as suas atividades rotineiras (tomar banho, vestir-se, ir à casa de banho, locomoção e alimentação), exceto ao nível do controlo dos esfíncteres (episódios de incontinência ocasionais).

Em relação às atividades instrumentais da vida diária, verifica-se que o paciente: é **independente** no uso de telefone (capaz de marcar, fazer e receber chamadas sem ajuda); necessita de **assistência** na locomoção fora de casa (capaz de se locomover fora de casa, mas não sozinho), na realização de trabalho doméstico (capaz de fazer trabalho doméstico leve, mas precisa de ajuda nas tarefas pesadas), na medicação (capaz de tomar a medicação, mas precisa de ser lembrado e que alguém lhe prepare medicação); e é **dependente** na realização de compras (incapaz de fazer compras), na preparação de comida (incapaz de preparar qualquer comida), e na lida com dinheiro (incapaz de lidar com dinheiro).

## AVALIAÇÃO DOS SINTOMAS PSICOPATOLÓGICOS

Os resultados obtidos para as dimensões avaliadas são os seguintes:

**Somatização (resultado significativamente acima da média)** – sugere mal-estar baseado em queixas relacionadas com sistemas de forte mediação autónoma tais como o sistema cardiovascular, gastrointestinal e respiratório. Dores de cabeça, dores nas costas e desconforto localizado na musculatura estão igualmente contemplados, tal como outros equivalentes somáticos da ansiedade.

**Obsessões-Compulsões (resultado significativamente acima da média)** – reflete cognições, impulsos e comportamentos persistentes e aos quais o indivíduo não consegue resistir, embora sejam ego-distónicos e de natureza indesejada. Estão também incluídos nesta dimensão comportamentos que indicam uma dificuldade cognitiva mais geral.

**Sensibilidade Interpessoal**, o paciente apresenta um resultado situado na **média**, **não sendo considerado significativo**.

**Depressão (resultado significativamente acima da média)** – sugere sintomas de afeto e humor disfórico, sinais de isolamento, perda de energia vital, falta de motivação e de interesse pela vida.

**Ansiedade (resultado significativamente acima da média)** – reflete nervosismo, tensão, agitação, nervosismo, ansiedade generalizada e ataques de pânico. Componentes cognitivas que envolvem apreensão e alguns correlatos somáticos da ansiedade também podem ser considerados.

**Hostilidade**, o paciente apresenta um resultado situado na **média**, **não sendo considerado significativo**.

**Ansiedade fóbica (resultado significativamente acima da média)** - sugere respostas de medo persistente (em relação a uma pessoa, local ou situação específica) que sendo irracional e desproporcionado em relação ao estímulo, conduz ao comportamento de evitamento.

**Ideação Paranóide**, o paciente apresenta um resultado situado na **média**, não sendo considerado significativo.

**Psicoticismo**, o paciente apresenta um resultado situado na **média**, **não sendo considerado significativo**.

**Conclusão:** O resultado da avaliação neuropsicológica indica que a sua capacidade cognitiva encontra-se **afetada**, podendo estar em curso um **processo demencial**. **As funções cognitivas mais afetadas são a nível da orientação, atenção e cálculo, evocação, memória retrograda, leitura e capacidade visuo-espacial.**

De acordo com a Avaliação das Atividades da Vida Diária, é possível verificar-se que o paciente **não é totalmente autónomo** na realização das Atividades Instrumentais de Vida Diária, isto é,

apesar de ter capacidade de realizar certas atividades autonomamente, necessita de auxílio em certas atividades.

Por fim, ao nível da avaliação sintomatológica, evidencia sintomatologia psicopatológica, nomeadamente tendência à **somatização, obsessão e compulsividade, depressão, ansiedade e de ansiedade-fóbica.**

Centro Hospitalar, X de X de 2020

A Assistente de Psicologia Clínica

---

(Dra.)

c.p

A estagiária de Psicologia

---

(Maria Ferreira)

# Anexo IX: Flyers e cartazes realizados durante o período de suspensão de estágio

### Estratégias de relaxamento

\* Para além das estratégias referidas anteriormente para reduzir a ansiedade, algumas destas técnicas podem o/a ajudar a relaxar:

**Pratique atividade física!** O exercício físico, para além de ajudar a controlar a ansiedade, frequentemente aumenta a sensação de bem-estar.

**Experimente meditar!** A meditação ajuda a acalmar, e pode ser praticada em qualquer lugar, incluindo em casa. Durante a meditação, a concentração aumenta, existindo a desfocação de pensamentos originadores de ansiedade.

**Controle a respiração!** O controlo da respiração é um meio poderoso para relaxar. Fazer uma respiração abdominal ("respirar com a barriga", movendo-a com a entrada e a saída do ar) de forma lenta e profunda, ajuda a reduzir a ansiedade.

**Faça relaxamento muscular.** A ansiedade faz os músculos ficarem tensos. A realização de uma automassagem e a contração/descontração muscular ajuda a libertar a tensão dos músculos e a reduzir a ansiedade.

**Cuide de si!** Aproveite este tempo para cuidar e pensar em si... Faça algo que já há muito que não fazia devido a falta de tempo e que o/a faça sentir-se bem, como por exemplo, tomar um banho relaxante.

**Lembre-se, o isolamento é uma medida temporária.**

**Não tarda, tudo vai voltar ao seu "normal".**

Neste pequeno panfleto de explicação acerca da ansiedade que pode estar a sentir, mas também algumas estratégias ajudam a lidar com a ansiedade e a relaxar.

Contudo, lembre-se que não tem que passar por esta experiência sozinho/a... Se precisar, peça ajuda! Ligue para SNS24 (808 24 24 24) – Técnicos de Psicologia estão a colaborar com a linha telefónica Saúde 24.

## Ansiedade em tempo de isolamento



*O que é, Porque a sentimos e Como a podemos combater ...*

Serviço de Psicologia



**O que é e quando surge a ansiedade?...**

- A ansiedade é uma emoção que se caracteriza por sentimentos de **tensão, preocupação, insegurança**.
- Os seus **sintomas físicos**, por norma, são:
  - ⇒ Aumento da frequência respiratória;
  - ⇒ Aumento da frequência cardíaca;
  - ⇒ Sudação;
  - ⇒ Secura da boca;
  - ⇒ Tonturas;
  - ⇒ Tremores;
  - ⇒ Tensão muscular.
- A **ansiedade** por norma surge quando percebemos alguma coisa como sendo **perigosa** ou "**assustadora**".
- A situação atualmente vivenciada pode levar à presença de elevados níveis de **ANSIEDADE**:
  - A **incerteza** acerca do que vai acontecer, as notícias **perturbadoras** com que somos frequentemente bombardeados, a **quebra** da rotina, o facto de termos que estar em **isolamento**... Tudo isto pode se tornar como algo assustador, levando a um **aumento de ansiedade**...

Dada à situação de saúde atual, é normal que todos estejamos mais atentos ao surgimento de qualquer sintoma...

Esta atenção pode ser **positiva e protetora**, mas também pode levar a uma **hipervalorização** de qualquer sintoma sentido...

Sintoma, como respiração rápida → Preocupação com o seu significado → Aumento de ansiedade → Aumento do sintoma

De facto, alguns sintomas da **difficuldade respiratória** e da **ansiedade** podem ser parecidos, o que pode tornar a tarefa de os diferenciar complicada.

**Então, como conseguimos fazer a distinção entre eles?**

Na ansiedade, para além da presença de uma respiração rápida e ofegante (que leva a dificuldades em respirar), está também presentes sintomas como tremores, sudação, tensão muscular etc.

Nas dificuldades respiratórias verifica-se: respiração rápida e ruidosa; tosse; incapacidade de falar/completar uma frase; incapacidade de pensar com clareza e pele azul-acinzentada, especialmente nas orelhas, lábios e dedos.

### Estratégias para reduzir a ansiedade

Se está em isolamento, estas **estratégias** podem ajudar a reduzir a ansiedade derivada a este:

**Cuide de si!** Mantenha horários de **descanso** e sono, faça uma alimentação equilibrada e exercício físico!

**Mantenha-se informado/a**, mas limite a exposição de notícias perturbadoras – uma vez por dia e numa **fonte credível**.

**Mantenha o contacto com amigos/família**, via telefone, email, redes sociais, videochamada... O importante é **manter-se em contacto** e afastar a solidão!

**Confie nas suas capacidades para lidar com a situação!** O período de isolamento não vai durar para sempre... tente manter o **pensamento positivo** e **acredite** que vai conseguir ultrapassar tudo isto.

### Lembre-se :

- ⇒ O isolamento é importante para se proteger a si e aos outros, mas é uma medida temporária - Não durará para sempre !
- ⇒ Siga as recomendações de prevenção e proteção... Isso possivelmente dar-lhe-á uma maior sensação de segurança e proteção;
- ⇒ Tal como já conseguiu lidar com outras situações mais complicadas na sua via, também vai conseguir lidar com esta. Confie nas suas capacidades;
- ⇒ Mantenha o pensamento positivo e a confiança de que tudo vai correr bem.
- ⇒ Não está sozinho/a nesta situação. Muitas pessoas estão a passar pela experiência de isolamento... Mantenha o contacto e a empatia com os outros.

O isolamento é uma medida temporária, mas pode ser complicada de ser vivenciada.

Se sentir necessidade, peça ajuda!

Fale com algum profissional de saúde ou ligue para SNS24 (808 24 24 24) – Técnicos de Psicologia estão a colaborar com a linha telefónica Saúde 24.

Se está a experienciar uma situação de isolamento e apresenta sintomatologia depressiva pode encontrar neste panfleto algumas recomendações que o/a podem ajudar.

Fonte: Serviço de Psicologia SNS24. Para uso individualizado, estritamente pessoal, para fins de apoio, elaborado por Inês Rita e Diana Mendes. Reservados todos os direitos. Não pode ser usado para fins comerciais ou de distribuição pública.

### COVID-19

## ISOLAMENTO

### Depressão...

O que fazer para a combater em situação de isolamento?



Serviço de Psicologia



A experiência de isolamento que pode estar a vivenciar é **necessária e protetora**, para si e para os outros. Contudo, não deixa de ser uma situação **difícil de se experienciar**.



A incerteza, a sensação de falta de controlo, o sentimento de solidão, ansiedade, medo e preocupação acerca do que pode acontecer, tristeza e raiva... **Estas são exemplos de algumas sensações normais e comuns que pode estar a sentir neste momento.**

Com ou sem a presença de um historial de depressão, a **experiência de isolamento** pode levar ao surgimento de **sintomas depressivos**... E não tem que sentir culpa ou vergonha por isso. Apresenta-se como uma **reação normal à situação** atualmente vivenciada. Mas esta situação é temporária...

#### Algumas reações de pessoas em isolamento: \*

"Acordo várias vezes durante a noite, com um aperto no peito"

”

"Sinto-me a pior mãe do mundo, por não conseguir guardar as emoções para mim e explodir e chorar".

“

"Chorei por sentir que não consigo fazer o suficiente, de cansaço".



Fonte: Jornal de Notícias

Os **sintomas depressivos** sentidos podem ser: tristeza; irritabilidade; preocupação insegurança; menos energia; perda de interesse nas atividades diárias; variações do apetite e do sono; sentimentos de culpa e de auto-desvalorização; alterações da concentração, memória; sintomas físicos como dores de cabeça, perturbações digestivas, mal-estar.



- ◊ Contudo, mesmo que por vezes pareça difícil, existe forma de "lutar" contra estes sentimentos...

#### Estratégias para evitar o desenvolvimento de sintomatologia depressiva

**Modere o acesso à informação.** Aceda às informações apenas em fontes credíveis e só uma/duas vezes por dia. O bombardeio de informação pode aumentar a ansiedade.



**Evite formas erróneas de lidar com a frustração como o álcool e o tabaco.** A longo prazo, aumentam o mal estar físico e psicológico.

**Aceite o que está a sentir** (frustração, medo, tristeza, raiva...) e **perceba que é normal e não se culpe por isso;**

Separe o que **não consegue controlar** daquilo que está ao seu alcance- focar-se no que não pode fazer apenas irá aumentar a sensação de impotência e de mal-estar que pode estar a sentir... **Pequenas coisas realizadas no nosso dia a dia por norma são as que dão uma sensação de segurança maior e mais prolongada.**



**Realize atividades que lhe dê prazer e relaxe!** Aproveite este tempo para realizar **atividades que goste** e o/a satisfaça. Algo que sentisse saudades de realizar ou que quisesse experimentar, como por exemplo, pintura, música, ler um livro, etc.



**Cuide de si e relaxe.** Meditação e relaxamento são exemplos de exercícios que podem ajudar.

- **Mantenha a rotina, tanto quanto possível.** É importante levantar-se e deitar-se à hora habitual, vestir-se e fazer as refeições equilibradas e a horas. Se possível, trabalhe a partir de casa, o importante é **manter-se ocupado/a** durante o dia.



**Pratique atividade física!** A atividade física é importante tanto para o bem-estar físico como psicológico. Ajuda a passar o tempo, a combater a fadiga e aumenta a sensação de bem-estar. Exercícios como yoga, dança são exemplos de atividades que pode realizar em casa.

**Mantenha contacto regular com amigos e família,** através do telemóvel, email, videochamada... O contacto com os outros ajuda a reduzir a ansiedade, aborrecimento e especialmente o sentimento de solidão.



**Elimine o sentimento de culpa** de que não está a realizar as suas tarefas da mesma forma do que o habitual. A situação de isolamento é algo **novo** que alterou a sua rotina. É **normal** levar um tempo a ambientar-se.

**Mantenha o pensamento positivo, confie nas suas capacidades para lidar com esta situação e projete-se no futuro de forma positiva.**



- **Seja sincero:** é importante moderar a informação que fornece à criança, mas não minta para que a explicação fique "mais suave". Quando se a criança descobrir a verdade será mais análogo para esta. Certifique-se que a medida que fala sobre o assunto explica as medidas de segurança a ser realizadas.

- **Mantenha o pensamento positivo:** explique que compreende que seja complicado estar em isolamento, mas que este é temporário. Pode ser sincero e transmitir confiança e segurança.

- **Conheça os sintomas:** é importante estar informado acerca do Covid-19 de forma a conseguir responder às questões que as crianças podem colocar.

- **Tente manter a paciência:** o isolamento pode gerar ansiedade e irritação. Tente oferecer apoio e tranquilidade. É importante que as crianças saibam que têm alguém que as ouça e as proteja. Transmita a ideia de que estão a tentar resolver a situação. É essencial ajudar as crianças a expressar os seus sentimentos e as suas preocupações.

- **Mantenha as explicações apropriadas à idade:**

**Até aos 9 anos de idade:** dá informações breves, simples, equilibrando factos com garantias adequadas de que os adultos irão ajudar a mantê-los saudáveis e a cuidar deles se ficarem doentes. Dê exemplos simples das medidas preventivas, como lavar as mãos.

**Dos 9 anos até aos 13 anos de idade:** geralmente fazem mais perguntas sobre a sua segurança. Ajude-os a separar a realidade dos mitos e informe acerca dos esforços realizados para combater o vírus.

**Após os 13 anos de idade:** O tema pode ser discutido com mais profundidade. Informe acerca de fontes credíveis (SNS 24; DGS). Dê informações honestas, precisas e factuais sobre o status atual do Covid-19. Envolva-os na tomada de decisões sobre planos familiares e tarefas domésticas.



O isolamento é uma medida de **responsabilidade social**. Ao cumprilo está a proteger a si, mas também a sua família e a população em geral.

Mas mantenha em mente que é também uma medida temporária, não durará para sempre. Mantenha o pensamento positivo e confiante.

Se precisar de ajuda ligue para SNS24 ou fale com um profissional de Saúde.

Neste panfleto pode encontrar algumas estratégias para lidar com a situação de isolamento com crianças.

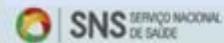
## Isolamento

### Covid-19

#### Como lidar com a situação de isolamento com crianças



Serviço de Psicologia



A situação de isolamento é uma experiência difícil de ser vivenciada para todos... Mas no caso das crianças pode existir uma dificuldade acrescida, pois estas podem ter mais dificuldade em compreender o que se está a passar.

O isolamento pode causar ansiedade, tristeza, preocupação, medo, frustração, etc., tanto nos adultos como nas crianças.

#### Possíveis reações das crianças ao isolamento

- ⇒ Tristeza;
- ⇒ Ansiedade;
- ⇒ Medo;
- ⇒ Irritabilidade ("mais birras");
- ⇒ Confusão devido à alteração das rotinas;
- ⇒ Maior dependência dos pais;
- ⇒ Saudades dos amigos;
- ⇒ Pesadelos;
- ⇒ Mudanças de humor, etc.



Para conseguir lidar com as emoções das crianças é necessária que você consiga sentir-se bem e seguro (dentro dos possíveis).

Se sente ansioso (a) e/ou deprimido (a), procure ajuda. Ligue a um profissional de saúde ou para a Saúde24. Também temos flyers que o/a podem ajudar.

As crianças seguem os adultos e "emitam" as suas reações. Se ao falar sobre o isolamento demonstrar confiança e positividade, as crianças ficam também mais confiantes.



Encare esta situação como uma oportunidade para passar mais tempo em família e de realizarem atividades em conjunto.

Tentar encontrar **aspectos positivos** desta situação poderá ajudar a ultrapassar este momento da melhor forma.



#### Estratégias para lidar com o isolamento com as crianças

**Mantenha as rotinas:** mantenha as horas das refeições, de ir dormir, hábitos de higiene, mas também para brincar. A manutenção da rotina pode ajudar a diminuir a ansiedade causada pelas mudanças. **Mantenha também uma rotina de estudo**, com exercícios escolares, através de plataformas online, etc. Se possível estabeleça contacto com a escola do seu filho/da sua filha.

**Atividade física:** atividade física ajuda a reduzir os níveis de ansiedade, no desenvolvimento saudável e no reforço do sistema imunitário. Experimentem realizar exercício físico em conjunto, como por exemplo, dança.

**Realizem atividades em conjunto:** Não recorra apenas às tecnologias. Aproveite este tempo para fazer atividades para as quais não costuma ter tanto tempo, como ler um livro, jogos de tabuleiro, desenho, etc.

**Permita os contactos sociais:** É positivo para as crianças manter o contacto com a família e com os seus amigos, através de chamadas, videochamadas, redes sociais, email, etc.

**Promova um ambiente sensível e atencioso para criança.** As crianças, muitas vezes, precisam de uma atenção mais dedicada nos momentos difíceis.



**Monitorize a informação:** O "bombardeio" de notícias acerca do Covid-19 pode causar ansiedade, especialmente às crianças. Esteja atento a que informação a que o seu filho / a sua filha tem acesso.



**Relaxe com as crianças:** O relaxamento é uma boa opção para se realizar em situação de isolamento, pois ajuda a diminuir a ansiedade, tanto nos adultos como nas crianças.

**Informar para acalmar:** É normal as crianças terem dúvidas acerca da situação, levando a um aumento da ansiedade. Responder às perguntas, medos e preocupações das crianças é fundamental para que elas se sintam calmas.

#### "Dicas" para falar com as crianças sobre o isolamento

- **Tire tempo para falar:** fale com calma e sem pressas, ouça com a atenção a criança e deixe-se guiar pelas questões que a criança vai colocando.

- **Esteja ciente da forma como fala sobre o Covid-19:** a forma e a informação que vai passar à criança pode reduzir o seu medo, mas também aumentar. Ouça com atenção o que elas têm a dizer. Se for o caso, recorde-a que a sua família é saudável e que fará o que está ao seu alcance para a manter segura.

- **Explique o distanciamento social:** as crianças podem não perceber o motivo de não poderem estar com os amigos. Explique que sua família está a seguir as recomendações atuais, que incluem distanciamento social (estar afastado dos outros até que o risco de contrair o COVID-19 esteja sob controle).



**Mantenha o contacto:** se no momento de isolamento social o contacto social era importante, agora também é. Fale com amigos e família, partilhe o que se sente e as suas preocupações. Não está sozinho neste momento.

**Gratidão:** a vivência de uma situação tão negativa quanto esta pode ajudar a sermos mais gratos pelo que temos. Fazer uma pausa e agradecer pelas coisas boas na sua vida pode ajudar a voltar à rotina de uma forma mais positiva.

**Aceitar os acontecimentos:** é normal o surgimento de algum sofrimento, angústia e dificuldades nos próximos meses. Recuperar as rotinas pode demorar e ser mais difícil que o esperado. Importa não se culpar, aceitar esse fato e não criar expectativas irrealistas.

**Otimismo e segurança:** mantenha um pensamento positivo e acredite em si mesmo/a. Esta situação provou que consegue ultrapassar momentos difíceis. Mantenha os comportamentos de prevenção e acredite nas suas capacidades.

**O isolamento social apresenta -se como uma experiência de grande complexidade. Contudo, o retorno à rotina pode levar também ao surgimento de vários sentimentos ...**

**Se sentir que necessita, peça ajuda, fale com um profissional de saúde.**

Neste panfleto pode encontrar algumas das reações que pode estar a sentir com o retorno à rotina após a situação de isolamento.

## COVID-19

**Fim do isolamento social, retorno à rotina: reações possíveis**

Serviço de Psicologia

 SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

A situação de isolamento social apresentou-se como uma experiência difícil de ser vivenciada, que pode ter levado ao surgimento de vários sentimentos negativos.

O facto de ter que estar confinado em casa com a sua família (se era o caso), pode também ter levado ao surgimento de conflitos parecendo agora que a sua família está diferente.

**Alguns sentimentos que pode ter sentido ou estar a sentir devido ao isolamento:**

- Ansiedade e medo;
- Preocupação e angústia;
- Incerteza;
- Solidão;
- Frustração e aborrecimento;
- Zanga e tristeza.

⇒ Todos estes sentimentos são normais quando estamos a vivenciar uma situação diferente e desconhecida, como é o caso.

⇒ Não se embarace e fale com alguém, nomeadamente a **família**. Os conflitos que possam ter surgido poderão ser resolvidos com uma **simples conversa**.

No entanto, agora que temos que regressar à "normalidade" todos estes sentimentos e dúvidas podem não desaparecer, podendo mesmo aumentar. E não é estranho que isso aconteça.

A rotina sofreu alterações e uma simples atividade, como a ida ao supermercado, implica a realização de vários passos que antes não eram necessários.

Os **concelhos e obrigações** com que lidamos (**uso de máscaras, uso de desinfetante, distância social, não formação de grupos, etc.**) são **necessárias e protetores**.. Mas não deixam de ter um impacto na nossa vida.

Tudo isto pode levar com que surjam novos **medos e dúvidas, mas também novos comportamentos**. É **normal** sentir:

- ⇒ Incertezas sobre o futuro;
- ⇒ Receio do futuro;
- ⇒ Desmotivação
- ⇒ Sensação que a sua vida não é a mesma;
- ⇒ Medo de estar com as pessoas;
- ⇒ Medo de sair à rua;
- ⇒ Medo de espaços públicos/fechados;
- ⇒ Insegurança;
- ⇒ Medo pelas pessoas que gosta.
- ⇒ Vontade de lavar as mãos frequentemente;
- ⇒ Necessidade de desinfetar os objetos;

- ⇒ Necessidade de limpar a casa mais vezes;
- ⇒ Medo de tocar em objetos públicos, como corrimões, prateleiras nos supermercados;
- ⇒ Medo de entrar em casa após uma saída, etc.

Todos estes sentimentos podem parecer **confusos e assustadores**... Mas são **normais**!

Em momentos de ansiedade e desconhecimento é normal existir a necessidade de se "agarrar" ao que lhe dá uma maior sensação de **segurança**.

Mas, **atenção**, e sentir que estes sentimentos e comportamentos são muito fortes e constantes e que estão a impedi-lo de ter o seu funcionamento normal, não sinta vergonha por isso, **peça ajuda!**

### Dicas para voltar à rotina

**Não é uma competição:** voltar ao "normal" após o isolamento social pode não ser tão fácil como parecia. Leve o seu tempo na realização das tarefas e não se compare com os outros. Se para algumas pessoas este momento é fácil, isso não significa que seja para todos.

**Relaxamento:** muitas pessoas aproveitaram este tempo para relaxar e aumentar o seu autoconhecimento. Manter este hábito à medida que sai do confinamento pode ajudá-lo/la a voltar à sua rotina.

### 7. Prepare o quarto

O quarto deve estar escuro, silencioso, a uma temperatura amena e a cama com roupa confortável. Não deve ter televisão, computador ou documentos relacionados com o trabalho.



### 8. Dormir só quando se tem sono

Não conseguir adormecer cria ansiedade e, por sua vez, a ansiedade faz com que se tenha ainda maior dificuldade em adormecer. Tente ir dormir apenas quando sente sono e se ao fim de 30 minutos não conseguir adormecer, levante-se e faça algo que o relaxe.

### 9. Cama apenas para dormir



A cama deve ser só utilizada para dormir e para atividade sexual. Evite realizar atividades relacionadas com trabalho na cama.

### 10. Resista às sestas

As sestas são de evitar, especialmente se sofre de insónias. Se não conseguir resistir a uma sesta, tente que seja curta - não mais do que 20/30 minutos e de preferência após o almoço, para que não interfira com o sono da noite.



O período de isolamento social foi uma experiência complicada de se vivenciar, tendo impactado diversas áreas da nossa vida, nomeadamente, o nosso

sono.

Se sente que com a vivência desta situação complexa o seu padrão de sono ficou alterado, neste panfleto encontra algumas estratégias que o/a podem ajudar.

## COVID-19

# Impacto do isolamento social no SONO



Serviço de Psicologia



A situação de isolamento social apresentou-se como uma experiência *stressante* para todos nós. O facto de ter que ficar em casa 24h por dia pode ter tido um grande impacto em nós.

Os dias podiam parecer todos iguais, uma vez que, a rotina ficou completamente alterada e havia a necessidade de estar todo o tempo em casa.

Mesmo se estava em teletrabalho é normal que os horários a que estava habituado/a fossem alterados pois houve a necessidade de uma adaptação.

Para além dos horários, a sua alimentação e o seu sono podem também ter sofrido algumas mudanças. O facto de estar em casa podia levar a ter maior tendência a realizar alguns *snacks* "extra" ao longo do dia, deitar e acordar em horários mais tardios, mas também pode ter levado a um início ou um aumento do consumo de álcool e de tabaco devido à ansiedade sentida.

Tudo isto pode ter um impacto negativo no seu sono, podendo mesmo levar a insónias.



O sono é algo extremamente importante para se sentir bem e saudável ao longo do dia. Se o seu sono estiver alterado pode levar a diversas consequências, tais como: alterações a nível da memória, falta de concentração, mau humor, cansaço generalizado, alterações no sistema imunitário, aumento do apetite, etc.

Torna-se essencial fazer uma "higiene do sono".

#### O que é a higiene do sono?

Consiste nos bons hábitos de sono. Ou seja, pequenas atitudes a adotar, para melhorar a qualidade do sono, de modo a sentir o seu corpo e a sua mente preparados para as atividades do dia seguinte.

#### Regras para a higiene do sono

##### 1. Adeus à ansiedade

A situação que estamos a viver pode provocar elevados níveis de ansiedade. Contudo, a ansiedade é uma inimiga do sono profundo. Realizar exercícios de relaxamento ou meditação pode ajudá-lo/a a relaxar e assim a ter um sono mais descansado.



##### 2. Exercício físico regular

A atividade física aumenta a sensação de bem-estar e reduz *stress* e ansiedade. Realizar atividade física regular, sempre pelo menos 4 horas antes de dormir, pode ajudar no seu sono.



##### 3. Horário Regular

Durante o período de isolamento os seus horários podem ter-se desregulado. Mas o nosso corpo precisa de uma rotina. Deite-se e acorde sempre à mesma hora (+/- 30 minutos), independentemente se está ou não em casa.



##### 4. Atenção ao que come

A nossa alimentação influencia todo o nosso organismo. Mantenha um *horário habitual* para fazer as refeições e faça um *jantar ligeiro*, pois as refeições pesadas tornam mais difícil adormecer e levam a um sono mais agitado.



##### 5. Evite a cafeína

A cafeína é uma substância estimulante e, como tal, inibe o sono. Evite o café e as bebidas com cafeína (como refrigerantes ou certos chás) a partir da tarde.



##### 6. Álcool e tabaco

O álcool modifica a estrutura do sono e a nicotina apresenta-se como um estimulante, pelo que dificulta o processo de adormecer e interrompe o sono. Evite fumar e beber bebidas alcoólicas próximas da hora de adormecer.





**Aprender algo novo:** existem várias opções, alguma forma de arte, um idioma, a cozinhar, etc.

Cursos online podem ser uma boa opção. Para além de que a ocupação com algo novo pode ajudar a diminuir a ansiedade sentida, os cursos online permitem um contacto social menos impactante quando comparado com o contacto social presencial.

**Psicoterapia:** em momentos angustiantes a psicoterapia pode apresentar-se com uma importância extra. Se já tinha acompanhamento psicológico é importante continuar, de forma presencial ou via online. Se não tinha acompanhamento e neste momento sente a necessidade de ter, não sinta vergonha e procure ajuda.



**Leve o seu tempo:** o retorno à rotina pode ser difícil, especialmente quando o contacto social já era algo temido. Cada pessoa pode levar o seu tempo para voltar "ao mundo lá fora". Não se compare com os outros e principalmente não tenha pensamentos repressivos em relação a si mesmo/a.

Respeite a si mesmo/a, leve o tempo que precisa e faça-o de forma gradual.



**O período de isolamento social é uma experiência complicada de se vivenciar. Mas o retorno à rotina pode ser algo complexo também.**

Neste panfleto pode encontrar alguma informação sobre reações possíveis ao isolamento e ao regresso à rotina, mas também estratégias para lidar com estas.

Se sente que a vivência desta situação teve impacto na sua vida e na sua saúde, peça ajuda. Fale com um profissional de saúde, nomeadamente com psicólogo/a e/ou psiquiatra.

## COVID-19

### Isolamento social e fobia social



Serviço de Psicologia



Estamos a vivenciar uma situação em que o contacto social demonstra-se como algo "preocupante" para qualquer pessoa.

Os "pedidos" para evitarmos grupos e espaços com muitas pessoas são constantes. E apesar das recomendações serem para a nossa protecção é quase impossível não sentir algum tipo de receio relativamente ao contacto social.

Contudo, se para a população em geral o contacto social está agora a ser visto como algo alarmante, para as pessoas que têm um diagnóstico de fobia social, este comportamento já é visto como algo "assustador" antes do surgimento do Covid-19.



No momento atual é compreensível que todos os seus receios já sentidos relativamente à exposição social estejam aumentados.

O bombardeamento constante de informações a lembrarem que é perigoso estar em multidões e que devemos evitar o contacto social presencialmente pode parecer quase que uma confirmação de todos os medos que já sentia, levando a um aumento de intensidade dos mesmos.



A presença destes sentimentos podem levá-lo/a a pensar: "será que tive alguma recaída?"



A presença desses receios podem não significar necessariamente uma recaída ou o agravamento da condição. Neste momento, o que está a experienciar podem ser sentimentos e receios semelhantes com a sociedade em geral e assim ser algo momentâneo.

Contudo, é aconselhável **estar atento a si mesmo/a**. A situação atual pode estar a ter um impacto em si sem que este seja imediatamente apercebido. O isolamento social inicialmente pode ter sido visto como algo até positivo, pois o contacto social pode ser o fator que causa mais ansiedade quando comparados com os outros. No entanto, a falta de contacto social, a longo prazo, pode-se tornar algo mais prejudicial do que parece, podendo levar ao surgimento de **sintomas depressivos**.



**Assim, se tem sentido:**

- Ansiedade intensa devido ao retorno à rotina;
- Aumento do ritmo cardíaco;
- Dificuldade respiratória;
- Tremores;
- Transpiração;
- Boca seca, dificuldade em falar;
- Gaguez;
- Dores abdominais;
- Tensão muscular;
- Cólicas e/ou diarreia;



- Sintomatologia depressiva, como falta de energia, alteração no sono e apetite, tristeza intensa, falta de concentração e/ou memória, etc., devido ao tempo de isolamento social.

Ou se já sentia estes sintomas mas estes **agravaram-se** de modo a terem impacto na forma como o seu dia a dia decorre, é importante que fale com alguém, nomeadamente com um **profissional de saúde**.

#### Formas de prevenir o agravamento da sintomatologia e voltar à rotina



**Praticar o autoconhecimento:**

a realização de técnicas que ajudem a acalmar mente e corpo, como o relaxamento, meditação, ioga, etc., podem ajudar a estar mais atento a si mesmo/a, mas também a diminuir medos e ansiedades.

**Manter o contacto com as pessoas:** sim, o manter-se distanciado/a das pessoas pode ser um comportamento mais fácil e menos ansiógeno. Contudo, tal como referido, pode ter um impacto negativo na sua vida. Para além disso, manter o contacto social de forma "doseada", por exemplo, através de videochamadas, pode ajudar no retorno à rotina, pois previne o "efeito choque" que o contacto social presencialmente pode ter.



Apesar do período de isolamento já estar a terminar ou já ter terminado para si, é importante que esteja atento/a a si mesmo/a.

Tal como já referido é normal que durante a vivência desta situação os sintomas já sentidos tenham ficado mais intensos ou tenha surgido novos sintomas. Se tal tiver acontecido não se martirize! Após a experiência de uma situação complicada a como esta é compreensível que tal aconteça.

#### Assim, se tem sentido:

- suores;
- respiração rápida;
- batimento cardíaco acelerado;
- tonturas;
- boca seca;
- tremores;
- desorientação;
- mal-estar abdominal;
- perda de sentidos.

Ou se já sentia alguns destes sintomas mas estes tomaram-se **mais intensos, fale com alguém, nomeadamente um profissional de saúde (como psicólogo/a, psiquiatra ou seu médico de família).**



**O período de isolamento social é uma experiência complicada de se vivenciar. Mas o retorno à rotina pode ser algo complexo também.**

Neste panfleto pode encontrar alguma informação sobre reações possíveis ao isolamento e ao regresso à rotina, mas também estratégias para lidar com estas.

Se sente que a vivência desta situação teve impacto na sua vida e na sua saúde, peça ajuda. Fale com um profissional de saúde, nomeadamente com psicólogo/a e/ou psiquiatra.

## COVID-19

### Isolamento social e claustrofobia



Serviço de Psicologia



A situação de isolamento social apresentou-se como uma experiência difícil de ser vivenciada para todos.

Contudo, para as pessoas que sofrem de claustrofobia este momento teve dificuldades acrescidas. Se por vezes apenas a ideia de estar no interior de uma sala já causa ansiedade, o facto de ter que estar em confinamento dentro de casa por um longo período de tempo, como foi o caso, pode ter feito com que houvesse um agravamento dos sintomas  sentidos.

Mas agora que o isolamento social está a chegar ao fim, a ideia de estar num local fechado novamente, como por exemplo no local de trabalho, pode ser algo *stressante*. 

Para além disso, o facto de estarmos a ser constante bombardeados com informações a alarmarem para o perigo de estar dentro de espaços fechados com outras pessoas pode aumentar ainda mais todos os medos já sentidos. E é compreensível.

Neste panfleto pode encontrar algumas formas de lidar com a ansiedade, tanto se ainda se encontra em isolamento social como se estiver a regressar à rotina.

#### 1 Levar um dia de cada vez:

Tente não pensar a longo prazo e levar um dia de cada vez. Pense para si mesmo/a "isto vai passar", o isolamento não durará para sempre e não tarda poderá estar nos espaços exteriores sem limitações. Tente pensar que a sua vida iniciou-se num lugar fechado, o ventre da sua mãe. E que esse lugar, tal como o interior da sua casa, também significava protecção. 

Confie nas suas capacidades! Esta experiência provou que é capaz de mais do que pensava, continue a acreditar e si próprio/a.

#### 2 Prepare rotinas:

Criar uma rotina e segui-la pode ajudar a evitar o surgimento de ansiedade. O ter conhecimento sobre o que vai fazer e que locais pretende ir pode ser um auxílio na diminuição da ansiedade na medida que é possível preparar-se antes de entrar numa divisão prevenindo o efeito choque e surpresa. 

#### 3 Relaxamento e respiração:

Uma boa forma de controlar a ansiedade é através da respiração abdominal ou diafragmática. Assim, nos momentos de maior ansiedade, nomeadamente quando se encontra num local fechado pode experimentar esta técnica.

Se puder faça-o junto de uma janela ou numa varanda para ter uma visão do exterior.

Esta técnica de respiração tem 4 passos:

- coloque-se numa posição confortável: sentado/a ou deitado/a;
- com a mão no abdómen, inspire pelo nariz enquanto conta até 4 e sinta a barriga a aumentar;
- segure o ar dentro dos pulmões enquanto conta até 2;
- expire o ar pela boca enquanto conta até 4 e sinta a barriga a diminuir.

Repita o processo algumas vezes. Enquanto o faz tente não pensar em nada e imaginar uma paisagem calma, como a praia ou o jardim. 

Nos momentos que tiver que entrar num local fechado, tente manter o pensamentos **positivos e confiantes**. Pense para si mesmo/a "eu sou capaz; eu consigo fazer isto", à medida que faz uma respiração profunda e abdominal.

Para além da respiração, a **meditação** pode ser uma boa estratégia no combate a ansiedade e medos que pode sentir.

Em período de isolamento social as crianças não ficaram apenas impedidas de ir à escola e de brincar com os seus amigos...

**Elas ficaram impedidas de pedir ajuda pelos maus-tratos que sofrem.**

Muitas vezes, a única forma de as crianças pedirem ajuda é através dos professores ou dos pais dos seus amigos. Neste momento, elas não o conseguem fazer.

Ao não falar, ao fechar os olhos, ao tapar os ouvidos, está a ser **cúmplice deste crime...**

## **DENUNCIE**



Se conhece algum caso de violência contra crianças

**ligue:** GNR (da sua área de residência)

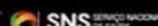
800 202 148; [violencia.covid@cig.gov.pt](mailto:violencia.covid@cig.gov.pt) (Serviço de informação a vítimas de violência doméstica)

116 111 (linha apoio SOS criança)

144 (linha emergência social)

Serviço de Psicologia

Seja o apoio que elas necessitam...



A situação de isolamento é complicada para todos... Mas, se para alguns este período pode ser visto como uma oportunidade de estar mais tempo em família... **Para as vítimas de violência doméstica é um período em que são obrigadas a estar sozinhas com os agressores!**

Estar **24 horas por dia**, "presas" com o agressor aumenta o risco de sofrer **violência física, psicológica e/ou sexual.**

Segundo dados da União Europeia, após a 1ª semana de isolamento social obrigatório os casos de **violência doméstica aumentaram um terço...**

Em situação de **isolamento**, as vítimas de violência doméstica, **nunca estão só**, pelo que pedir ajuda pode ser (ainda) mais difícil.

Ao não falar, ao fechar os olhos, ao tapar os ouvidos, está a ser **cúmplice deste crime...**

## **DENUNCIE !**

Se tem conhecimento de algum caso de violência doméstica **ligue:** GNR (da sua área de residência)

800 202 148 ou mail: [violencia.covid@cig.gov.pt](mailto:violencia.covid@cig.gov.pt) (Serviço de informação a vítimas de violência doméstica)

116 006 (APAV)

116 111 (linha apoio SOS criança)

144 (linha emergência social)

Serviço de Psicologia

## Anexo X: Guião Entrevista Semiestruturada

Nº de processo:

### Entrevista Clínica Semiestruturada

Data:

#### Informação Geral

Nome:

Género:

Idade/Data de Nascimento:

Estado Civil:

Escolaridade:

Profissão:

Agregado Familiar:

#### Pedido

Situação Social; antecedentes; expetativas;

**História Pessoal:** infância; adolescência; idade adulta

**História Familiar:** genograma; relações familiares; historial médico e psicológico familiar

**História Ocupacional e Rotinas:** profissão atual e anterior(es); adaptação aos diferentes contextos; grau de satisfação

**História Saúde:** encaminhamento; problemas de saúde passados relevantes; padrões de sono, alimentação e atividade física

**Exame de Estado Mental**

**Síntese e observações**

## Anexo XI: *Symptoms Checklist (SCL-90)*

### INSTRUÇÕES:

Este questionário contém 90 informações.

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

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

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

### Instruções de Resposta:

Se **Nunca** teve esta queixa, assinale “0”;

Se teve **Poucas Vezes** esta queixa, assinale “1”;

Se teve esta queixa **Algumas Vezes**, assinale “2”;

Se teve esta queixa **Muitas Vezes**, assinale “3”;

Se teve esta queixa **Muitíssimas Vezes**, assinale “4”.

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

Unidade de Psicologia

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

Unidade de Psicologia

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

Unidade de Psicologia

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

**FIM DO TESTE.**

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

**OBRIGADO!**

## Anexo XII: Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI)

Opções de Respostas: Verdadeiro (V)/Falso (F)

A.1	No decurso destes últimos anos a minha saúde foi geralmente boa.	(E) ✓
A.2	Sinto-me de tão boa saúde como a maior parte dos meus amigos.	(E) ✓
A.3	Nunca me senti tão bem como agora.	(D) F
A.4	Conservo sempre o mesmo peso, não engordo nem emagreço.	(E) F
A.5	Não me canso facilmente.	(E) F
A.6	É raro preocupar-me com a minha saúde.	(E) F
A.7	Não fico apreensivo se vejo o médico quando estou doente ou tive algum desastre.	(E) ✓
A.8	Creio que sou mais nervoso que a média das pessoas.	(E) F
A.9	Penso que sou mais sensível e creio que sinto as coisas mais profundamente do que as outras pessoas.	(D) ✓
A.10	Tenho muitas poucas vezes dores de cabeça.	(E) F
A.11	Muitas vezes, toda a minha cabeça parece doer-me.	(D) ✓
A.12	Muitas vezes tenho a impressão de que a minha cabeça está metida num forno.	(D) ✓
A.13	Parece-me frequentemente ter um peso na cabeça ou no nariz.	(D) ✓
A.14	O alto da minha cabeça parece-me algumas vezes, muito sensível.	(D) ✓
A.15	Sofro de náuseas e de vômitos (sinto-me agoniado muitas vezes).	(D) ✓
A.16	Não me sinto nunca, ou quase nunca, atordoado.	(E) F
A.17	Nunca desmaiei.	(E) ✓
A.18	Nunca tive ataques ou convulsões.	(E) ✓
A.19	Já tive períodos durante os quais não era capaz agi sem que mais tarde soubesse exactamente o que tinha feito.	(D) ✓
A.20	Já tive crises durante as quais não era capaz de controlar os meus movimentos e as minhas palavras estando, no entanto, consciente do que se passa à minha volta.	(D) ✓
A.21	Já tive ataques no decurso dos quais perdia ao mesmo tempo a possibilidade de agir e a noção do que se passava à minha volta.	(D) ✓
A.22	Tenho por vezes acessos de riso ou lágrimas que me é impossível controlar.	(D) ✓
A.23	Parece-me que sou praticamente tão capaz como a maior parte das pessoas que me rodeiam.	(E) ✓
A.24	A minha capacidade de ajuizar e apreciar é melhor do que nunca.	(E) ✓
A.25	Há alguma coisa que não regula bem no meu espírito.	(D) ✓
A.26	Não posso fixar a minha atenção.	(D) ✓
A.27	A minha memória parece boa.	(E) F
A.28	Estou muito aborrecido porque me esqueço sempre onde ponho as coisas.	(D) ✓
A.29	Creio que não tenho tão bom olfacto como os outros.	(E) F
A.30	Em certos momentos sinto cheiros esquisitos.	(D) F
A.31	A minha vista não está pior.	(E) F
A.32	Posso ler durante muito tempo sem fatigar os olhos.	(E) F
A.33	Nunca tive visão dupla (um objecto não me parece nunca em duplicado sem que eu consiga ver que há apenas um).	(E) ✓
A.34	Nunca tive paralisia facial.	(E) ✓
A.35	Oíço aparentemente tão bem como a maior parte das pessoas.	(E) ✓
A.36	É raro sentir zumbidos ou campainhas nos ouvidos.	(E) ✓
A.37	A minha maneira de falar é sempre a mesma, nem mais rápida, nem mais lenta, nem mais rouca, nem mais hesitante.	(E) F
A.38	Por vezes a voz falta-me, ou altera-se, mesmo se não estou constipado.	(D) ✓
A.39	Engulo sem nenhuma dificuldade.	(E) F
A.40	Sinto muitas vezes um estado de fraqueza geral.	(D) ✓
A.41	Nunca fiquei paralisado nem nunca senti nenhuma fraqueza fora do habitual em nenhum dos meus músculos.	(E) ✓
A.42	Não tenho nenhuma dificuldade em manter o equilíbrio quando caminho.	(E) ✓
A.43	As minhas mãos não se tornaram desajeitadas ou inábeis.	(E) ✓

Página 1

A.44	Nunca notei que os meus músculos estremeassem ou tremessem de uma maneira incómoda e anormal.	(E) <input checked="" type="checkbox"/>
A.45	Muitas vezes noto que as minhas mãos tremem quando procuro fazer alguma coisa.	(D) <input checked="" type="checkbox"/>
A.46	Quase que não sinto as dores.	(E) <input type="checkbox"/>
A.47	Em certas partes do meu corpo sinto por vezes sensações de queimaduras, picadas, formigueiro ou adormecimento.	(D) <input type="checkbox"/>
A.48	Tenho "adormecimentos" numa ou várias regiões da pele.	(D) <input type="checkbox"/>
A.49	A minha pele é anormalmente sensível ao contacto.	(D) <input checked="" type="checkbox"/>
A.50	É raro eu ter dores na nuca.	(E) <input type="checkbox"/>
A.51	Não coroo mais vezes que os outros.	(E) <input checked="" type="checkbox"/>
A.52	Não coroo nunca por assim dizer.	(E) <input type="checkbox"/>
A.53	Muitas vezes é desagradável sentir que vou corar.	(D) <input checked="" type="checkbox"/>
A.54	O meu pescoço cobre-me muitas vezes de manchas vermelhas.	(D) <input type="checkbox"/>
A.55	Tenho habitualmente as mãos e os pés relativamente quentes.	(E) <input type="checkbox"/>
B.1	Pelo menos uma vez por semana tenho bruscamente muito calor sem razão aparente.	(D) <input type="checkbox"/>
B.2	Não compreendo o que lei tão bem como outrora.	(D) <input checked="" type="checkbox"/>
B.3	Transpiro facilmente, mesmo quando está fresco.	(D) <input type="checkbox"/>
B.4	Algumas vezes, quando estou atrapalhado começo a transpirar, o que me aborrece.	(D) <input type="checkbox"/>
B.5	Tenho frequentemente a boca seca.	(D) <input type="checkbox"/>
B.6	Não tenho tendência para a constipação alérgica nem para a asma.	(E) <input checked="" type="checkbox"/>
B.7	Tusso a maior parte do tempo.	(D) <input type="checkbox"/>
B.8	Nunca deitei sangue, quer por expectoração quer tossindo.	(E) <input checked="" type="checkbox"/>
B.9	É raro sentir dores no coração ou peito.	(E) <input type="checkbox"/>
B.10	Quase nunca tive palpitações e fico raramente com falta de ar.	(E) <input checked="" type="checkbox"/>
B.11	Muitas vezes sinto como que um nó na garganta.	(D) <input checked="" type="checkbox"/>
B.12	Tenho bom apetite.	(E) <input checked="" type="checkbox"/>
B.13	Estou quase sempre com fome.	(D) <input type="checkbox"/>
B.14	Não tenho necessidade frequente de arrotar muito.	(E) <input checked="" type="checkbox"/>
B.15	Tenho muito frequentemente perturbações de estômago e de intestino.	(D) <input type="checkbox"/>
B.16	Várias vezes por semana tenho uma sensação como que de queimaduras (ardor, azia) no estômago.	(D) <input type="checkbox"/>
B.17	Tenho indisposições de estômago que se repetem com poucos dias de intervalo (ou ainda com mais frequência).	(D) <input type="checkbox"/>
B.18	É raro ter prisão de ventre.	(E) <input type="checkbox"/>
B.19	Tenho diarreia uma vez por mês ou com mais frequência ainda.	(D) <input type="checkbox"/>
B.20	Os meus intestinos regulam normalmente.	(E) <input checked="" type="checkbox"/>
B.21	Nunca tive fezes negras ou parecendo alcatrão.	(E) <input checked="" type="checkbox"/>
B.22	Não tenho nenhuma dificuldade em começar a urinar ou em reter a urina.	(D) <input checked="" type="checkbox"/>
B.23	Não tenho necessidade de urinar com mais frequência do que os outros.	(E) <input checked="" type="checkbox"/>
B.24	Nunca notei sangue nas minhas urinas.	(E) <input checked="" type="checkbox"/>
B.25	Nunca tive erupção da pele que me tivesse aborrecido.	(E) <input type="checkbox"/>
B.26	Há alguma coisa que não funciona bem quanto aos meus órgãos genitais.	(D) <input type="checkbox"/>
B.27	Acordo quase sempre bem disposto.	(E) <input type="checkbox"/>
B.28	O meu sono é agitado e perturbado.	(D) <input checked="" type="checkbox"/>
B.29	As minhas preocupações têm-me, por vezes, impedido de dormir.	(E) <input checked="" type="checkbox"/>
B.30	Na maioria das vezes adormeço sem ser perturbado por pensamentos ou ideias.	(E) <input type="checkbox"/>
B.31	O barulho acorda-me facilmente.	(D) <input checked="" type="checkbox"/>
B.32	Posso dormir de dia, mas não de noite.	(D) <input type="checkbox"/>
B.33	É raro sonhar.	(D) <input checked="" type="checkbox"/>
B.34	Sonho muitas vezes.	(E) <input type="checkbox"/>
B.35	Tenho pesadelos quase todas as noites.	(D) <input type="checkbox"/>
B.36	Sonho muitas vezes com coisas que prefiro guardar para mim.	(D) <input checked="" type="checkbox"/>
B.37	Cada um devia procurar compreender os seus sonhos e tomá-los em consideração, quer como guia, quer como advertência.	(D) <input checked="" type="checkbox"/>
B.38	Disseram-me que me levantava, que andava enquanto dormia.	(D) <input type="checkbox"/>
B.39	Não tomo coisas para dormir sem receita médica.	(E) <input type="checkbox"/>
B.40	Bebo uma quantia anormal de água por dia.	(D) <input type="checkbox"/>
B.41	Tomo bebidas alcoólicas em quantidade moderada (ou não bebo de todo).	(D) <input checked="" type="checkbox"/>
B.42	Abusei de bebidas alcoólicas.	(E) <input type="checkbox"/>

B.43	Tenho a convicção de que não se deveria tomar bebidas alcoólicas.	(D) ✓
B.44	Contraí um ou vários vícios tão tenazes que é inútil lutar.	(D) F
B.45	Tenho um ou vários defeitos que são tão grandes que me parece preferível aceitá-los, tentando o seu controle, em vez de tentar desembaraçar-me deles.	(D) F
B.46	Na nossa casa tivemos sempre o necessário (alimentação, vestuário, etc).	(E) ✓
B.47	A minha família não gosta da profissão que escolhi (ou que tenciono escolher).	(D) F
B.48	Estou persuadido de que tenho em minha casa uma vida familiar tão agradável como a maior parte das pessoas que conheço.	(E) F
B.49	Fazendo a comparação com outros lares, apercebi-me que havia pouco afecto e intimidades na minha família.	(D) ✓
B.50	Os meus pais tratam-me mais como uma criança do que como adulto.	(D) F
B.51	Fui completamente livre e independente de toda a disciplina familiar.	(E) F
B.52	Os meus pais têm muitas vezes criticado as minhas companhias.	(D) F
B.53	Os meus pais e a minha família encontram-me mais defeitos do que aqueles que tenho.	(D) F
B.54	O meu pai ou mãe deram-me muitas vezes ordens às quais obedecia mesmo quando não as julgava razoáveis.	(E) ✓
B.55	Discuto pouco com os membros da minha família.	(E) ✓
C.1	Os membros da minha família e os meus parentes mais próximos entendem-se bem.	(E) ✓
C.2	Certas pessoas da minha família têm um carácter arrebatado.	(E) ✓
C.3	Alguns membros da minha família têm hábitos que me aborrecem e irritam muito.	(D) F
C.4	Já me tenho embaraçado com o género de trabalho que um ou vários membros da minha família fizeram.	(D) F
C.5	Já tenho ficado horrorizado com acções de algumas pessoas da minha família.	(D) F
C.6	Já houve momentos em que tive um grande desejo de abandonar a minha casa.	(D) ✓
C.7	Quase todos os meus parentes simpatizam comigo.	(E) ✓
C.8	Um ou mais membros da minha família são muito nervosos.	(D) ✓
C.9	Tenho razões para me sentir ciumento dum ou mais membros da minha família.	(D) F
C.10	De tempos a tempos sinto ódio por membros da minha família que amo habitualmente.	(D) F
C.11	Nunca estive apaixonado por ninguém.	(D) F
C.12	Já tive decepções amorosas.	(D) ✓
C.13	Amava a minha mãe.	(E) ✓
C.14	A minha mãe era boa.	(E) ✓
C.15	Amava o meu pai.	(E) ✓
C.16	O meu pai era um homem honesto.	(E) ✓
C.17	Tenho agora a mesma capacidade que no passado.	(E) F
C.18	Preocupo-me muito com questões de dinheiro e de negócios.	(D) ✓
C.19	Sou muito capaz de largar alguma coisa que queria fazer, porque os outros acham que eu não sou muito competente para a realizar.	(D) F
C.20	Sou muito capaz de deixar alguma coisa que queria fazer porque os outros acham que isso não vale a pena.	(D) F
C.21	Tenho horror a apressar-me quando trabalho.	(E) F
C.22	Tenho mudado de opinião várias vezes, sobre a minha vida profissional.	(D) F
C.23	Aborreço-me quando alguém me vê trabalhar, mesmo quando sei que faço bem o meu trabalho.	(D) F
C.24	Já tive muitas vezes que receber ordens de alguém que sabia disso menos do que eu.	(D) ✓
C.25	Aconteceu-me muitas vezes fracassar por não poder decidir-me com suficiente rapidez.	(D) F
C.26	Como regra prefiro procurar as coisas por mim próprio a pedir a alguém que me mostre a maneira de proceder.	(E) ✓
C.27	Impacienta-me que as pessoas me peçam a opinião ou me interrompam quando trabalho numa coisa importante.	(D) F
C.28	Não gosto de parar mesmo por um instante, numa tarefa que tenha começado.	(E) F
C.29	Como regra conto realizar o que começo a fazer.	(E) ✓
C.30	Prefiro um trabalho que pede uma grande atenção a outro que me permita ser negligente.	(E) ✓
C.31	Já me tinha acontecido contrariar pessoas que procuravam fazer alguma coisa, não porque isso importasse muito, mas por princípio.	(D) F
C.32	Jogo em regra com as "cartas na mesa" com as pessoas que procuro corrigir ou melhorar.	(E) ✓
C.33	É preciso discutir muito para convencer a maior parte das pessoas da verdade.	(E) ✓
C.34	Quando me sinto feliz e activo, vem alguém que está desmoralizado ou triste estragar tudo.	(D) ✓
C.35	Gostava da escola.	(E) ✓
C.36	Tinha dificuldade em aprender na escola.	(D) F

C.37	Gosto de ler livros científicos.	(E) F I
C.38	Gosto de ler os artigos do fundo dos jornais.	(E) Y
C.39	Gosto de ler livros de História.	(E) F
C.40	Gosto de assistir a conferências de assuntos sérios.	(E) V
C.41	Gosto de ler e de estudar artigos que dizem respeito ao meu trabalho.	(E) V
C.42	Gosto de ler as páginas de crime dos jornais.	(D) V
C.43	Aprecio as histórias de detectives ou de mistério.	(E) V
C.44	Gosto dos romances e aventuras.	(E) V
C.45	Gosto de ler romances e aventuras.	(E) V
C.46	A única parte que me interessa dos jornais é a página recreativa.	(D) V
C.47	A minha vida sexual é satisfatória.	(E) V
C.48	Gosto de "flirtar" ou de namoriscar.	(D) V
C.49	Sinto-me atraído por pessoas do sexo oposto.	(E) F
C.50	Sou violentamente atraído por pessoas do meu sexo.	(D) F
C.51	Sou atormentado por questões sexuais.	(D) F
C.52	A maior parte dos meus sonhos trata de coisas sexuais.	(D) F
C.53	Gostaria de não ser atormentado por pensamentos de ordem sexual.	(D) F
C.54	As coisas sexuais repugnam-me.	(D) F
C.55	Sinto-me sempre chocado por histórias porcas.	(D) F
D.1	Evito, se posso, espectáculos de ordem sexual.	(E) F
D.2	Gosto de falar de coisas sexuais.	(D) F
D.3	Um grande número de pessoas é culpado por ter uma má conduta sexual.	(E) V
D.4	Quando um homem está com uma mulher, geralmente pensa em coisas que se relacionem com o seu sexo.	(D) F
D.5	Nunca tive práticas sexuais que não fossem as habituais.	(E) V
D.6	Dever-se-ia ensinar às crianças todos os principais factos das questões sexuais.	(E) V
D.7	Creio que as mulheres deveriam ter tanta liberdade sexual como os homens.	(D) V
D.8	Sou muito religioso (mais do que a maior parte das pessoas).	(D) F
D.9	A religião não me causa preocupações.	(E) V
D.10	Vou à Igreja quase todas as semanas.	(E) F
D.11	Rezo várias vezes por dia.	(E) F
D.12	Leio livros religiosos várias vezes por semana.	(D) F
D.13	Creio que há uma só religião verdadeira.	(D) V
D.14	Não suporto as pessoas que crêem que não há senão uma religião verdadeira.	(E) F
D.15	Creio que Deus existe.	(E) V
D.16	Acredito que o diabo existe e que há um inferno depois da morte.	(D) F
D.17	Creio numa outra vida.	(E) F
D.18	Acredito numa segunda vinda de Cristo.	(E) F
D.19	Cristo faz milagres, como por exemplo transformar a água em vinho.	(E) V
D.20	Os únicos milagres que conheço são simples passes de prestidigitação ou truques grosseiros.	(E) V
D.21	Um padre pode curar impondo as mãos sobre a nossa cabeça.	(D) F
D.22	Tudo está em vias de acontecer como os profetas da Bíblia o predisseram.	(D) F
D.23	A minha alma abandona por vezes o meu corpo.	(D) V
D.24	Sou um enviado especial de Deus.	(D) F
D.25	Já tenho tido experiências religiosas pouco vulgares.	(D) F
D.26	Inspirei-me num programa de vida baseado no dever, e desde então tenho-o seguido rigorosamente.	(D) F
D.27	Quando criança fazia muitas vezes gazeta à escola.	(D) F
D.28	As minhas notas de comportamento nas aulas eram geralmente más.	(D) F
D.29	Na minha juventude fui uma, ou várias vezes, expulso da escola por indisciplina.	(D) F
D.30	Fui chamado algumas vezes ao director da escola por indisciplina.	(D) F
D.31	Adorava agitação na minha infância.	(E) F
D.32	Num certo período na minha infância aconteceu-me cometer pequenos roubos.	(E) F
D.33	Penso que fui muitas vezes castigado sem razão.	(D) F
D.34	Quando era criança pertencia a um bando que procurava manter-se contra tudo e todos.	(D) F
D.35	Nunca fiz nada de perigoso pelo simples prazer do perigo.	(E) V
D.36	Aprecio muito mais um jogo ou uma corrida quando faço apostas.	(D) F
D.37	Gosto de arriscar pequenas importâncias ao jogo.	(D) F

D.38	O meu comportamento depende, numa grande medida, dos hábitos do meu meio.	(E) ✓
D.39	Acho muitas vezes necessário intervir para defender o meu ponto de vista.	(E) ✓
D.40	Sinto-me muitas vezes inclinado a fazer o impossível para ganhar vantagem sobre alguém que se tenha oposto aos meus desejos.	(D) F
D.41	Tenho ideias políticas muito assentes.	(D) ✓
D.42	Acredito na eficácia da lei.	(E) F
D.43	Seria muito melhor se quase todas as leis fossem suprimidas.	(D) F
D.44	Fico sempre desgostoso com a justiça quando um criminoso é libertado graças aos argumentos de um advogado inteligente.	(E) ✓
D.45	As pessoas exigem geralmente mais respeito pelos seus direitos pessoais do que elas têm a intenção de conceder aos dos outros.	(E) ✓
D.46	No seu foro íntimo, a maior parte das pessoas não gosta de se maçar para ajudar os outros.	(D) ✓
D.47	A maior parte das pessoas cria amizades porque estas podem ser-lhes úteis mais tarde.	(D) ✓
D.48	Creio que muitas pessoas exageram as suas desgraças, só para obter a simpatia e a ajuda dos outros.	(D) ✓
D.49	Não censuro uma pessoa que se aproveita de alguém que se deixa levar.	(D) F
D.50	É sobretudo o «medo da polícia» que torna honesta a maior parte das pessoas.	(D) F
D.51	Sou contra ao princípio de dar esmola aos mendigos.	(D) F
D.52	Creio que a maior parte das pessoas seria capaz de mentir para obter uma vantagem.	(D) ✓
D.53	Creio que quase toda a gente diria uma mentira para se livrar de uma situação difícil.	(D) ✓
D.54	Quase toda a gente preferiria empregar meios pouco elegantes para obter uma vantagem em vez de a perder.	(D) F
D.55	O homem que faz nascer a tentação, deixando sem protecção objectos valiosos, é tão culpado como aquele que os roubou.	(D) F
E.1	Se várias pessoas se encontram metidas num sarilho, o melhor que têm a fazer é porem-se de acordo sobre uma história e manterem-na.	(D) F
E.2	Certas pessoas são-me de tal maneira antipáticas que sinto um prazer secreto em vê-las apanhadas em falso.	(D) F
E.3	Penso que o melhor para mim é calar-me quando estou numa situação má.	(E) ✓
E.4	Quando estou num «beco sem saída» não digo senão a parte da verdade que não me prejudica.	(D) ✓
E.5	Se me encontrasse numa má situação com vários amigos que seriam tão culpados quanto eu, preferiria que toda a acusação caísse sobre mim a denunciá-los.	(D) F
E.6	Acho bem contornar a lei se a não violarmos completamente.	(D) ✓
E.7	Não censuro aquele que quer aproveitar tudo o que pode neste mundo vil.	(D) F
E.8	Uma pessoa não devia ser punida por ter violado uma lei que julga irrazoável.	(D) ✓
E.9	Quando alguém me faz mal, sinto que lhe devo pagar na mesma moeda, se puder, por uma questão de princípio.	(D) F
E.10	Adoraria vencer um desafio no meu próprio terreno.	(D) ✓
E.11	Já me aconteceu ter tido tal prazer em observar a habilidade de um batoteiro que tive esperança, que ele não fosse apanhado.	(D) F
E.12	Nunca tive aborrecimentos com os tribunais.	(E) ✓
E.13	Os polícias são, geralmente, pessoas honestas.	(E) F
E.14	Nunca fiquei particularmente inquieto com aborrecimentos ou doenças que pudessem ter os membros da minha família.	(E) F
E.15	Não ficaria inquieto se alguém da minha família tivesse aborrecimentos com a justiça.	(D) F
E.16	Quando tomo conta de um novo emprego gosto de ser informado sobre a pessoa que trabalha ao meu lado.	(D) ✓
E.17	Nunca tive aborrecimentos por causa do meu comportamento sexual.	(E) ✓
E.18	É-me indiferente encontrar desconhecidos.	(E) ✓
E.19	Na minha infância não gostava de ser membro de um bando ou de um grupo.	(D) ✓
E.20	Gosto de crianças.	(E) ✓
E.21	Nunca sou tão feliz como quando estou só.	(D) ✓
E.22	Detesto ter pessoas à minha volta.	(D) F
E.23	Não dirijo a palavra a desconhecidos antes que eles me tenham falado.	(D) ✓
E.24	Prefiro ignorar os amigos de escola ou as pessoas que eu conheço, mas que não vejo há muito tempo, a não ser que eles me dirjam a palavra primeiro.	(D) ✓
E.25	Seria muito feliz se vivesse sozinho numa cabana na floresta ou na montanha.	(D) F
E.26	Acontece-me muitas vezes não participar na conversa ou no cavaquear do grupo em que me encontro.	(D) ✓

E.27	Nas reuniões prefiro instalar-me só simplesmente com uma outra pessoa em vez de me misturar com a multidão.	(D) ✓ I
E.28	Adoro ir a bailes.	(E) ✓
E.29	Adoro as recepções simplesmente porque gosto de me encontrar em sociedade.	(E) ✓
E.30	Gosto da excitação de uma multidão.	(E) F
E.31	Quando começo a aborrecer-me gosto de inventar um divertimento.	(D) ✓
E.32	Os meus aborrecimentos parecem desaparecer quando estou em companhia de um grupo alegre de amigos.	(E) ✓
E.33	Gosto de fazer parte de um grupo em que se «gozem» uns aos outros.	(E) F
E.34	Gosto de ir a recepções ou a reuniões em que haja muitos divertimentos ruidosos.	(E) F
E.35	Gosto de fazer parte de vários clubes ou agrupamentos.	(E) F
E.36	Sou muito sociável.	(E) F
E.37	Ninguém parece compreender-me.	(D) ✓
E.38	Parece-me que faço amigos tão depressa como qualquer outra pessoa.	(E) F
E.39	Sou estimado pela maior parte das pessoas que me conhecem.	(E) ✓
E.40	Tenho toda a simpatia que desejo.	(E) ✓
E.41	Aprecio muito os vários jogos e distrações.	(E) ✓
E.42	Recuso participar em certos jogos porque não sou forte neles.	(D) F
E.43	Quando me encontro num grupo tenho dificuldade em encontrar as coisas que convém dizer.	(D) ✓
E.44	É-me difícil entabular uma conversação quando encontro novas pessoas.	(D) ✓
E.45	Gosto de «gozar» as pessoas.	(D) F
E.46	É-me indiferente ser gozado.	(E) F
E.47	Esforço-me por fixar histórias divertidas para as contar.	(E) ✓
E.48	Não me preocupo nunca com o meu aspecto exterior.	(D) F
E.49	É-me indiferente não ter uma melhor aparência.	(E) F
E.50	Faço muitas coisas que lamento (lamento mais coisas e mais frequentemente que os outros, parece-me).	(D) ✓
E.51	Não gosto de ver as mulheres a fumar.	(E) ✓
E.52	As pessoas decepcionam-me muitas vezes.	(D) ✓
E.53	É mais seguro não ter confiança em ninguém.	(D) ✓
E.54	Posso ser amigo de pessoas que agem de uma maneira que reprovou.	(E) ✓
E.55	No comboio, no autocarro, etc... falo muitas vezes com desconhecidos.	(E) F
F.1	A maior parte do tempo gostaria mais de ficar sentado a sonhar do que a fazer o que quer que fosse.	(D) ✓
F.2	Não ficaria embaraçado por ser chamado a iniciar uma discussão ou a dar uma opinião num grupo sobre qualquer coisa que conhecesse bem.	(E) F
F.3	Nas aulas era-me muito difícil falar diante dos outros.	(D) ✓
F.4	Fico facilmente embaraçado.	(D) ✓
F.5	Gostaria de não ser tímido.	(D) ✓
F.6	Não me preocupo particularmente com efeito que produzo.	(E) —
F.7	Não fico incomodado com o que os outros pensam de mim.	(E) F
F.8	Sinto-me embaraçado a representar alguma coisa diante de um grupo de amigos mesmo quando todos participam na representação.	(D) ✓
F.9	Muitas vezes tenho que lutar contra a minha timidez para evitar que ela se mostre.	(D) ✓
F.10	Sou mais sensível do que a maior parte das pessoas.	(D) ✓
F.11	Em geral defendo afincamente a opinião pessoal.	(E) ✓
F.12	É-me por vezes difícil defender os meus direitos porque sou muito reservado.	(D) ✓
F.13	Já me tem acontecido ficar afastado de alguém porque tive receio de fazer ou dizer alguma coisa que pudesse lamentar de seguida.	(D) ✓
F.14	Não tenho dificuldade em pedir um favor a pessoas amigas mesmo se não posso retribuir-lho.	(D) F
F.15	É raro sonhar acordado.	(E) F
F.16	Tenho uma vida imaginária de que não falo.	(D) ✓
F.17	É-me impossível falar de mim, mesmo seja a quem for.	(D) ✓
F.18	Certos assuntos tocam-me tão profundamente que não posso falar deles.	(D) ✓
F.19	É sempre bom ser sincero.	(E) ✓
F.20	Gosto de fazer compreender às pessoas aquilo que penso.	(E) ✓
F.21	Não me dou ao trabalho de esconder de certas pessoas a fraca opinião que tenho a seu respeito.	(D) F
F.22	Simpatizo com todos aqueles que têm tendência para colocar de lado os seus aborrecimentos e as suas queixas.	(D) ✓

F.23	É raro que exprima violentamente a minha aprovação ou desaprovação das acções dos outros.	(D) ✓
F.24	Fico por vezes de tal forma furioso por ver alguém passar à minha frente numa fila que lhe faço por isso uma observação.	(D) ✓
F.25	Sinto-me muito afectado pelo facto de ter sido dominado por alguém a um ponto tal, que tenha de admitir que ele era superior.	(D) F
F.26	Tive por vezes que ser grosseiro com pessoas que eram grosseiras ou impertinentes.	(D) ✓
F.27	Sou capaz de esconder os meus sentimentos a respeito de certas questões, a tal ponto que as pessoas podem ferir-me moralmente sem que dêem por isso.	(E) ✓
F.28	As pessoas enganaram-se muitas vezes sobre as minhas intenções quando tentava fazer-lhes um favor ou ajudá-las.	(D) ✓
F.29	Não procuro contradizer as pessoas que se enganam.	(E) F
F.30	Tenho muitas vezes encontrado pessoas invejosas das minhas boas ideias. Simplesmente porque elas não as tinham tido primeiro.	(D) ✓
F.31	Impaciento-me facilmente com as pessoas.	(D) F
F.32	Aborreço-me muitas vezes por ser tão susceptível e teimoso.	(E) ✓
F.33	Muitas vezes não compreendo porque fui teimoso e resmungão.	(D) ✓
F.34	A crítica e a traça ferem-me cruelmente.	(D) ✓
F.35	Mesmo quando estou com muita gente sinto-me só a maior parte do tempo.	(D) ✓
F.36	Queria ser tão feliz como os outros parecem sê-lo.	(D) ✓
F.37	Sou habitualmente calmo e não me encolerizo facilmente.	(E) ✓
F.38	Tenho habitualmente a impressão de que a vida vale a pena ser vivida.	(E) F
F.39	A minha vida habitual está cheia de coisas que me interessam.	(E) ✓
F.40	Não consigo fazer nada bem.	(D) ✓
F.41	Tenho tendência a abandonar rapidamente as coisas quando elas correm mal.	(D) F
F.42	Tenho dificuldade em começar a fazer qualquer coisa.	(D) F
F.43	Por momentos, o meu espírito parece trabalhar mais lentamente do que o costume.	(D) ✓
F.44	Já tive períodos (dias, semanas ou meses) durante os quais não podia fazer nada como devia ser, porque não me conseguia interessar.	(D) ✓
F.45	Estou muitas vezes «neura».	(D) ✓
F.46	Surpreendo-me muitas vezes a criar preocupações.	(D) ✓
F.47	Muitas vezes, mesmo quando tudo corre maravilhosamente admiro-me de não sentir inquietação.	(D) ✓
F.48	É raro estar «neura».	(E) F
F.49	Estou muitas vezes melancólico.	(D) ✓
F.50	A maior parte do tempo tenho a sensação de ter fugido a alguma coisa errada ou má.	(D) ✓
F.51	Choro facilmente.	(D) ✓
F.52	Os meus sentimentos não são feridos com facilidade.	(E) F
F.53	Tenho tido muitas vezes a impressão desagradável de ter sido mal compreendido quando procurava impedir alguém de fazer uma asneira.	(D) ✓
F.54	Sinto a tal ponto as decepções que não consigo libertar delas o meu espírito.	(D) ✓
F.55	O futuro apresenta-se-me sem esperança.	(D) ✓
G.1	Sinto quase sempre ansiedade, quer por alguém, quer por alguma coisa.	(D) ✓
G.2	Várias vezes por semana, tenho o pressentimento de que alguma coisa de terrível está para acontecer.	(D) ✓
G.3	Tenho a convicção de que os meus pecados são imperdoáveis.	(D) ✓
G.4	Não tenho vivido uma vida perfeitamente recta.	(D) ✓
G.5	Tenho-me sentido muitas vezes culpado porque pretendi que estava muito mais desgostoso, por alguma coisa, do que realmente estava.	(D) ✓
G.6	Tenho certamente tido mais do que a minha parte de aborrecimentos.	(D) ✓
G.7	Não pareço preocupar-me com o que me acontece.	(D) F
G.8	Mereço um castigo severo pelos meus pecados.	(D) F
G.9	Tenho a convicção de que sou um indivíduo condenado.	(D) F
G.10	Desejo muitas vezes estar morto.	(D) ✓
G.11	Tudo me é indiferente.	(D) F
G.12	Sinto-me feliz quase sempre.	(E) F
G.13	Enerva-me ser obrigado a esperar.	(D) F
G.14	Tenho tendência a interessar-me por várias ocupações simultaneamente em vez de me consagrar a uma única tarefa durante muito tempo.	(E) F
G.15	Sou facilmente conquistado por uma ideia nova.	(D) F

G.16	Uma coisa interessante faz-me sair quase sempre da «neura».	(E) ✓
G.17	Gosto que as pessoas não possam adivinhar o que vou fazer.	(D) ✓
G.18	Sinto-me por vezes cheio de vitalidade, sem razão especial.	(E) ✓
G.19	Já me aconteceu encontrar problemas com soluções tão diversas que fui incapaz de reflectir nelas seriamente.	(D) ✓
G.20	Uma vez por semana, pelo menos, sinto-me exaltado.	(D) ✓
G.21	Tenho períodos de tal agitação que sou incapaz de ficar muito tempo sentado numa cadeira.	(D) F
G.22	Por vezes, estou de tal modo excitado, que tenho dificuldade em adormecer.	(D) ✓
G.23	Sinto-me por momentos cheio de energia.	(E) F
G.24	Acontece-me por vezes estar tão excitado que durante estes períodos o sono não me parece necessário.	(D) F
G.25	Sem razão especial, e mesmo quando as coisas correm mal, sinto-me por vezes extraordinariamente feliz.	(D) F
G.26	Tenho a impressão por momentos, de que o meu espírito funciona melhor que o habitual.	(E) F
G.27	Dizem muitas vezes que sou arrebatado (precipitado, violento).	(D) F
G.28	Não fico facilmente encolerizado.	(E) F
G.29	Assim como me encolerizo depressa também esqueço.	(D) ✓
G.30	Os meus pensamentos correm por vezes mais depressa do que consigo exprimi-los.	(E) ✓
G.31	Tenho por vezes a impressão de que vou destruir tudo.	(D) ✓
G.32	Sinto por vezes desejos de brigar com alguém.	(D) ✓
G.33	Tenho «bicho-carpinteiro» e não sou feliz senão quando passeio ou viajo.	(D) F
G.34	Por vezes oiço tão nitidamente que isso me irrita.	(D) ✓
G.35	Esqueço-me do que as pessoas me dizem.	(D) ✓
G.36	Preciso em regra de parar e reflectir antes de passar à acção, mesmo para coisas insignificantes.	(D) ✓
G.37	Insisto, por vezes, de tal maneira numa coisa que os outros perdem a paciência.	(D) ✓
G.38	Quando saio de casa nunca me preocupo com o ter fechado as portas e as janelas.	(E) ✓
G.39	Lembro-me muitas vezes de números que não têm importância nenhuma (números de placas de automóveis, etc.).	(D) ✓
G.40	Quando caminho tomo o cuidado de não colocar o pé nas frinchas da calçada.	(D) ✓
G.41	- Habituei-me a contar coisas que não têm importância nenhuma, como por exemplo: lâmpadas, sinais, etc.	(D) ✓
G.42	Acontece-me que um pensamento sem importância se fixa no meu espírito durante vários dias.	(D) ✓
G.43	Acodem-me muitas vezes ao espírito palavrões e palavras obscenas e não consigo desembaraçar-me delas.	(D) F
G.44	Tem-me sido por vezes impossível impedir-me de roubar ou «surripiar» qualquer coisa.	(D) —
G.45	Acontece-me muitas vezes atravessar a rua para evitar encontrar alguém.	(D) ✓
G.46	O meu olhar é atraído pelo fogo.	(D) F
G.47	Sinto por vezes uma necessidade muito forte de fazer alguma coisa de nocivo ou de chocante.	(D) F
G.48	Sou por vezes impelido a fazer mal a alguém ou a mim próprio.	(D) ✓
G.49	Quando alguém se engana, ou diz tolices, tento corrigi-lo.	(D) ✓
G.50	Há pessoas que se mostram de tal maneira autoritárias que sinto necessidade de fazer o contrário do que elas dizem, mesmo que esteja seguro de que elas têm razão.	(D) F
G.51	Tenho muitas vezes a impressão de que as coisas não são reais.	(D) F
G.52	Não tenho inimigos que queiram realmente prejudicar-me.	(E) ✓
G.53	Se as pessoas não me quisessem mal, teria tido certamente mais sucesso.	(D) F
G.54	Alguém me quer mal.	(D) F
G.55	Estou convencido de que nunca terei sorte.	(D) ✓
H.1	Fico contrariado quando as pessoas na rua, no autocarro ou nas lojas olham para mim.	(D) ✓
H.2	Já tenho dito muitas vezes a impressão que desconhecidos me olham como para me criticarem.	(D) ✓
H.3	Estou certo de que se fala de mim.	(D) ✓
H.4	Tenho a impressão de ser seguido.	(D) ✓
H.5	Tenho por vezes a convicção de que o que penso se lê na minha cara.	(D) ✓
H.6	Já têm tentado influenciar-me.	(D) ✓
H.7	Alguém controla o meu espírito.	(D) F
H.8	Em uma ou várias épocas da minha vida senti que alguém procurava hipnotizar-me.	(D) ✓
H.9	Tenho tendências a pôr-me em guarda com as pessoas que têm uma atitude mais amigável do que aquela que esperava delas.	(E) ✓
H.10	Eu pergunto-me frequentemente qual pode ser a razão escondida porque uma pessoa é amável comigo.	(D) ✓

H.11	Creio que se conspira alguma coisa contra mim.	(D) F
H.12	Já tenho tido experiências muito particulares e estranhas.	(D) F
H.13	Tenho pensamentos estranhos e especiais.	(D) V I
H.14	Alguém tentou envenenar-me.	(D) F
H.15	Alguém procurou roubar-me.	(D) F
H.16	As pessoas fazem observações grosseiras e que ferem, a meu respeito.	(D) V I
H.17	Há pessoas que procuram aproveitar os meus pensamentos e ideias.	(D) V I
H.18	Se me dessem uma oportunidade poderia realizar coisas que seriam muito úteis ao mundo.	(D) V I
H.19	Sou uma personagem importante.	(D) V I
H.20	Oiço coisas estranhas quando estou só.	(D) F
H.21	Oiço frequentemente vozes sem distinguir de onde elas vêm.	(D) F
H.22	Quando estou em sociedade fico contrariado porque oiço coisas estranhas.	(D) F
H.23	Nunca tive visões.	(E) V
H.24	Vejo objectos, animais, pessoas em volta de mim que os outros não vêem.	(D) F
H.25	Há momentos em que sou possuído por espíritos.	(D) F
H.26	Sei quem é o responsável pela maioria dos meus aborrecimentos.	(D) V I
H.27	Gosto de visitar sítios que não conhecia antes.	(E) V
H.28	Fico ansioso e transformado quando tenho que me afastar algum tempo da minha casa.	(D) V I
H.29	Devo reconhecer que já me tem acontecido preocupar-me em demasia por uma razão, que na realidade não valia a pena.	(D) V I
H.30	Acontece-me quase todos os dias alguma coisa que me apavora.	(D) V I
H.31	Tenho poucos terrores em comparação com os meus amigos.	(E) F I
H.32	Já tenho ficado apavorado por coisas ou por pessoas que eu sabia, no entanto, que não podiam fazer-me mal.	(D) V I
H.33	Não tenho medo de mexer em grandes somas de dinheiro.	(E) V
H.34	Tenho medo de relâmpagos.	(D) F
H.35	Uma tempestade aterroriza-me.	(D) F
H.36	Não tenho medo do fogo.	(E) F I
H.37	Alguns animais põe-me nervoso.	(D) F
H.38	Não tenho muito medo de serpentes.	(E) F I
H.39	Não tenho medo de ratos.	(E) V
H.40	Não tenho medo de aranhas.	(E) V
H.41	A água não me faz medo.	(E) V
H.42	A sujidade apavora-me ou mete-me nojo.	(D) V I
H.43	Não me preocupo a respeito de doenças que possa possuir.	(E) F I
H.44	Não tenho medo que as maçanetas das portas me transmitam doenças ou micróbios.	(E) F I
H.45	Estremeço à ideia de um tremor de terra.	(D) F
H.46	Tenho medo de estar só no escuro.	(D) V I
H.47	Tenho medo quando dum lugar elevado, olho para baixo.	(D) V I
H.48	Tenho medo de me encontrar só num grande espaço deserto.	(D) V I
H.49	Sinto-me pouco à vontade no interior das casas.	(D) F
H.50	Tenho medo de me encontrar fechado num pequeno compartimento.	(D) V I
H.51	Evito tanto quanto possível encontrar-me no meio de uma multidão.	(D) V I
H.52	Não tenho receio de entrar numa sala onde estejam outras pessoas a conversar.	(E) F I
H.53	Fico apreensivo se tenho de me servir de uma faca ou de outro objecto cortante e pontiagudo.	(D) F
H.54	Ver sangue não me apavora nem me deixa doente.	(E) V
H.55	Tenho medo de enlouquecer.	(D) V I
I.1	Posso facilmente meter medo a outra pessoa, por vezes faço-o para me divertir.	(D) F
I.2	Divirto-me por vezes a fazer mal às pessoas de quem gosto.	(D) F
I.3	Já tenho encontrado, por vezes, prazer em ser chocado e magoado por alguém que eu amava.	(D) F
I.4	Arrelio por vezes os animais.	(E) F
I.5	Devia-se bater ou dar pontapés nos cavalos que não andam.	(E) F
I.6	Não me aborrece particularmente ver sofrer os animais.	(D) F
I.7	Acontece-me ser muitas vezes atraído irresistivelmente por objectos pessoais, como sapatos, luvas, etc... a tal ponto de querer procurá-los ou comprá-los, mesmo quando não me podem servir para nada.	(D) V I
I.8	Ninguém se preocupa com o que possa acontecer-nos.	(D) V I
I.9	Um homem que é capaz de trabalhar seriamente tem uma boa oportunidade de triunfar.	(E) V

I.10	O futuro é demasiado incerto para que se possam fazer projectos a sério.	(D) <input checked="" type="checkbox"/>
I.11	É magnífico viver na nossa época quando tantas coisas importantes acontecem.	(D) <input checked="" type="checkbox"/>
I.12	Acho difícil neste momento não perder a esperança de chegar a qualquer coisa.	(D) <input type="checkbox"/>
I.13	Os meus conflitos mais duros são contra mim mesmo.	(E) <input checked="" type="checkbox"/>
I.14	Peço com frequência conselhos às outras pessoas.	(E) <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
I.15	Os meus projectos parecem por vezes tão cheios de dificuldades que tenho de abandoná-los.	(D) <input type="checkbox"/>
I.16	Tenho tido muitas vezes superiores que pareciam arranjar as coisas para receber o benefício do que se tinha feito de bom no seu serviço, mas que seriam muitíssimo capazes de lançar as culpas nos seus aborrecimentos.	(D) <input checked="" type="checkbox"/>
I.17	Gostaria de deixar de me atormentar com as coisas que disse e que podem ferir os sentimentos dos outros.	(D) <input checked="" type="checkbox"/>
I.18	Tenho com frequência de dormir uma noite antes de me decidir sobre um assunto. (Aconselhar-me com o travesseiro).	(D) <input type="checkbox"/>
I.19	Já tem acontecido esgotar-me por querer fazer demasiadas coisas ao mesmo tempo.	(E) <input checked="" type="checkbox"/>
I.20	Podem fazer-me mudar facilmente de opinião mesmo quando já fiz o meu próprio juízo.	(D) <input type="checkbox"/>
I.21	Lembro-me de ter fingido doente para evitar qualquer coisa.	(D) <input checked="" type="checkbox"/>
I.22	Tem-me acontecido muitas vezes encontrar pessoas que eram tidas por especialistas e não sabiam disso mais do que eu.	(E) <input checked="" type="checkbox"/>
I.23	Tenho mais dificuldades em me concentrar que a maioria das pessoas.	(D) <input type="checkbox"/>
I.24	Já me aconteceu várias vezes ser o último a renunciar a uma coisa difícil de fazer.	(E) <input type="checkbox"/>
I.25	Aconteceu-me várias vezes renunciar a alguma coisa por falta de confiança em mim mesmo.	(D) <input checked="" type="checkbox"/>
I.26	Sou facilmente vencido numa discussão.	(D) <input checked="" type="checkbox"/>
I.27	É-me difícil fixar o espírito num trabalho ou numa ocupação.	(D) <input type="checkbox"/>
I.28	Se me dessem oportunidade, eu saberia levar as multidões (ser um bom guia de multidões).	(E) <input type="checkbox"/>
I.29	É para mim como que um fracasso saber do sucesso de alguém que conheço bem.	(D) <input checked="" type="checkbox"/>
I.30	A minha maneira de agir é muitas vezes mal interpretada pelos outros.	(D) <input checked="" type="checkbox"/>
I.31	Tem-me acontecido algumas vezes ter a impressão de que não conseguiria nunca vencer as dificuldades que se iam acumulando.	(D) <input checked="" type="checkbox"/>
I.32	Acontece-me tomar as coisas pelo lado mau.	(D) <input checked="" type="checkbox"/>
I.33	Sou uma pessoa extremamente nervosa.	(D) <input checked="" type="checkbox"/>
I.34	Trabalho num estado de grande tensão.	(D) <input type="checkbox"/>
I.35	A vida representa para mim um esforço contínuo.	(D) <input checked="" type="checkbox"/>
I.36	Acontece-me pensar que não sirvo para nada.	(D) <input checked="" type="checkbox"/>
I.37	Sinto-me por vezes inútil.	(D) <input checked="" type="checkbox"/>
I.38	Penso muitas vezes: "Gostaria de ser ainda uma criança".	(D) <input checked="" type="checkbox"/>
I.39	Não tenho, certamente, confiança em mim.	(D) <input checked="" type="checkbox"/>
I.40	Tenho uma confiança total em mim.	(E) <input type="checkbox"/>
I.41	Recuo diante das dificuldades ou das crises.	(D) <input checked="" type="checkbox"/>
I.42	Creio que gostaria muito do trabalho de costureiro.	(D) <input type="checkbox"/>
I.43	Prefiro as histórias de aventuras às histórias sentimentais.	(E) <input type="checkbox"/>
I.44	Se fosse artista, gostaria de desenhar flores.	(D) <input type="checkbox"/>
I.45	Gostava de brincar ao "jogo do lenço".	(D) <input checked="" type="checkbox"/>
I.46	Gosto de arranjar uma fechadura de porta.	(E) <input checked="" type="checkbox"/>
I.47	Gosto ou já gostei de pesca.	(E) <input type="checkbox"/>
I.48	Faz-me zangar estar com pessoas que forcem a apressar-me.	(D) <input checked="" type="checkbox"/>
I.49	Creio que gostaria muito do trabalho de guarda-florestal.	(D) <input type="checkbox"/>
I.50	Gosto da ciência.	(E) <input checked="" type="checkbox"/>
I.51	Gosto muito da caça.	(D) <input type="checkbox"/>
I.52	Gostaria de caçar um leão em África.	(D) <input type="checkbox"/>
I.53	Gostaria de ser florista.	(D) <input type="checkbox"/>
I.54	Assusto-me só de pensar em possíveis acidentes.	(D) <input checked="" type="checkbox"/>
I.55	Quando estou num sítio elevado, tenho vontade de saltar lá para baixo.	(D) <input checked="" type="checkbox"/>
J.1	Gostaria de ser enfermeiro.	(D) <input type="checkbox"/>
J.2	Gostaria de ser corredor de automóveis.	(D) <input checked="" type="checkbox"/>
J.3	Preferiria trabalhar habitualmente com mulheres.	(E) <input type="checkbox"/>
J.4	Tenho a impressão de que por vezes me vou aniquilar.	(D) <input checked="" type="checkbox"/>
J.5	Gosto de revistas técnicas.	(E) <input checked="" type="checkbox"/>
J.6	Tem-me acontecido, muitas vezes ter terrores no meio da noite.	(D) <input type="checkbox"/>
J.7	Penso que gostaria do trabalho de construtor civil.	(D) <input type="checkbox"/>

J.8	Gostaria de ser secretário particular.	(D) F
J.9	Não gosto de tomar banho.	(D) F
J.10	Gostaria de ser militar.	(D) F
J.11	Gosto de cozinhar.	(D) V I
J.12	Gosto de coleccionar flores ou plantas trepadeiras.	(D) F I
J.13	Sinto-me com frequência muito fatigado.	(D) V I
J.14	Dou muita atenção à maneira como me visto.	(D) V I
J.15	Por vezes, um dos meus sonhos, repete-se.	(D) V I
J.16	Suporto tão bem as dores como os outros.	(E) F I
J.17	Penso que a Rainha Santa Isabel era maior do que Afonso Henriques.	(E) V
J.18	Gosto da poesia.	(D) V I
J.19	Se fosse repórter, era para a rubrica teatral que iriam as minhas preferências.	(D) V I
J.20	Se fosse artista, gostaria de desenhar crianças.	(D) V I
J.21	Já me aconteceu ter companheiros imaginários.	(D) V I
J.22	Gosto de mulheres altas.	(D) F
J.23	Gostaria de ser jornalista.	(D) V I
J.24	Gosto de teatro.	(D) V I
J.25	Tive um diário.	(D) F
J.26	Gostei da história da «Branca de Neve».	(D) V I
J.27	Gosto muito das cenas de amor no cinema.	(E) V
J.28	Gosto imenso de montar a cavalo.	(E) V
J.29	Se fosse repórter gostaria de escrever artigos desportivos.	(D) F
J.30	A pessoa a quem estava mais ligada e que mais estimava na minha infância era uma mulher (mãe, irmã, tia ou outra mulher).	(E) V
J.31	Em nenhum momento da minha vida gostei de brincar com bonecas.	(E) F I
J.32	Gostaria de ser cantor.	(D) V I
J.33	Gosto das reuniões e da sociedade.	(D) F
J.34	Creio que gostaria muito do trabalho de bibliotecário.	(D) F
J.35	Gosto de homens de aspecto feminino.	(E) F I
J.36	Tenho muitas vezes medo do escuro.	(D) V I
J.37	Gostava de jogar ao eixo.	(D) F
J.38	Gosto de mulheres de aspecto masculino.	(E) F I
J.39	O homem com quem, tive maior contacto na minha infância era muito severo comigo (o meu pai, o meu padrasto, etc.).	(D) V I
J.40	Já tenho desejado muitas vezes ser uma rapariga (ou se você é uma mulher: nunca lamentei ser uma rapariga).	(D) V I
J.41	Acontece-me, por vezes, pensar em coisas demasiado más para poder falar nelas.	(E) V
J.42	Nem sempre digo a verdade.	(E) V
J.43	Encolerizo-me algumas vezes.	(E) V
J.44	Por vezes, quando não me sinto bem, fico de mau humor.	(E) V
J.45	Se pudesse entrar num cinema sem pagar e estar certo de que ninguém me via fá-lo-ia de certeza.	(E) F I
J.46	Gosto de conhecer pessoas importantes, porque isto me dá a impressão de ser também uma pessoa importante.	(E) V
J.47	Não gosto de todas as pessoas que conheço.	(E) V
J.48	Acontece-me ser um pouco maldizente.	(E) F I
J.49	Acontece-me votar nas eleições por homens que conheço mal.	(E) F I
J.50	Sucedo-me por vezes rir de uma piada grosseira.	(E) V
J.51	Tenho por vezes desejo de praguejar.	(E) F I
J.52	Não leio todos os dias o artigo de fundo do jornal.	(E) V
J.53	Acontece-me guardar para amanhã o que deveria ser feito hoje.	(E) V
J.54	As minhas maneiras à mesa não são sempre tão boas em casa como quando como fora e estou acompanhado.	(E) F I
J.55	Gosto mais de ganhar que perder ao jogo.	(E) V

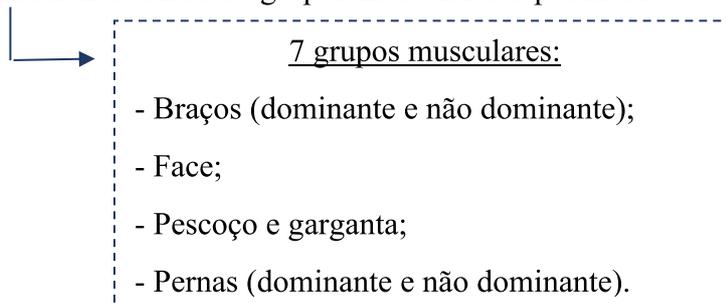
## Anexo XIII: Treino de Relaxamento: “Aprender a relaxar”

### TREINO DE RELAXAMENTO: “Aprender a relaxar”

#### O que é o treino de Relaxamento?

O relaxamento consiste na libertação voluntária da tensão, podendo esta ser muscular, mental ou psicológica. Quando nós relaxamos fisicamente, os impulsos que ocorrem nos vários nervos dos músculos modificam a natureza dos sinais que são enviados ao cérebro. Esta mudança produz uma sensação de calma, a nível físico e mental.

- De modo a controlar melhor a sua ansiedade, emoções e manter o bem-estar físico, é importante aprender a relaxar. Para o fazer necessita de aprender a:
  - Reconhecer a tensão;
  - Relaxar o seu corpo de uma forma completa;
  - Libertar a tensão de grupos musculares específicos.



#### Relaxamento Muscular Progressivo

O treino de relaxamento muscular progressivo equivale a aprender a contrair e descontrair vários grupos de músculos em todo o corpo, prestando atenção às sensações que acompanham a tensão e o relaxamento e aprendendo a contrastar as sensações associadas a estes dois estados. O relaxamento muscular progressivo permite à pessoa reconhecer quando se encontra excessivamente tensa e instruir-se para relaxar, reduzindo também o nível de ansiedade.

#### **Lembre-se:**

- ✓ O relaxamento é uma técnica e como tal melhora com a prática frequente e regular- pratique pelo menos uma vez por dia;

- ✓ É normal inicialmente ter alguma dificuldade em relaxar. Com a prática conseguirá atingir níveis de relaxamento mais profundos;
- ✓ Quando for relaxar escolha uma posição confortável, sentado/a ou deitado/a;
- ✓ Quando terminar levante-se lentamente e tente manter o estado de relaxamento durante o máximo tempo possível.

Coloque-se numa posição confortável. Feche os seus olhos e respire lenta e profundamente, inspirando devagar, até encher os pulmões, e depois deixe que o ar se liberte.... Suavemente.... Lentamente.... Profundamente.... Aprecie a tranquilidade que acompanha este tipo de respiração... Tente esquecer tudo o resto e mantenha a atenção na sua respiração, que deve permanecer sempre lenta e profunda.

### **Braço direito**

“Foque a sua atenção nos músculos do seu bíceps, braço e mão direita. Contraia esses músculos, erguendo o braço à sua frente, dobrando o cotovelo num ângulo de 45 graus e fechando o punho.

Sinta a tensão na mão, braço e bíceps.

(manter a contração durante 15 segundos).

RELAXE....

Repare na diferença de sensações entre tensão e relaxamento...

Focalize as sensações nestes músculos à medida que eles vão ficando mais e mais relaxados....

(manter a descontração durante 30-40 segundos)

**Braço esquerdo:** (O mesmo que para o braço direito).

### **Face**

Foque agora a atenção para todos os músculos do seu rosto. Contraia esses músculos, levantando as sobrancelhas, trocando os olhos, franzindo o nariz, cerrando os dentes e puxando os cantos da boca para trás.

Sinta a tensão através de toda a área facial....

Repare como esta é desagradável....

(manter durante 15 segundos)

RELAXE...

Deixe toda a tensão sair... Repare no que se passa, à medida que os músculos vão ficando cada vez mais e mais relaxados... (manter durante 30-40 segundos).

### **Pescoço e garganta**

Foque agora a sua atenção nos músculos do pescoço e garganta. Contraia esses músculos, puxando o queixo para o peito, mas sem deixar tocar no peito.

Aprecie a tensão nesses músculos.

(manter durante 15 segundos)

RELAXE....

Repare como é a sensação, à medida que os músculos vão ficando mais e mais relaxados...

(manter durante 30-40 segundos)

A fim de descontrair os músculos do pescoço tente rodar agora muito lentamente a sua cabeça muito lentamente para um lado e para o outro. Sem pressa! Note o seu pescoço a descontrair gradualmente! Reconheça a diferença entre estar contraído e descontraído.”

### **Peito, ombros, parte superior das costas e abdómen**

Focalize-se agora nos músculos do peito, ombros, parte superior das costas e abdómen. Contraia esses músculos, inspirando bem no fundo, prendendo a respiração, puxando as omoplatas uma de encontro à outra, enquanto que, ao mesmo tempo, faz o estômago duro.

Sinta a tensão no peito, ombros, parte superior das costas e abdómen.

(manter durante 15 segundos)

RELAXE....

Descontraia-se... Repare como esses músculos estão agora comparando com anteriormente. Sinta a diferença de sensações à medida que vai ficando cada vez mais e mais relaxado/a.

(manter durante 30-40 segundos)

“A fim de descontrair os músculos do tórax tudo quanto vai procurar fazer é respirar lentamente... tão lentamente quanto lhe possa ser possível fazê-lo. À medida que se vai

sentindo mais relaxado/a vá dizendo para si mesmo: “sinto-me completamente descontraído/a. Sinto-me profundamente relaxado/a”.

### **Perna direita**

Foque agora a atenção para os músculos da sua coxa, barriga da perna e pé direito.

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

Sinta a tensão através da sua perna...

(manter durante 7 segundos)

RELAXE...

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

(manter durante 30-40 segundos)

### **7 – Perna esquerda:** (O mesmo que para a perna direita)

**Conclusão:** Agora que todo o seu corpo já está relaxado, percorra-o com o seu pensamento a fim de descontrair por completo qualquer músculo que tenha ainda contraído. Vá dizendo para si mesmo: “todo meu rosto está completamente relaxado... profundamente relaxado”. E se ainda encontrar algum músculo contraído fale com ele diretamente e diga-lhe: “Deixa-te descontrair... abandona-te”.

Continue a respirar sempre lenta e profundamente. Encha devagar todo o seu tórax e expire lentamente. Diga para si mesmo: “Sinto-me completamente descontraído/a .... relaxado/a”.

Prossiga a falar consigo: “O meu abdómen, as minhas coxas, pernas e pés estão completamente descontraídos”. Os músculos das mãos e braços estão também completamente relaxados... Deixe que eles continuem a relaxar... Os músculos da face e do pescoço... os músculos do peito, dos ombros, da parte superior das costas, do abdómen estão todos completamente descontraídos... E permita que eles se tornem ainda mais profundamente relaxados....

\* De forma a relaxar ainda mais concentre-se num lugar especial, que lhe traz paz, tranquilidade, boa disposição. Observe as cores, os cheiros, os sons... Este é o seu lugar seguro, especial, onde consegue libertar a tensão, enfrentar problemas, aceitar desafios.

Volte a este lugar especial sempre que for necessário (Mantenha-se neste lugar durante 60 a 80 segundos). Despedimo-nos deste lugar e voltamos para a sala.

Devagar e calmamente, prepare-se para um abandono suave deste exercício... em 4 passos:

4 – comece a mexer lentamente as suas pernas e pés

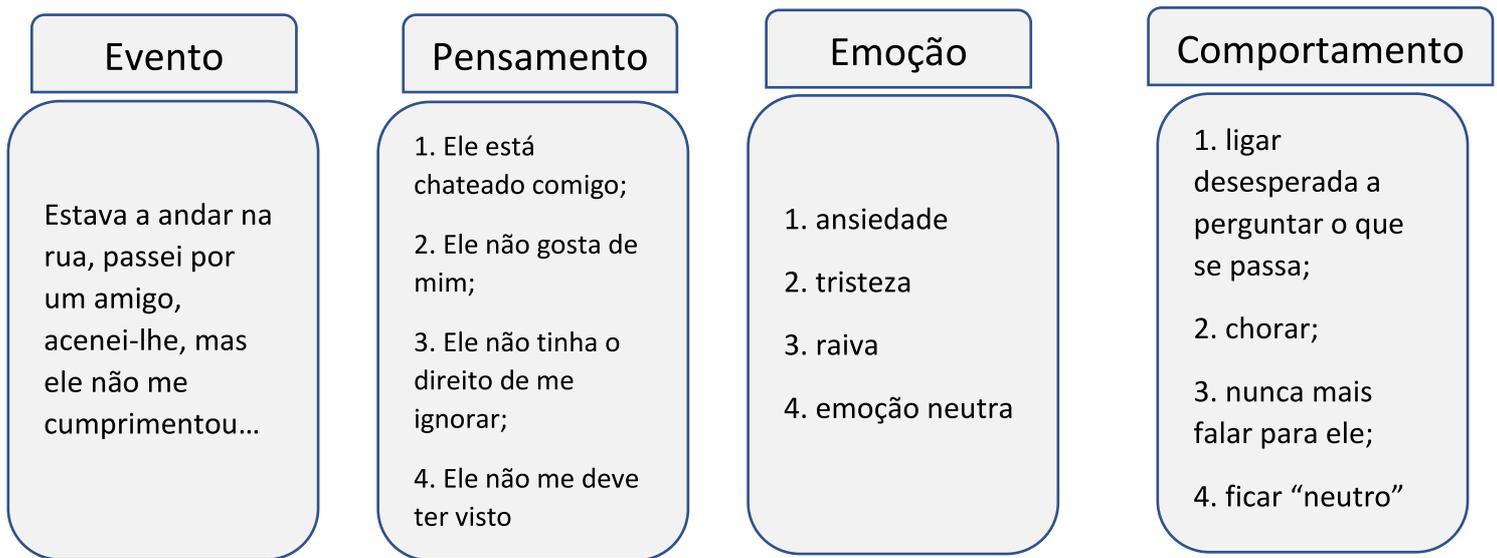
3 – lentamente mexa os braços e as mãos

2 – mexa lentamente a face e o pescoço

1 – devagar, pode abrir os olhos, como se acordasse sem pressas, de uma forma tranquila...

\* *Nota:* apenas realize esta parte quando já se sentir totalmente confortável com as sensações de relaxamento.

## Anexo XIV: Esquema explicativo emoção-pensamento-comportamento

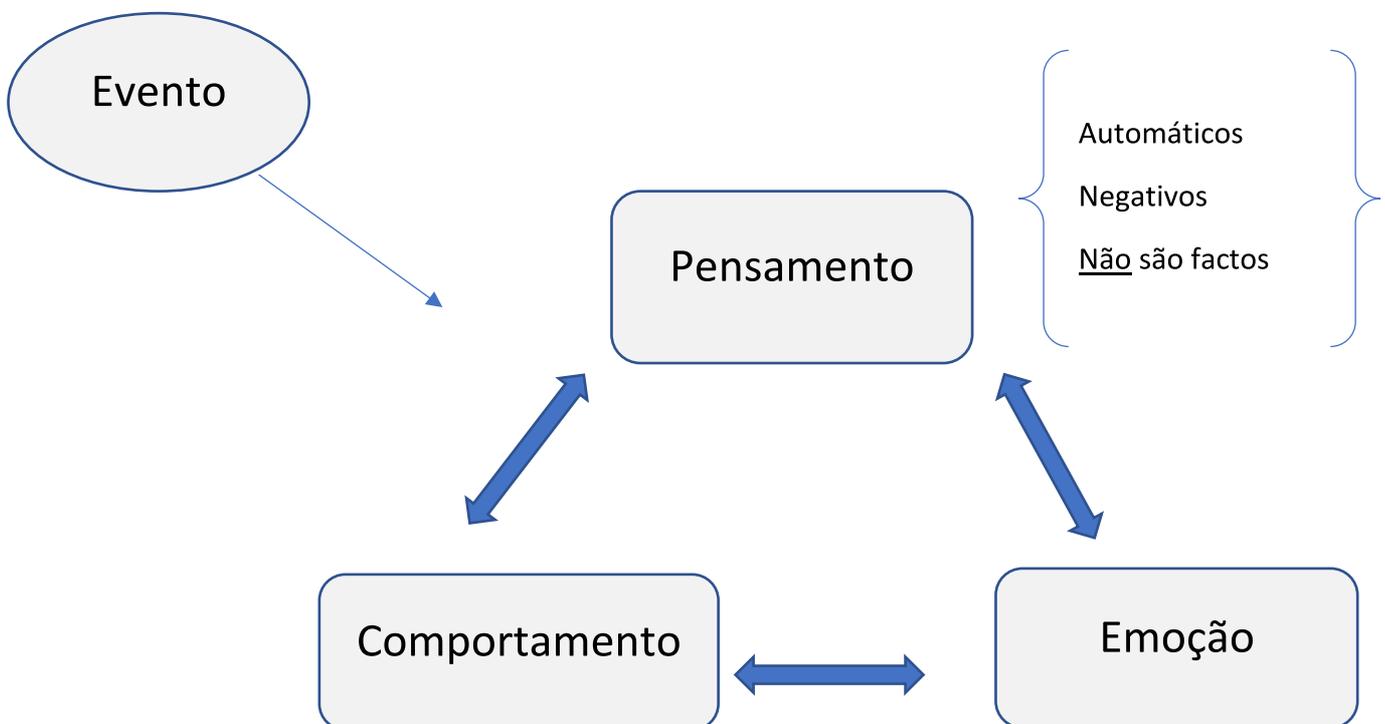


A forma como nós **pensamos** afeta a forma como nos **sentimos** e, conseqüentemente, afeta a forma como nós **agimos**

Então, o que muda de uma opção para a outra?...



A forma como a pessoa **interpreta** a situação





## Anexo XVI: Psicoeducação Depressão



# Depressão

A **depressão** é uma psicopatologia bastante frequente, mas que pode passar despercebida, uma vez que os seus sintomas podem ser atribuídos a outras causas (como doenças físicas ou *stress*). É importante perceber que todos podem sentir-se tristes, sozinhos, desanimados, mas que esses sentimentos duram pouco tempo e são reativos a algo. Na depressão estes sentimentos **interferem com as atividades do dia-a-dia**, estão associados a um **sofrimento intenso** e são de **longa duração**.



Perda de interesses em hobbies e atividades

Tristeza; ansiedade; pensamentos negativos

Insónia ou excesso de sono

Pensamentos ou tentativas de suicídio

Desanimo e/ou pessimismo

Perda ou excesso de apetite

Dificuldades em: lembrar coisas; concentrar-se;

Perda de autoconfiança; sentimento de inutilidade, culpa; irritação; fadiga por longo período



## Anexo XVII: Automonitoramento de Pensamentos Automáticos

Tal como já falado, sabemos que os pensamentos que temos leva ao surgimento de algumas emoções e depois a certos comportamentos. Escreva na tabela os pensamentos que teve, o que sentiu e depois o que comportamento que teve.

Por exemplo: pensar “vou reprovar no exame”, leva a sentir ansiedade (emoção) e então estuda-se mais (comportamento).

<b>Data</b>	<b>Evento/situação</b> O que aconteceu?	<b>Pensamentos</b> O que pensou exatamente? Como interpretou a situação? Grau de crença da emoção (0-100%)	<b>Emoções</b> O que sente? Sensações corporais? Grau de crença da emoção (0-100%)	<b>Comportamento</b> O que fez a seguir? O que aconteceu a seguir?

**Anexo XVIII: Folha de Registo de aspetos positivos e negativos na vida**

Aspetos <b>negativos</b> da sua vida	Aspetos <b>positivos</b> da sua vida

## Anexo XIX: Psicoeducação acerca a autoestima

# Autoestima

### ❖ O que é a autoestima?

- A autoestima são as atitudes que se tem face a nós mesmos, podendo desenvolver-se em função da autoavaliação que fazemos, mas também da forma como percebemos que os outros significativos nos consideram.



É então uma forma de pensar, sentir e agir que implica aceitação, respeito e confiança em si próprio/a.

#### Autoestima Baixa

Caracteriza-se por uma percepção negativa de si mesmo.

Pode ser expressa por pensamentos como “eu sou um fracasso”, “eu não sirvo para nada” ou por uma sensação de incapacidade ou menos valia.

Pode implicar humor negativo, baixo desempenho, incapacidade, delinquência, depressão e dificuldade na integração social.

#### Autoestima Elevada

Caracteriza-se por uma percepção positiva de si mesmo.

Leva a ter-se uma autoimagem otimista, a ser confiante e seguro de si mesmo.

Pode ser expressa através de pensamentos como “eu consigo”, “eu não sou nem menos nem mais do que os outros”.

Por norma associada à saúde mental, habilidades, competências sociais e bem-estar.

❖ Apesar da autoestima poder advir de vários fatores, nomeadamente alguns acontecimentos decorridos na infância...

- A autoestima tem que ser sempre algo que vem de dentro; mesmo que por vezes exista a tendência de preencher aquele “sentimento de vazio” que se possa sentir com algo exterior, esse comportamento apenas dá-nos um bem-estar temporário.

### ❖ Formas para construirmos a nossa autoestima:

Existem muitos caminhos para chegar à autoestima. Não é algo que se desenvolva de repente como o resultado de uma única decisão ou modificação no nosso comportamento.

A autoestima constrói-se gradualmente, através da vontade de trabalhar num certo número de áreas na nossa vida.

#### 1) Tome conta de si próprio:

A vontade e capacidade de tomar conta de nós próprios é essencial para a autoestima. Para alcançar uma autovalorização profunda e duradoura é necessário cuidar de si, educar-se e essencialmente AMAR-SE.

## 2) Desenvolva Apoio e Intimidade

Alguns dos nossos sentimentos de autovalorização podem estar relacionados com as relações pessoais que temos. Os outros não podem ser fonte exclusiva dos seus sentimentos de adequação e confiança, mas, por vezes, a sua aceitação, validação e respeito podem fortalecer a atitude positiva acerca de si próprio.

As relações que podem auxiliar na construção de autoestima implicam:

- Amizade (confiança, aceitação, apoio...)
- Intimidade (uma relação íntima saudável reforça a autoaceitação e confiança em si próprio)
- Limites (saber onde você acaba e a outra pessoa começa, não definir a sua identidade através de outra pessoa)
- Afirmção (ser assertivo pode aumentar sentimentos de autorespeito, dominando qualquer possibilidade para se aproveitarem de si.)

## 3) Outras formas

- Bem-estar físico e Imagem corporal: o gostarmos de nós não pode depender só do físico, mas gostarmos do que vemos quando nos olhamos para o espelho pode ajudar a aumentar a nossa autoestima. Isso, juntamente com o sentimento de bem-estar, pode ajudar a autoestima.
- Autoexpressão: expressar-se e familiarizar-se com as suas necessidades, ajuda a aumentar a autoestima.
- Autoinstruções: o que pensa e acredita sobre si influencia a autoestima (pensamentos positivos acerca de si podem ajudar no aumento da autoestima).
- Sentimento de Realização: a realização de objetivos pode aumentar sentimentos como os de orgulho próprio, o que pode auxiliar no aumento da autoestima.
- Não se comparar com os outros;
- Não generalizar as experiências;
- Confiar em si mesmo/a;
- Ser mais compassivo/a com seus erros;
- Ser sincero/a consigo;
- Começar a agradecer-se;
- Comemorar suas vitórias.

**Anexo XX: Automonitoramento de Pensamentos Automáticos vs Pensamentos Alternativos**

<b>Data</b>	<b>Evento/Situação</b>	<b>Pensamento automático</b>	<b>Emoção sentida</b>	<b>Evidências que apoiam o pensamento</b>	<b>Evidências que não apoiam o pensamento</b>	<b>Pensamento alternativo</b>	<b>Resultado</b>

## Anexo XXI: Psicoeducação: “Estilos de Comunicação”

### Formas de Comunicação

#### x. Passiva

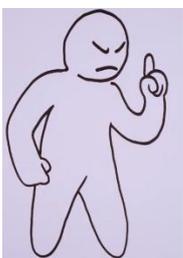


Caracteriza-se pela expressão de pensamentos, sentimentos e preferências de forma indireta ou mesmo pela ausência da expressão dos mesmos. Ao não expressar diretamente e de forma honesta as suas necessidades, o indivíduo falha na defesa dos seus direitos, o que pode levar com que os outros, facilmente, as ignorem.

As respostas passivas podem incluir: hesitações, evitamento de certos assuntos, ansiedade, frases longas e desconexas, justificações repetidas, muitos pedidos de desculpa, expressões de auto-depreciação e expressões que anulam as suas necessidades. O objetivo deste tipo de comunicação parece ser agradar aos outros e evitar conflitos.

A origem destas respostas parece estar essencialmente relacionado com: medo das consequências da expressão da sua opinião; dificuldade em aceitar os seus direitos; dificuldade em pensar de forma racional sobre si próprio; confundir assertividade com agressividade ou associar as respostas passivas a boa educação; crenças irracionais relacionadas com desvalorização pessoal (e.g., “A minha opinião não conta.”) e o poder dos outros (e.g., “Em situações de conflito é mais seguro não me manifestar.”).

#### x. Agressiva



A resposta agressiva caracteriza-se especialmente pelo facto de o indivíduo se centrar nos seus objetivos e, conseqüentemente, desvaloriza os interesses e os direitos dos outros. O indivíduo expressa as suas necessidades, opiniões e desejos de forma que pode ser reivindicativa, ameaçadora e mesmo insultuosa e hostil.

As respostas ditas agressivas incluem atos como: falar alto; interrupções e perguntas antes que o outro acabe de responder, excessiva utilização do “eu”, expressões de vanglória; expressão de opiniões como se fossem factos; pedidos em forma de instrução; sarcasmos; acusações e culpabilização do outro. Neste tipo de comunicação um objetivo principal é

então “ganhar” ao outro. As principais origens deste tipo de respostas são essencialmente crenças de superioridade, mas também de insegurança e medo.

### ✓ **Assertiva**



A resposta assertiva caracteriza-se pela defesa das nossas opiniões, mas sem nunca deixar de ter consideração pelo outro. O indivíduo expressa, então, as suas necessidades, desejos, opiniões, sentimentos e ideias de forma direta e adequada. Uma resposta assertiva permite atuar sem perder de vista os seus interesses, defender-se sem demasiada ansiedade, executar os seus direitos sem negar os direitos do outro e expressar, de forma honesta e confortável, os seus sentimentos.

As respostas assertivas incluem atos como: expressar diretamente os pensamentos e sentimentos; escutar o outro; elaborar questões objetivando ouvir e compreender as opiniões e ideias do outro (ex. “O que pensas sobre...”); frases curtas e diretas, iniciar as frases por “eu” (ex.: quando fazes isso, eu sinto-me...); distinguir factos e opiniões (e.g., “A minha opinião ...”) e, no caso de realizar sugestões ou críticas, estas serem construtivas, focadas na ação e não objetivadas para culpar o outro. Este tipo de resposta envolve então o conhecimento dos seus direitos e responsabilidades, mas também os direitos e responsabilidades do outro. Para além disso, é também importante estar sempre consciente das consequências que podem resultar da expressão da sua opinião.

Tem-se vindo a verificar que existe uma correlação positiva entre o tipo de comunicação assertivo e a autoestima. Ou seja, as pessoas que usam mais respostas assertivas do que os outros tipos de resposta, por norma, apresentam uma autoestima mais elevada. Crenças focadas no controlo e responsabilidade (ex: “Posso escolher como me comportar.”, “Posso aprender com os meus erros.”) são essenciais para a formulação de resposta assertivas e, assim, para a construção de uma autoestima elevada. Os indivíduos que por norma usam respostas assertivas tendem a sentir mais controlo sobre as suas vidas, a ter mais satisfação com os seus relacionamentos e a conseguirem alcançar mais facilmente os seus objetivos.

**“Tabela Resumo”:**

	<b>Passivo</b>	<b>Agressivo</b>	<b>Assertivo</b>
<b>Características do comportamento</b>	Não manifesta desejos, ideias e sentimentos ou expressa-os de forma auto-depreciativa  <b>Objetivo:</b> agradar	Expressa desejos, ideias e sentimentos “a custo” dos outros.  <b>Objetivo:</b> dominar	Expressa desejos, ideias e sentimentos de forma direta, respeitosa e adequada.  <b>Objetivo:</b> comunicar
<b>Sentimentos do indivíduo</b>	Ansioso, desapontado consigo próprio. Frequentemente fica revoltado e amargurado depois do ter comportamento.	Convencido da sua superioridade. Por vezes, pode ficar envergonhado depois do seu comportamento.	Confiante, sentimentos positivos acerca de si quer no momento do comportamento, quer após este ocorrer.
<b>Sentimentos do outro</b>	Irritação, pena, desagrado.	Revolta, desejo de vingança	Habitualmente, respeito.
<b>Efeito</b>	Não alcança objetivos desejados. Aumento de revolta, muitas vezes, em relação a si próprio.	Alcança os seus objetivos, mas frequentemente magoa os outros.	Frequentemente alcança os objetivos desejados, mas respeitando sempre a opinião do outro.
<b>Resultado final</b>	Evitamento de situações desagradáveis e/ou conflitos, tensão e confronto.	Descarga da revolta, sentimentos de superioridade.	Sentimentos positivos, respeito dos outros e de si. Aumento de autoconfiança. Promoção dos relacionamentos.



## **Anexo XXIII: Exemplo de técnica de Relaxamento Imagético**

“Campo de Margaridas”

Relaxe todo o seu corpo. Procure ficar à vontade, soltando a respiração livremente. Em seguida, visualize uma linda estrada. Relaxe. Deixe que seu pensamento esteja impregnado de paz e harmonia. Imagine-se a caminhar por essa estrada que a levará a um campo florido, repleto de margaridas. Visualize toda a área e veja cada detalhe das pétalas, do caule, das folhas e das raízes. Observe os tons de cores existentes, o seu formato, o movimento e o som do vento. Relaxe. Veja agora o que essa paisagem transmite, a energia, o sentimento, as lembranças que a visão lhe traz. Relaxe.

Deixe que todas as associações de ideias e lembranças surjam tranquilamente. Liberte a sua imaginação, permite-se estar em processo de expansão e criatividade. Veja-se a passear entre as margaridas e, ao mesmo tempo, observe o vento. Sinta a harmonia. Relaxe. Procure o sentimento de equilíbrio. Observe que a terra também faz esse movimento, ao permitir o crescimento das margaridas.

Visualize a ligação entre a terra e os pés das margaridas, a força e o vigor que vem da terra, a frescura que vem do vento. Relaxe. Sinta o calor fortalecedor que advém dos raios de sol. Relaxe. Aproveite este momento para libertar todas as tensões e armazenar as energias revigoradas. Relaxe. Agora, tente visualizar uma luz amarela e brilhante que a fortalece e, assim, a ajuda a retornar do relaxamento em paz, relaxada. Lentamente, prepara-se para voltar do relaxamento. Comece a sentir mais o seu corpo. Mantenha-se relaxado. Procure levar consigo o que percebeu nesta experiência.

