



**CESPU**  
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO  
DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

# RELATÓRIO DE ESTÁGIO

*Flora Figueiredo da Costa*

**Relatório de Estágio** conducente ao **Grau de Mestre em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia**

—

Gandra, **fevereiro de 2023**

**Flora Figueiredo da Costa**

**Relatório de Estágio** conducente ao **Grau de Mestre em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia**

**Relatório de Estágio**

Trabalho realizado sob a Orientação de  
**Professora Doutora Joana Soares**

## **DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE**

Eu, Flora Figueiredo da Costa, 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**

Em primeiro lugar e acima de tudo, aos meus pais. Pela oportunidade, pela coragem, pela força, pelo apoio, pelos valores que sempre me transmitiram, pela educação, por estarem presentes em tudo, nos bons e maus momentos, por acreditarem sempre em mim, por nunca me terem deixado desistir, por caírem e levantarem comigo. Por nunca terem desistido de nada ao longo destes 5 anos, mesmo quando tudo parecia não ter solução, mesmo quando me viam a desistir neste último. Por serem o maior e melhor exemplo de amor, carinho, força, determinação, coragem e tantas outras coisas. Obrigada por serem os melhores pais do mundo. É a vocês a quem devo tudo.

Aos meus avós. Por me apoiarem sempre. Por acreditarem em mim, pelo apoio e coragem que sempre me deram. Por lutarem dia após dia para continuarem aqui, comigo, connosco.

A toda a minha família, por todo o apoio.

À Professora Doutora Joana Soares. Do fundo do meu coração. Por tudo. Por me ter ouvido, muito antes de iniciarmos este ano de estágio. Por me ter compreendido e me ter dado a mão. Por não me ter deixado desistir nunca, mesmo quando tudo corria mal. Por todo o apoio, força, coragem, acompanhamento, preocupação, tempo disponibilizado, pelas partilhas únicas que me ajudaram tanto, pelas palavras que sempre me incentivaram e me levaram a conquistar tantas coisas. Por todo o profissionalismo e por toda a confiança que depositou em mim. Um grande obrigado por ter sido mais que uma orientadora.

À Doutora M. Obrigado por tudo e por tanto. Pelo profissionalismo, pela orientação fantástica que sempre me prestou em todos os momentos. Pela dedicação total, pela compreensão, pelo apoio, pela coragem, pelo carinho com que abraçou sempre cada atividade, pelo rigor e pela exigência que me fizeram crescer tanto. Por tudo o que me proporcionou, todas as experiências e partilhas. Por me ter ensinado que eu era capaz, por nunca me ter deixado desistir ou baixar os braços. Obrigado por ter sempre acreditado em mim.

À Professora Doutora Maria dos Prazeres. Por ter acreditado sempre em mim. Por tudo o que fez por mim e por nunca ter duvidado que eu era capaz. Por estar sempre

disponível, em qualquer momento. Por me ter apoiado sempre. Por todas as palavras de força. Obrigada.

À Maria, a minha colega de estágio. Mais que colega, a minha amiga Maria. Obrigado por todo este ano. Pela amiga que és, pela compreensão, pelo trabalho em conjunto, por todos os momentos difíceis em que nunca me deixaste desistir e por todos os momentos em que nos agarramos uma à outra para irmos em frente. Obrigada pelas horas e horas que passamos juntas, onde não só trabalhávamos, mas também ríamos e chorávamos. Obrigada por nunca me teres deixado cair, por nunca me teres largado a mão. Obrigada por me ajudares e por termos lutado sempre juntas. Fomos a força uma da outra, ambas sabemos disso. Só as duas sabemos como todo este ano foi. Obrigada por o termos partilhado juntas. Não podia ter sido de outra forma. Obrigada, de coração.

À minha Inês. Por tudo. Por me ouvir sempre. Por me ajudar sempre. Por nunca, nunca, nunca me deixar cair ou desistir. Pelas palavras certas nos momentos em que eu mais precisava. Pelas lágrimas e pelas gargalhadas. Por estar ao meu lado em tudo, mesmo longe. Por ser sempre ela, da maneira especial que a torna única. Obrigada.

Ao Nelo, à Bruna e ao Sá. Por tudo. Por me ouvirem a reclamar e mesmo assim se manterem ao meu lado. Por me acalmarem e ajudarem a chegar ao fim sem nunca ter baixado os braços. Obrigada por serem quem são.

A todos os profissionais de saúde do Hospital com que me cruzei. Obrigada pelas experiências e pelo profissionalismo que sempre demonstraram.

A todas as pessoas que estiveram ao meu lado neste último ano tão difícil da minha vida. Obrigada pela paciência que tiveram comigo, pelos momentos maravilhosos, por me ouvirem e entenderem, por me darem sempre força e me agarrarem de volta quando eu estava a cair. Obrigada a todos. Vocês sabem.

Por último, a ti. Que estás aí em cima a tomar conta de mim, sempre. Obrigada por estares comigo em todos os momentos da minha vida, por me guiares pelo melhor caminho. Por nunca me abandonares, por não me deixares desistir de nada, por me ouvires sempre e nunca me falhares e, acima de tudo, por olhares por todos nós aqui. Estás sempre comigo.

## Índice

Agradecimentos .....	1
Índice de Tabelas .....	4
Lista de Anexos .....	5
Lista de abreviaturas .....	6
Introdução .....	7
Caracterização do Local de Estágio .....	8
O Hospital .....	8
Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental .....	8
A Psicologia Clínica e da Saúde e o Papel do Psicólogo em Contexto Hospitalar .....	9
Descrição das Atividades de Estágio .....	11
Reuniões de Orientação: .....	11
Reuniões de Supervisão: .....	12
Reuniões do Serviço e de Equipas Multidisciplinares: .....	12
Observação Participante da Consulta de Psicologia no DPSM:.....	13
Consultas Realizadas Durante o Estágio Curricular .....	14
Avaliação Neuropsicológica.....	14
Consultas Infantojuvenis .....	16
Grupo de Intervenção Terapêutica .....	17
Grupo Psicoeducativo e de Autoajuda no Luto – “Laços Eternos” .....	18
Projeto de Investigação do Grupo de Intervenção Terapêutica .....	19
Formações Realizadas .....	20
Formações Recebidas.....	21
Material Informativo das Equipas para a Prevenção da Violência em Adultos (EPVA) .....	23
Aula para os Colegas de 3º ano de Licenciatura .....	23
Estudo de Caso: Paciente André .....	24
Estudo de Caso: Paciente Bruna.....	38
Reflexão Final .....	47
Bibliografia.....	50

## Índice de Tabelas

**Tabela 1:** Resultados da Escala *Addenbrooke's Cognitive Examination – ACE III*

**Tabela 2:** Resultados da Escala de Inteligência de Wechsler para adultos

**Tabela 3:** Resultados da *Escala de Memória de Wechsler*

## **Lista de Anexos**

**Anexo 1** – Plano de Atividades Realizadas em Estágio

**Anexo 2** – Consultas Realizadas durante o estágio

**Anexo 3** – Exemplo de Notas Clínicas

**Anexo 4** – Material Informativo Para Consultas Infantojuvenis

**Anexo 5** – Diploma de Bom Comportamento para Crianças

**Anexo 6** – Póster da “Avaliação da Eficácia de uma Intervenção Psicológica em Grupo Psicoeducativo e de Apoio no Processo de Luto em Familiares Cuidadores Informais de Doentes em Cuidados Paliativos”

**Anexo 7** – Apresentação da Formação “Avaliação dos Riscos Psicossociais em Contextos de Saúde e o Contributo do Psicólogo”

**Anexo 8** – Panfletos Informativos da Formação “Avaliação dos Riscos Psicossociais em Contextos de Saúde e o Contributo do Psicólogo”

**Anexo 9** – Material Informativo da EPVA

**Anexo 10** – Apresentação para colegas do 3º ano de Licenciatura

**Anexo 11** – Material e Atividades do Paciente André

## **Lista de abreviaturas**

**IUCS** – Instituto Universitário Ciências da Saúde

**EPE** - Entidade Pública Empresarial

**PMA** - Centro de Procriação Medicamente Assistida

**CP** - Cuidados Paliativos

**DSL** - Doenças de Sobrecarga do Lisossoma

**DPSM** - Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental

**PHDA** - Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção

**ELA** - Esclerose Lateral Amiotrófica

**EPVA** - Equipas para a Prevenção da Violência em Adultos

**ARS** – Administração Regional de Saúde

**DGS** – Direção Geral de Saúde

**TCE** - Traumatismo cranioencefálico

**CRI** - Centro Respostas Integradas

**DSM-V** - Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5.ª edição

**TCC** - Terapia Cognitivo Comportamental

## **Introdução**

Início este documento por expressar aquilo que foi para mim, todo este ano de estágio. Entrei com grandes expectativas e, confesso que foram superadas pois finalmente tive contacto com a prática clínica, depois de 4 anos maioritariamente teóricos. Confesso que foi um ano difícil, com várias inseguranças, medos e inquietações, mas acima de tudo, um ano de aprendizagens, desafios, dedicação, esforço, rigor, superação para comigo própria e, além de tudo, foi um ano que me levou a acreditar mais em mim e a ganhar confiança no meu trabalho.

O presente relatório de estágio tem como grande objetivo a descrição detalhada do estágio curricular efetuado. Este foi realizado no âmbito do Mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia, do Instituto Universitário de Ciências da Saúde. Teve lugar num Hospital do Norte do País, na Unidade de Psicologia do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental.

Supervisionado pela Professora Doutora Joana Soares (Docente do IUCS) e, no local, orientado pela Doutora M. (Psicóloga Clínica do Hospital), iniciado a 11 de outubro de 2021 com término a 2 de agosto de 2022. Ao longo de todo o estágio, os horários foram sendo adaptados de acordo com as atividades realizadas.

O documento está dividido em dois capítulos: o primeiro refere-se à caracterização do local e do papel do psicólogo na mesma. O segundo centra-se na descrição das atividades realizadas ao longo do ano e a importância das mesmas para o meu percurso profissional, desde a observação participante à realização de acompanhamentos psicológicos individuais, destacando a apresentação de dois estudos de caso, onde farei a sua descrição, concetualização e conclusão, tendo sido casos bastante desafiantes.

## **Caracterização do Local de Estágio**

### **O Hospital**

O local onde realizei o meu estágio foi num Hospital do Norte do país. Esta instituição foi fundada no final do século XVI. No ano de 2005, este foi qualificado como Entidade Pública Empresarial (EPE).

A área de influência direta do Hospital engloba cerca de oito concelhos vizinhos, contando com a assistência de 1700 profissionais, que se dedicam ao cuidado de cerca de 350 mil indivíduos.

Esta instituição é constituída por três edifícios, nomeadamente o edifício principal, do qual fazem parte a Consulta Externa I, o Internamento, o Serviço de Urgência, a Farmácia de Ambulatório e o Centro de Procriação Medicamente Assistida (PMA); um outro edifício constituído pela Consulta Externa II, Fisiatria, Unidade de Dor, Cuidados Paliativos (CP) e a Psiquiatria e Saúde Mental; o último e mais recente edifício contém a Consulta Externa III e o Hospital de Dia. Este Hospital tem como função realizar o Diagnóstico, o Tratamento e a Reabilitação dos doentes, prestando-lhes sempre os melhores cuidados de saúde, com o máximo nível de competência, rigor e excelência, respeitando sempre o princípio da humanização. Existem ainda um conjunto de atividades de Ensino e Investigação neste Hospital, assim como a fomentação da formação pré e pós-graduada.

### **Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental**

O Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental (DPSM) deste Hospital, foi inaugurado em outubro de 2003, apesar de a prestação dos serviços já decorrer desde 2000, através da Consulta Externa. Este serviço é constituído por uma equipa multidisciplinar, composta por nove Psiquiatras e quatro internos de especialidade, sendo um deles Diretor do Serviço, cinco Pedopsiquiatras, cinco Psicólogos residentes, um deles coordenador da Unidade de Psicologia, e três do estágio da Ordem dos Psicólogos Portugueses, uma equipa de enfermagem constituída por 14 enfermeiros, Assistentes operacionais, Administrativos e Assistentes do Serviço Social.

Com o intuito de responder às solicitações dos utentes, este departamento dispõe de várias consultas de diferentes especialidades, sendo o serviço de Psiquiatria composto por: clínica de casal, intervenção em crise, intervenção neuropsicológica, psicoterapia individual/familiar/grupo, terapêutica de reabilitação ou desintoxicação, terapia ocupacional, tratamento de perturbações cognitivas e visita domiciliária. O serviço de Psicologia Clínica engloba: Apoio na Procriação Médica Assistida, Consulta e seguimento em Neuropsicologia, Adolescência, Dor Crónica, Saúde Mental Infantil/Juvenil, Oncologia, Saúde Ocupacional, Intervenção em Crise, Psicologia de Casal/família, Cirurgia Bariátrica, Tratamento da Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção (PHDA) e visita domiciliária. O serviço de Pedopsiquiatria consiste em: consultas de crise, consulta de primeira infância (avaliação, intervenção e acompanhamento), equipa multidisciplinar para avaliação e intervenção na PHDA e alterações do comportamento e Terapia Familiar.

Neste sentido, são recebidos neste departamento utentes com vários tipos de patologias mentais e de diferentes faixas etárias, que vão da primeira infância à terceira idade.

Existe ainda uma área de internamento para pacientes com perturbações mentais graves, com uma capacidade máxima de doze utentes. Estes são acompanhados na consulta interna e externa, assim como pelo hospital de dia, ao qual se associa o programa de prevenção de recaídas para estes utentes, com suporte domiciliário semanal.

No DPSM existe uma vertente direcionada tanto para o ensino como para a investigação, que permite a aprendizagem e o trabalho multidisciplinar pelos profissionais de saúde e respetivos estagiários.

## **A Psicologia Clínica e da Saúde e o Papel do Psicólogo em Contexto Hospitalar**

A psicologia clínica inclui a ciência, a teoria e a prática para compreender, prevenir e aliviar o desajustamento, a incapacidade e o desconforto, assim como também para promover a adaptação humana, o ajustamento e o desenvolvimento humano. Esta foca-

se nos aspetos do funcionamento humano ao longo da vida, a nível intelectual, emocional, biológico, psicológico, social e comportamental (Patrícia, 2021).

A psicologia da saúde consiste na aplicação dos conhecimentos e técnicas psicológicas à saúde, doença e cuidados de saúde (Marks et. al., 2000; Ogden, 2000). Esta estuda o papel da psicologia como ciência e profissão nos domínios da saúde, doença e da própria prestação dos cuidados de saúde, focando-se nas experiências, comportamentos e interações. A psicologia da saúde tem como grande objetivo compreender como se pode contribuir, através de intervenções psicológicas, para a melhoria do bem-estar dos indivíduos e das comunidades (Teixeira, 2004). Assim, compreendemos que a Psicologia Clínica tem como grande objetivo estudar a saúde e as doenças mentais, ao contrário da Psicologia da Saúde que estuda a promoção da saúde e a prevenção da doença.

A Psicologia Clínica e da Saúde consiste na aplicação de métodos e conhecimentos de todos os campos práticos da Psicologia, para a promoção e manutenção da saúde física e mental de um indivíduo, e na prevenção, avaliação e tratamento de perturbações físicas ou mentais (Ribeiro & Leal, 1996), considerando os fatores biológicos, comportamentais e sociais dos indivíduos, que podem auxiliar neste processo (Castro & Bornholdt, 2004, Ribeiro & Leal, 1996, APA, 2014). A Psicologia Clínica e da Saúde tem como grande objetivo compreender como é que os fatores biológicos, comportamentais e sociais influenciam na doença e na saúde dos indivíduos, visando a promoção da saúde e prevenção da doença (APA, 2008).

Os hospitais são locais que causam bastante tensão, medos e incertezas nos indivíduos. Todo o tipo de doença é uma causa de bastante sofrimento, que pode mudar significativamente a vida de um indivíduo. Neste sentido, a atuação de um psicólogo torna-se indispensável em contexto hospitalar, uma vez que o impacto de doenças diagnosticadas, assim como da hospitalização pode alterar o modo de viver quer do paciente, quer da família.

Para Barros (2003), a presença de uma doença física provoca no indivíduo impactos emocionais, que poderão ter implicações nas suas rotinas e na das pessoas que o rodeiam. Assim, é essencial a presença de um psicólogo uma vez que promove a comunicação entre a equipa médica, o paciente e a família, com o objetivo de auxiliar

na procura de recursos no processo de adaptação à nova realidade, assim como prevenção da saúde mental. Lazzaretti (2007), refere que um psicólogo em contexto hospitalar deve realizar um diagnóstico, formular e aplicar protocolos durante a hospitalização e/ou ambulatório, realizar interconsultas, intervir de modo psicoterapêutico quer a nível individual, quer em grupo, orientar as famílias e a equipa médica. O psicólogo pode ainda realizar acompanhamentos durante o processo de luto de familiares de indivíduos hospitalizados, atendimentos a famílias de indivíduos em cuidados paliativos, etc.

Assim, o papel do Psicólogo e o seu trabalho contribuiu para a melhoria do bem-estar psicológico e da qualidade de vida dos indivíduos, assim como para a diminuição de internamentos hospitalares, menor uso de fármacos e uma utilização adequada dos serviços de saúde (APA, 2001).

No DPSM do Hospital onde estagiei, o Psicólogo está integrado numa equipa interdisciplinar e multidisciplinar de atendimento aos doentes, assumindo vários papéis, como de Clínico, Neuropsicólogo, Formador e Investigador.

## **Descrição das Atividades de Estágio**

O estágio curricular teve início no dia 11 de outubro de 2021. Durante o ano foram realizadas várias atividades: observação participante, realização de consultas, reuniões de supervisão e orientação, reuniões de serviço do DPSM, formações e atividades formativas (Anexo 1). Neste sentido, de seguida é feita uma descrição pormenorizada das atividades.

### **Reuniões de Orientação:**

O meu estágio teve como orientadora local a Doutora M., psicóloga clínica da Unidade de Psicologia do Hospital.

Ao longo de todo o estágio foram realizadas reuniões de orientação com frequência semanal, exceto em momentos de férias.

Estas reuniões serviam de orientação nas atividades clínicas programadas, prestando sempre auxílio às dúvidas que foram surgindo. Ao longo das reuniões foram

discutidos os casos clínicos que nos iam sendo atribuídos, apresentação das notas clínicas (Anexo 3), discussão e melhoria das mesmas, apresentação e discussão de relatórios de avaliação, preparação da formação em serviço assim como o planeamento da intervenção em grupo.

Estas reuniões semanais e todo este acompanhamento foi sempre muito importante, uma vez que eram nas mesmas, que havia a oportunidade de partilhar dúvidas e receber um feedback semanal e um acompanhamento na programação de todas as atividades, não só ao nível de conhecimentos psicológicos, mas também de novas oportunidades de crescimento e aprendizagem profissional.

Saliento também a importância do profissionalismo, dedicação, atenção, cuidado e compreensão, sempre demonstrados por parte da orientadora, tendo sido bastante importante para a realização de todas as atividades propostas.

### **Reuniões de Supervisão:**

As reuniões de supervisão, orientadas pela Prof. Dra. Joana Soares, foram realizadas via online, com a presença da colega estagiária do Hospital, ao longo do período de estágio e sempre que surgiam dúvidas.

Neste sentido, nestas reuniões existia espaço para esclarecimento de dúvidas, apoio nos casos clínicos atribuídos, disponibilização de materiais, partilha e discussão de ideias e experiências.

Recordo que, estas reuniões serviam também de um espaço e momento de desabafo, partilha de inseguranças, medos e incertezas, sempre que estes surgiam. A dedicação, a atenção, a compreensão e o carinho sempre demonstrados por parte da supervisora, proporcionaram, muitas vezes, a coragem e a força, que por vezes faltavam, para a realização das atividades de forma segura.

### **Reuniões do Serviço e de Equipas Multidisciplinares:**

Ao longo de todo o estágio, foi-me permitida a participação numa das reuniões do Serviço de Psicologia. Estas contavam com a presença de todos os psicólogos do

departamento e tinham como objetivos a discussão de alguns casos clínicos e questões relativas ao funcionamento e à organização da unidade.

Tive ainda a oportunidade de participar em reuniões de equipas multidisciplinares, como a Equipa de Suporte em Cuidados Paliativos, a Equipa da ELA e a Equipa da Dor. Estas reuniões tinham como objetivo a discussão e o encaminhamento de alguns casos clínicos, casos estes mais pertinentes e/ou graves.

### **Observação Participante da Consulta de Psicologia no DPSM:**

No início do estágio, foi-me dada a oportunidade de observar as consultas de Psicologia Clínica desenvolvida por quatro Psicólogos da unidade, que realizam a sua prática clínica em diferentes áreas.

Este período de observação foi bastante importante para mim. Observar e testemunhar todos os procedimentos práticos subjacentes à clínica psicológica, foi sendo dúvida uma fonte de aprendizagem e de acumulação de estratégias possíveis de serem implementadas nas minhas consultas individuais.

Durante o período de observação, foi possível contactar com uma população muito diversificada, quer seja pelas características sociodemográficas, como pela faixa etária, sexo e diferenciação psicológica, o que foi muito bom para conhecer e aprender como lidar com diferentes utentes e personalidades, identificando e aprendendo as estratégias utilizadas em contexto de consulta, adquirindo novas competências de avaliação e intervenção. Esta observação participante ocorreu também em consultas realizadas ao domicílio onde, semanalmente, os utentes recebem visitas de diferentes profissionais: enfermagem, psiquiatria, psicologia e assistência social.

Foi ainda possível observar o acompanhamento ao internamento de CP e ao internamento de Psiquiatria.

Todo este processo de observação foi diferenciador e determinante para a minha aprendizagem, já que me proporcionou um processo de adaptação ao meio hospitalar e ao funcionamento do departamento, possibilitando um primeiro contacto com a prática clínica, aprimorando assim competências ao nível da avaliação e intervenção psicológica.

## **Consultas Realizadas Durante o Estágio Curricular**

Após o período da observação participante foram-me atribuídos alguns casos clínicos para iniciar a avaliação e intervenção psicológica, sendo o encaminhamento realizado pelos Psicólogos da instituição, tendo como critérios de seleção a urgência do pedido e o tempo prolongado em lista de espera. Neste sentido, as consultadas realizadas (Anexo 2), foram maioritariamente de Luto. Contudo, foram ainda realizadas algumas consultas de Neuropsicologia e Infantojuvenis.

Numa primeira fase foi elaborado um plano terapêutico com base na vertente da avaliação e respetiva intervenção/reabilitação. As consultas foram iniciadas pela avaliação psicológica, privilegiando a utilização do método de entrevista clínica, recolhendo informações. Esta técnica permite a observação de incongruências entre linguagem verbal e não-verbal, contacto ocular, postura do paciente, silêncios durante a consulta, dados biopsicossociais, história familiar e antecedentes médicos e/ou psicológicos (Araújo, 2007).

A utilização de alguns instrumentos psicométricos surgiu para a avaliação do desenvolvimento de alguns pacientes, assim como para o esclarecimento de dúvidas que iam surgindo face ao estado cognitivo e mental dos mesmos.

## **Avaliação Neuropsicológica**

Considera-se a Neuropsicologia uma disciplina científica, que estuda as relações do cérebro e as funções cognitivas (Rodrigues, 1993). Esta, é uma ciência que procura estabelecer uma relação entre os processos mentais e o funcionamento cerebral, utilizando conhecimentos das neurociências e da psicologia (Seron, 1982).

A Neuropsicologia dedica-se também ao estudo da compreensão das relações cérebro-comportamento e a aplicação desse conhecimento nas problemáticas apresentadas pelos indivíduos (APA, 2010). Assim, uma intervenção neuropsicológica contempla o processo de avaliação e reabilitação.

A avaliação neuropsicológica é um processo inter-relacional e relacional complexo que leva o neuropsicólogo a uma procura de informações contextualizadas acerca das características do paciente e dos problemas com que este se confronta, acabando por recorrer a alguns instrumentos psicológicos, o que permite a identificação de dificuldades neurocognitivas e emocionais (Caldas, 2019). Esta avaliação tem como grande objetivo a elaboração de um plano de intervenção adequado ao problema do paciente. Neste sentido, a reabilitação neuropsicológica consiste num plano de tratamento, com o objetivo de recuperar a função cognitiva perdida ou adaptar o paciente aos défices adquiridos (Geraldi et al., 2012).

No DPSM do Hospital, existem consultas de Neuropsicologia Clínica, que resultam maioritariamente de pedidos de colaboração de Neurologia. Estes pedidos pretendem que se realize com o paciente uma avaliação neuropsicológica geral ou de domínios cognitivos específicos, com a finalidade de confirmar hipóteses de diagnóstico já estabelecidos com base em queixas ou patologias apresentadas pelo paciente.

Assim, ao longo do meu estágio foram-me atribuídos dois casos de neuropsicologia, que me proporcionaram a oportunidade de realizar avaliações. Em ambos os casos houve um acompanhamento semanal, onde foram sempre feitos registos das consultas realizadas, com o objetivo da elaboração de um relatório final, com conclusões diagnósticas, indicações terapêuticas e, caso necessário, um plano de reabilitação. O primeiro caso teve como objetivo compreender a situação atual da paciente, uma vez que já tinha sido feito o pedido de avaliação à cerca de um ano atrás. Foi realizada uma avaliação ao qual se concluiu não existir necessidade de qualquer tipo de reabilitação. Já o segundo caso, que será apresentado com mais detalhe neste documento, foi um caso mais complexo, onde foi realizada uma avaliação neuropsicológica com um diagnóstico para a realização de reabilitação de algumas funções cognitivas.

As principais dificuldades que senti com estes casos relacionam-se com a questão dos instrumentos a utilizar e, acima de tudo, a incerteza de um diagnóstico, visto que existe uma grande diversidade de patologias e se errarmos o diagnóstico não conseguimos estabelecer um plano de reabilitação correto. Contudo, assumo que ambos os casos foram experiências únicas e desafiantes para mim, levando a que

suscitasse em mim um grande interesse e curiosidade pela neuropsicologia e a reabilitação.

## **Consultas Infantojuvenis**

A infância é uma fase de desenvolvimento muito estudada pela psicologia, uma vez que é nos primeiros anos de vida do ser humano que se observam infindáveis mudanças com imensa rapidez, durante todo o desenvolvimento, sendo nesta altura que a criança/adolescente constrói a base da sua personalidade. É na adolescência que surgem imensas dúvidas que podem despertar angústias, problemas de autoestima, inseguranças, dificuldades de socialização e de tomada de decisões, podendo resultar em confusão para os adolescentes.

Todas as crianças, ao longo do seu crescimento e desenvolvimento vão adquirindo diversas competências na área emocional, motora, social, cognitiva e educacional. Assim, a psicologia Infantojuvenil tem como grande objetivo o estudo do funcionamento do ser humano desde a etapa pré-natal até à adolescência, ajudando a criança/adolescente na perceção daquilo que está a vivenciar, fornecendo estratégias que promovem a saúde mental.

Foi-me dada a oportunidade de conhecer e trabalhar no mundo das crianças, que confesso ser uma faixa etária bastante exigente e desafiante.

No DPSM, estas consultas estão divididas em consultas de Intervenção em Crise, Infância e Adolescência, Perturbações de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA) e avaliações psicométricas. Estas consultas têm como objetivo compreender as necessidades destes pacientes, segundo o contexto em que estão inseridos, ou seja, o contexto familiar, escolar e social, tendo como intervenientes os próprios, as famílias, escolas e instituições de apoio.

Foram-me atribuídos três casos, encaminhados pelo Serviço de Neonatologia e Pediatria de Desenvolvimento para uma avaliação psicométrica, com recurso às provas Griffiths e WISC-III. Este processo foi dividido em três fases: recolha de informação biopsicossocial, avaliação psicológica e devolução dos resultados sendo que, na devolução dos resultados foi utilizada a psicoeducação, com ensino reforçado através de material informativo em papel (Anexo 4). Este material foi entregue às crianças e aos

pais, com ênfase na promoção de práticas educativas/disciplinares adaptativas face ao diagnóstico. Foi ainda entregue às crianças um diploma de bom comportamento ao longo das consultas (Anexo 5).

Estas avaliações permitiram-me compreender que a administração destas provas exige bastante atenção e tempo, uma vez que as crianças acabam por ter comportamentos mais agitados, distraem-se com mais regularidade e, algumas vezes, não conseguem fazer a prova até ao fim. Assim, para mim, estas consultas foram um enorme desafio, com destaque na aplicação da prova da Griffiths, uma vez que a paciente era bastante mais nova, tornando-se necessário ativar outras estratégias de interação no sentido do estabelecimento de uma relação terapêutica adequada.

## **Grupo de Intervenção Terapêutica**

No início do estágio foi proposto a realização de um grupo terapêutico no âmbito do Luto, uma vez que a lista de pacientes em espera para este tipo de intervenção era grande, dado que o contexto pandémico exigiu um cancelamento total das consultas pela necessidade do distanciamento social.

Segundo Rogers (2002), a terapia em grupo proporciona nos pacientes um crescimento pessoal e um desenvolvimento da comunicação e das relações interpessoais. As intervenções em grupo apresentam assim várias vantagens para os pacientes, nomeadamente, a criação de uma rede de suporte entre todos os elementos do grupo, uma vez que estes dão e recebem apoio, ajudando-se mutuamente a lidar com os problemas. Ouvir e falar dos mesmos problemas ajuda a que cada paciente entenda que não é o único a passar por aquela situação e que não está sozinho, acabando muitas vezes por reduzir sentimentos de solidão, assim como ouvir outras pessoas poderá oferecer novas estratégias para se lidar com um problema (Pinto, 2016).

Desta forma, e tendo em conta as vastas listas de espera típicas do contexto hospitalar, estas intervenções acabam por ser uma mais valia, dando a possibilidade de se intervir ao mesmo tempo, num elevado número de utentes. Neste sentido, é oferecido aos pacientes um espaço seguro de modo a promover a sua expressão e validação emocional.

## **Grupo Psicoeducativo e de Autoajuda no Luto – “Laços Eternos”**

A morte de alguém que nos é querido é sempre um acontecimento doloroso e significativo, podendo apresentar mudanças relevantes a nível físico, psicológico, comportamental, espiritual e sociocultural da pessoa que o vivencia.

A perda de alguém leva-nos a um sofrimento indescritível, representando uma ocorrência indesejada, privando-nos de algo ou alguém. Esta perda, pode influenciar a dinâmica da família, pois os membros da mesma vêm-se obrigados a reorganizar-se e redefinir papéis. Desta forma, podemos dizer que sempre que alguém passa por uma perda, vive um período de luto (Szalita, 2015).

O luto é um fenómeno natural e não patológico que se manifesta num longo processo de mudança e adaptação a uma nova vida sem a pessoa falecida, que afeta o individuo fisicamente, emocionalmente, espiritualmente, relacionalmente e socialmente (Worden, 1999).

Assim, o grupo “Laços Eternos”, realizado por mim e pela minha colega de estágio, teve como grande objetivo a introdução e o treino de estratégias cognitivo comportamentais e emocionais e de suporte social alternativo, facilitadoras da integração do processo de luto. Ao nível dos objetivos mais específicos, com este grupo pretendíamos que os pacientes compreendessem o que é o processo de luto, apoiá-los na vivência da experiência de perda e luto, fomentar a partilha de experiências e apoio entre todos os participantes, promover a aceitação entre todos e compreensão do processo de luto em que cada um deles se encontrava, identificar as diferentes formas de manifestações do luto, proporcionar a expressão e a aceitação emocional, promover a escuta ativa e resposta empática, reconhecer a necessidade de expressarem os sentimentos, emoções e pensamentos, facilitar aprendizagens acerca da vivência de dor e/ou de luto experienciada pelos participantes, oferecer informação para possibilitar o desenvolvimento de estratégias adaptativas na resolução de problemas e fornecer oportunidades para o crescimento e desenvolvimento pessoal.

Para começarmos este projeto, foram estabelecidos alguns critérios de inclusão, nomeadamente os participantes serem familiares ou cuidadores que beneficiassem de acompanhamento psicológico por parte da equipa de cuidados paliativos ou de utentes em tratamento paliativo (antes do falecimento dos mesmos), apresentassem

sintomatologia psicológica leve, não apresentassem comprometimento funcional severo e os participantes demonstrassem motivação para dar continuidade ao processo de acompanhamento voluntário. Neste sentido, uma vez que o número de participantes era elevado, inicialmente foram constituídos 13 grupos, constituídos por 6/7 participantes. Após a primeira sessão, onde foram explicados os objetivos, o número de sessões e a periodicidade do grupo, alguns participantes por indisponibilidade de tempo ou dificuldades de transporte de uma forma tão regular, acabaram por desistir. Ao longo das sessões houve participantes que deixaram de aparecer, o que levou sempre a uma organização de grupos, de forma a manter sempre as mesmas pessoas juntas e nunca mais de 7 elementos num mesmo grupo. Assim, terminamos este grupo de intervenção com 3 grupos de participantes.

Foram planeadas oito sessões, de 120 minutos cada uma (aproximadamente), com periodicidade quinzenal. De forma a dar algum suporte às sessões, foram elaboradas apresentações para cada sessão, várias atividades, panfletos informativos com um resumo de cada sessão, onde os participantes no final levavam para casa e no final de todas as sessões foi entregue um diploma de participação a cada paciente do grupo. Todas as sessões eram compostas por uma vertente psicoeducativa-motivacional e de suporte emocional, atividades de grupo e de partilha e no final era sempre apresentada uma síntese de conteúdos.

Relativamente à eficácia desta intervenção em luto, foi possível concluir que houve uma melhoria da sintomatologia psicoafectiva apresentada na primeira sessão pelos pacientes, sendo que grande parte retomou algumas atividades de vida diárias. Verificou-se ainda um predomínio da utilização do  *coping*  ativo, através de auto distração, motivação, planeamento de comportamentos adaptativos, assim como a escolha de um conjunto de atividades prazerosas importantes.

### **Projeto de Investigação do Grupo de Intervenção Terapêutica**

Uma das atividades propostas pela orientadora local neste estágio consistiu num projeto de investigação acerca do nosso grupo Psicoeducativo e de Autoajuda no Luto. Neste sentido, o projeto avançou, sendo intitulado de “Avaliação da Eficácia de uma

Intervenção Psicológica em Grupo Psicoeducativo e de Apoio no Processo de Luto em Familiares Cuidadores Informais de Doentes em Cuidados Paliativos”.

Este projeto de investigação teve como grande objetivo avaliar a eficácia da intervenção. Paralelamente, pretendeu-se avaliar a satisfação dos utentes com o objetivo de proceder ao levantamento das necessidades. Assim, após a participação na intervenção em grupo, foi possível compreender o efeito da intervenção no processo de luto dos familiares que perderam o ente querido, esclarecendo se esta os auxiliou numa resolução mais positiva do luto ou não, promovendo, neste sentido, o luto adaptativo.

O projeto contou com a minha colaboração, a da minha colega de estágio, da orientadora local de estágio Doutora M., da supervisora de estágio Professora Doutora Joana Soares (IUCS) e do Professor Doutor José Carlos Rocha (IUCS).

A amostra foi constituída por 14 participantes, dos 39 aos 80 anos. Esta intervenção foi realizada durante 5 meses. Foram administrados os instrumentos de avaliação na primeira e na última sessão. O tamanho da amostra e a ausência de um grupo controlo sem intervenção foram apontadas as limitações deste estudo. Contudo, os resultados alcançados demonstraram que a partilha de experiências entre os participantes facilita a compreensão do processo de luto e sua integração, comprovando os benefícios e as evidências preliminares da eficácia desta metodologia de intervenção psicológica em grupo, corroborando, neste sentido, a literatura existente. Desta forma, o papel do Psicólogo Clínico e da Saúde é fundamental, auxiliando o enlutado a encarar a perda de forma ajustada e integrativa.

Deste projeto de investigação, surgiu ainda a publicação e apresentação de um póster (Anexo 6) no Congresso da Ordem dos Psicólogos Portugueses, que se realizou na cidade de Aveiro, nos dias 28 a 30 de setembro de 2022.

## **Formações Realizadas**

Foi proposto pela orientadora local a realização de um trabalho para apresentar no hospital, onde o meu tema foi a “Avaliação dos Riscos Psicossociais em Contextos de Saúde e o Contributo do Psicólogo”. Esta apresentação foi realizada no dia 19 de abril de 2022 para um grupo de profissionais de saúde do hospital.

Inicialmente foi difícil encontrar um tema relevante para os profissionais. Contudo, a Doutora M. pensou que fazia todo o sentido falarmos sobre os riscos que existem no trabalho dos profissionais de saúde e a importância do Psicólogo neste assunto. Como foi um tema que me despertou bastante interesse aceitei o desafio.

Neste sentido, a apresentação (Anexo 7), teve como objetivos entender o que são os riscos psicossociais assim como qual o seu impacto, conhecer quais os fatores e sinais de alerta para estes riscos, definir Saúde Mental e quais os aspetos fundamentais para manter o bem-estar no local de trabalho, definir medidas de prevenção dos riscos psicossociais e, por último, compreender o papel do Psicólogo Clínico e da Saúde na gestão e prevenção destes riscos.

No final desta apresentação foram entregues panfletos aos profissionais de saúde, com informação importante acerca do tema (Anexo 8).

## **Formações Recebidas**

Ao longo de todo o ano de estágio, para além das atividades propostas pela orientadora, foram surgindo oportunidades em participar em várias formações, relacionadas não só com a saúde mental como também com o contexto hospitalar, tendo proporcionado um grande enriquecimento do mesmo.

Assim, foi-me facultada a oportunidade de participar nas seguintes formações: “Práticas de segurança na utilização dos sistemas de informação”; “Kit Básico de Saúde Mental”; “Perturbação Bipolar: como se diagnostica e como se intervém”; “I Jornadas do Serviço de Psicologia Clínica – Psicologia Hospitalar: Identidade e Desafios”; “I Jornadas do Serviço de Psicologia: Centro Hospitalar Universitário de São João”; “Angústia, Depressões e Medos”; “Cancro e PTSD”; “Abordaje transdiagnóstico en un caso del trastorno del ánimo”; “Jornada de Humanização do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa”; “Abordaje transdisciplinar en neuroeducación y neurorrehabilitación”; “Masterclass: “La humanidad en duelo. Gestión de la pérdida durante la pandemia””; “Intervenção nos problemas ligados ao álcool”; “Luto Traumático”; “Luto – A adaptação ao mundo depois da perda”; “II Jornadas de Gestão de Risco Hospitalar – Segurança do Doente: A Prioridade nos Cuidados de Saúde”; “Gestão do risco e controlo de infeção na organização de saúde”;

Multidisciplinar de Doença Neuromusculares: Doença de Pompe ”; “Journal Club: Apresentação e discussão do modelo de APD para a promoção da resiliência nos profissionais de saúde ”; “VIII Jornadas de Psicologia e Cuidados de Saúde Primários: Covid(s) Visões Panorâmicas e Paladas – Impressions On...”; “Gestão de luto em profissionais de saúde”; “Plano de Ação para a Prevenção da Violência no Sector da Saúde”; “Neuropsicología forense: cómo abordamos la simulación y la exageración de síntomas?”; “A importância do exercício físico para a nossa saúde física e mental”; “IV Reunião Interdisciplinar Cruzadas: Stress e Trauma”; “Workshop: Sociodrama Moreniano”; “Dia Mundial da Obesidade – Tratamento Cirúrgico da Obesidade”; “Educar sin premios ni castigos, Es posible en la escuela y en la familia?”; “Ciclo de Seminários LogicaMente à Quinta-Feira – Cerebralmente falando. Que órgão é este?”; “Eu decido, por isso faço o meu testamento vital”; “A Equipa para a prevenção da violência em Adultos (EPVA)”; “O papel do Psicólogo Clínico e da Saúde na Equipa para a prevenção da violência em Adultos (EPVA)”; “Gestão do tempo e da energia”; “La intervención psicológica en justicia juvenil en medio abierto: reflexiones y estrategias de intervención en casos complejos”; “Psicología à Conversa com...Gustavo Tato Borges - Da Pandemia para o futuro, o que aprendemos?”; “Prevenção dos Riscos Psicossociais e Promoção de Locais de Trabalho Saudáveis”; “A “Fisioterapia Cerebral”. Mito ou realidade?”; “5 pasos para gestionar y transformar nuestras emociones”; “O que aprendeste com a Vivência da Doença?”; “Juntos a Cuidar”; “Compaixão nas perdas: o Vínculo que nos sustém”; “El núcleo familiar frente a la percepción del acoso escolar y cyberbullying”; “Organização do trabalho”; “Reunião Multidisciplinar: Um Dia com ELA”; “Curso Básico de Cuidados Paliativos”; “Jornadas de Psicologia: O Psicólogo no Mundo”; e, por último o “Suporte Básico de Vida Adulto”.

Apesar de muitas vezes chegar cansada a casa e sem vontade de assistir a algumas destas formações, confesso que todas elas me ensinaram muito e revelaram-se essenciais quer para o estágio quer para um futuro profissional, pois permitiram a aquisição e o aprimoramento de conhecimentos, incentivando-me muitas vezes a uma procura de mais informações atualizadas de determinados assuntos, à proatividade na procura de conhecimento em várias áreas distintas para afunilar temáticas de interesse. O contacto com imensos profissionais de áreas distintas, assim como a observação de

bastantes discussões sobre diversas problemáticas e a participação em algumas atividades, foram uma mais-valia para mim, enriquecendo assim os meus conhecimentos acerca de diversos assuntos.

## **Material Informativo das Equipas para a Prevenção da Violência em Adultos (EPVA)**

Logo após o início do estágio, a orientadora desafiou-nos a realizar algum material informativo da EPVA (Anexo 9), para distribuir quer pelo hospital, quer pelos profissionais de saúde.

A violência doméstica não ocorre apenas em relacionamentos entre pessoas de sexos e/ou géneros diferentes. É um fenómeno criminal que ocorre também nos relacionamentos entre pessoas do mesmo sexo. Os maus-tratos podem ocorrer em ambiente virtual. É necessário, portanto, compreender que a violência doméstica pode manifestar-se por diversas maneiras, desde a violência física à, por exemplo, violência psicológica ou sexual, e envolver uma diversidade de vítimas, sendo transversal aos diferentes estatutos económico sociais, géneros, grupos étnico-raciais, crenças religiosas ou orientações sexuais.

A EPVA, tem como objetivo melhorar a resposta ao fenómeno da violência, articulando com outras equipas. Os profissionais de saúde têm um papel essencial no desenvolvimento de atuações preventivas, de sensibilização e formação de outros profissionais, bem como de educação para a saúde a nível comunitário. A intervenção da EPVA em cada ARS é realizada por uma Coordenação Regional que estabelece interlocução com o Grupo de Acompanhamento a nível central, na DGS. Assim, a EPVA é constituída por um médico, um enfermeiro, um psiquiatra ou psicólogo e um assistente social.

## **Aula para os Colegas de 3º ano de Licenciatura**

Durante o estágio, surgiu uma proposta lançada pela Professora Doutora Maria Emília Areias, o sentido de eu e a minha colega termos a possibilidade de realizar uma

apresentação para os colegas do 3º ano de licenciatura acerca do nosso grupo de intervenção no luto (Anexo 10).

Nesta apresentação falamos um pouco do programa que estruturamos para o nosso grupo de participantes na intervenção do luto, resumimos o plano de cada uma das nossas sessões e explicamos como foi feita a convocatória dos participantes, resumindo um pouco os critérios de inclusão para este grupo.

Este desafio, apesar de ter sido numa altura de bastante trabalho, revelou-se uma experiência ótima, onde pudemos partilhar um pouco das nossas experiências, assim como discutir algumas dúvidas com os colegas.

## Estudo de Caso: Paciente André

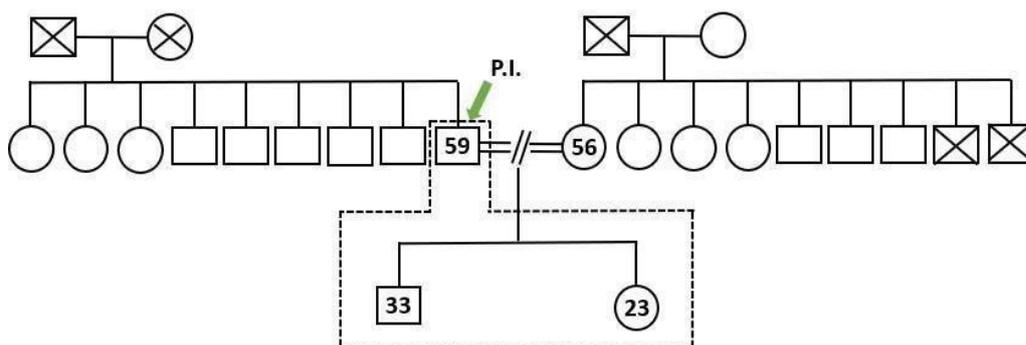
### ⇒ Dados de Identificação

Homem de 59 anos, divorciado, pertence a uma fratria de 9 irmãos, reside com casal de filhos adultos, de 33 e 23 anos. Completou a 2ª classe. Atualmente encontra-se sem ocupação profissional com uma pensão por invalidez relativa. Trabalhava numa fábrica de calçado.

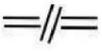
### ⇒ Motivo de Encaminhamento

André foi encaminhado pela “Consulta Externa de Psiquiatria e Saúde Mental”, com antecedentes de TCE grave – tendo sido submetido a craniotomia<sup>1</sup>, na sequência de um acidente de viação, quadro de declínio cognitivo progressivo e dependência alcoólica de longa data. Solicita-se avaliação e reabilitação neuropsicológica, devido a alterações cognitivas, com algum impacto na rotina.

### ⇒ Genograma



Legenda:

	Mulher		Casal Divorciado
	Homem		Coabitação
	Morte	<b>P.I.</b>	Paciente André
			

⇒ **Fontes de Informação**

Todas as informações recolhidas foram descritas pelo paciente e pela filha, que o acompanhou em algumas consultas. Foram também recolhidas informações através do processo clínico do paciente.

⇒ **História Clínica**

Aos 18 anos, André sofreu um acidente de viação que originou um Traumatismo cranioencefálico, com necessidade de craniotomia<sup>1</sup>. Há cerca de 20 anos, sofreu um segundo acidente de viação, tendo-lhe sido retirado o baço (esplenectomia). O paciente revela um historial longo de síndrome de dependência alcoólica, com vários períodos de abstinência, apresentando várias recaídas recorrentes. Esteve internado em setembro de 2019 para desintoxicação alcoólica. Após a alta do internamento, foi acompanhado num centro de reabilitação.

Em agosto de 2020 esteve internado com pancreatite crónica<sup>2</sup> e, em setembro de 2020, o paciente foi internado em cirurgia geral por gastrectomia total<sup>3</sup> e colectomia

---

<sup>1</sup> A craniotomia é uma cirurgia onde se retira uma parte do osso do crânio para operar partes do cérebro, sendo que depois essa parte é colocada novamente. É um procedimento complexo que dura em média 5 horas, feito sob anestesia geral e requer que a pessoa fique internada por 7 dias, em média, para receber os cuidados médicos e seguir em observação quanto às funções do corpo coordenadas pelo cérebro, como fala e movimentos do corpo.

<sup>2</sup> Inflamação do pâncreas de longa duração, resultante de uma deterioração irreversível da estrutura e da função pancreática.

<sup>3</sup> Cirurgia na qual é retirado o estômago.

segmentar de colon transverso e descendente <sup>4</sup> com complicações devido a um abscesso subfrênico esquerdo<sup>5</sup>. Neste contexto, foi-lhe retirado o estômago.

Devido aos consumos excessivos de álcool, André foi diagnosticado com pancreatite crónica, complicada por pseudoquistos. Foi operado de urgência, sendo uma operação grave que o levou a uma anemia e hipotermia, sendo induzido ao coma e levado para os cuidados intensivos. É seguido nas consultas de gastroenterologia/pancreatologia.

Em abril de 2021, sofreu uma queda, sendo internado por fratura periprótésica, colocando uma prótese articular de anca esquerda.

Em contexto do seguimento em consultas de psiquiatria, em junho de 2021, foi realizado o pedido de avaliação neuropsicológica, uma vez que a filha de André referiu que o pai apresentava algum declínio cognitivo, apesar de manter boa funcionalidade.

#### ⇒ **História Pessoal e Familiar**

André refere que nasceu de parto normal, sendo uma gravidez vigiada. Durante a primeira infância teve um desenvolvimento normal. Concluiu o 2º ano de escolaridade, sem nenhuma reprovação. Com o início da adolescência, iniciou os consumos de álcool, juntamente dos amigos. Sofreu alguns acidentes de viação devido a esse consumo. Começou a trabalhar quando ainda estudava, numa empresa onde *“mudava pneus, todos os dias.”* sic. Mais tarde decidiu abrir a sua própria empresa, mas devido a vários problemas financeiros acabou por fechar. Retomou o trabalho numa empresa de calçado onde *“fazia as solas dos sapatos.”* sic. Atualmente, devido a uma queda, encontra-se com uma pensão por invalidez relativa.

O paciente pertence a uma fratria de nove irmãos, seis do sexo masculino e três do sexo feminino. André é o quarto irmão mais velho. O paciente refere que sempre tiveram uma boa dinâmica familiar até à morte dos pais *“agora os meus irmãos dão-se todos mal por causa das partilhas. Eu dou-me bem com todos e falo para todos.”* sic. André sempre teve uma ligação muito forte com os pais, preocupava-se muito com eles e

---

<sup>4</sup> Cirurgia de grande porte que retira parte ou até a totalidade do intestino grosso.

<sup>5</sup> Condição médica onde existe um acumular de pus ou líquido infetado no espaço entre o diafragma, o baço e o fígado.

sempre foi muito atencioso. O seu pai trabalhava em estações de abastecimento de combustível e a sua mãe era doméstica. O pai do paciente sofria de diabetes e teve de ser amputado devido à doença e a mãe sofria de insuficiência cardíaca. A figura materna faleceu em 2007 e a figura paterna em 2008. Estas perdas levaram o paciente a um aumento do consumo de álcool.

André conta que a sua relação com a ex-mulher não era muito boa. Ao longo dos anos foram existindo relacionamentos extraconjugais, os seus consumos pelo álcool foram aumentando, assim como foram aparecendo várias dívidas financeiras. Tudo isto acabou por levar a que em 2014, o paciente se divorciasse. Contudo, fruto desta relação, nasceram dois filhos, um do sexo masculino e outro do sexo feminino. Devido aos consumos de álcool, o paciente conta que não mantém uma ligação forte com o filho. No entanto, a sua filha está sempre presente, ajudando-o em tudo *“se não fosse a minha filha eu já não estava aqui.”* sic.

Durante o dia, André ocupa-se com algumas atividades em casa. Gosta de ver filmes e de cozinhar *“sou sempre eu que faço o almoço e depois a limpeza toda da cozinha.”* sic. Por vezes vai até ao café por baixo de casa, tentando evitar uma vez que sente que o influencia no consumo de bebidas alcoólicas *“eu gosto de ir ao café, mas tento evitar porque sempre que vou estão lá os meus amigos e dizem-me sempre para beber um fino e eu não quero dizer-lhes que não.”* sic.

O paciente conta que foi fumador durante muitos anos, mas atualmente já não é. Os dias mais complicados para gerir estes comportamentos do álcool são quando recebe a pensão por invalidez. A filha do paciente conta que este não consegue controlar nem gerir o dinheiro, não percebendo os valores que muitas vezes gasta nos consumos. Neste sentido, e para evitar as idas ao café, a filha do paciente quando sai de casa tranca a porta para impedir André de sair. Estas situações de o fechar em casa, acabam por o deixar muito nervoso e ansioso *“quando ela me tranca a porta eu fico mesmo irritado e nervoso. É a pior coisa que me podem fazer, trancar-me como um cão.”* sic.

Após proposta de acompanhamento neuropsicológico, André demonstrou-se motivado e interessado.

#### ⇒ Estado Mental e Avaliação do Comportamento

Ao longo de todas as consultas, André compareceu sempre com um aspeto externo e aparência de bom cuidado geral, um comportamento adequado, mantendo uma postura próxima e atenta. André foi mantendo sempre o contacto ocular, com uma linguagem espontânea e fluente, discurso lógico, mas repetitivo e pensamento coerente. Humor e afetividade sintónicos, orientado no tempo e no espaço, sem alteração senso perceptiva e de conteúdo e sem aparente comprometimento.

#### ⇒ Instrumentos Aplicados

Para além da anamnese realizada com o paciente, esta avaliação foi delineada após a primeira consulta e, tendo em conta as hipóteses levantadas perante a sintomatologia descrita pelo paciente e pela filha, assim como pelo pedido realizado, os instrumentos para avaliação foram:

- **ACE - III (*Addenbrooke's Cognitive Examination*)**: teste cognitivo, de despiste rápido com o objetivo de avaliar o défice cognitivo do indivíduo utilizando 5 domínios cognitivos, nomeadamente, Atenção, Memória, Fluência Verbal, Linguagem e Visuoespacial, que possibilita traçar um quadro geral do funcionamento cognitivo do indivíduo;
- **IFS (*Ineco Frontal Screening*)**: teste breve, sensível e específico utilizado para a avaliação das funções executivas. Composto por oito subprovas, organizadas em três grupos: inibição e alternância de resposta, capacidade de abstração e memória de trabalho;
- **WAIS-III (Escala de Inteligência de Wechsler para adultos)**: a prova de aritmética, memória de dígitos e sequências de letras e números, que avaliam a memória de trabalho;
- **WMS-III (Escala de Memória de Wechsler)**: a prova de memória lógica I e II, utilizada para o diagnóstico e identificação de possíveis disfunções nas capacidades de memória dos indivíduos. Através desta é ainda possível obter um diagnóstico e identificação precoces de situações de demência e de características degenerativas;
- **Figura Complexa de Rey – figura A, cópia e memória**: utilizada para avaliar a capacidade construtiva, visuoespacial e a memória visual. Para além disso,

avalia também a capacidade de planeamento, organização, estratégias de resolução de problemas, função motora, percetiva e memória episódica;

- **TMT (*Trail Making Test*):** avalia a atenção, velocidade e flexibilidade mental. Constituído por duas partes: a parte A, constituído por 25 números, e a parte B, constituído por números e letras do alfabeto.
- **IADL (*Instrumental Activities of Daily Living*):** para avaliação da autonomia e capacidade nas atividades comuns da vida diária;
- **AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*):** para diagnóstico de problemas ligados ao álcool, permitindo detetar diferentes níveis de consumo de álcool, desde o consumo de baixo risco, de risco, nocivo e a dependência, de uma forma rápida e simplificada;
- **HADS (*Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar*):** pretende avaliar sintomatologia ansiosa e depressiva.

#### ⇒ Resultados

##### **ACE - III (*Addenbrooke's Cognitive Examination*):**

Subescalas	Resultados Quantitativos	Resultados Qualitativos
Atenção	18/18 (z = 0,73)	Médio Superior
Memória	16/26 (z = - 3,37)	Muito Inferior
Fluência	14/14 (z = 0,36)	Médio
Linguagem	26/26 (z = 0,93)	Médio Superior
Visuoespacial	16/16 (z = 1,55)	Superior
Total	90/100 (z = - 0,04)	Médio

**Tabela 1:** Resultados da Escala *Addenbrooke's Cognitive Examination* – ACE III

De forma global, o paciente encontra-se com um funcionamento cognitivo dentro da média, ou seja, o resultado esperado, tendo em conta a sua faixa etária e escolaridade. Verifica-se um ligeiro declínio ao nível da memória (**16/26 pontos; z = - 3,37**).

**IFS (*Ineco Frontal Screening*):** Total: 28/30.

De acordo com os resultados, verificamos que não existe qualquer tipo de comprometimento generalizado ao nível das diferentes dimensões do funcionamento executivo avaliadas.

Observando as diferentes tarefas deste instrumento, o paciente apresenta os seguintes valores: **Séries:** 3/3; **Instruções Conflituosas:** 3/3; **GO-NO-GO:** 3/3; **Dígitos Inverso:** 5/6; **Memória de Trabalho Verbal:** 2/2; **Memória de Trabalho Espacial:** 4/4; **Provérbios:** 3/3; e, por último no **Teste Hayling:** 5/6.

**WAIS-III (*Escala de Inteligência de Wechsler para adultos*):**

Subescalas	Resultado Quantitativo	Resultado Qualitativo
Aritmética	16/22 ( $z = 2$ )	Superior
Memória de Dígitos	18/30 ( $z = 2,66$ )	Muito Superior
Sequência de Letras e Números	9/21 ( $z = - 0,33$ )	Médio

**Tabela 2:** Resultados da Escala de Inteligência de Wechsler para adultos

Através dos resultados obtidos nos subtestes da prova, entende-se que o paciente apresenta um desempenho superior ao esperado. Contudo, no subteste “Sequência de Letras e Números”, este encontra-se num nível médio (**9/21;  $z = - 0,33$** ) apresentando algumas dificuldades relativamente à memória.

**WMS-III (Escala de Memória de Wechsler):**

**Tabela 3:** Resultados da Escala de Memória de Wechsler

	Índices	Percentis	Resultado Qualitativo
Auditivo Imediato	111 (z = 0,73)	77	Médio Superior
Visual Imediato	94 (z = - 0,4)	34	Médio
Memória Imediata	102 (z = 0,13)	55	Médio
Auditivo Diferido	109 (z = 0,6)	73	Médio Superior
Visual Diferido	83 (z = - 1,13)	13	Inferior
Reconhecimento Auditivo Diferido	91 (z = - 0,6)	27	Médio Inferior
Memória Geral	94 (z = - 0,4)	34	Médio
Memória de Trabalho	110 (z = 0,66)	75	Médio Superior

Relativamente ao índice de Memória Imediata, constituído pelos índices Auditivo Imediato (que inclui os subtestes Memória Lógica I e Pares de Palavras I) e Visual Imediato (que inclui os subtestes Faces I e Cenas de Família I) comparado com indivíduos da sua faixa etária, o paciente apresenta resultados médios, com percentil 55 (z = **0,13**); Quanto aos índices Auditivo Imediato e Visual Imediato, comparado com indivíduos da sua faixa etária, o paciente apresentou resultados médio superiores e médios (com percentil 77 (z = **0,73**) e 34 (z = **- 0,4**), respetivamente).

O índice de Memória Geral, constituído pelos índices Auditivo Diferido (que inclui os subtestes Memória Lógica II e Pares de Palavras II), Visual Diferido (que inclui os subtestes Faces II e Cenas de Família II) e Reconhecimento Auditivo Diferido, o paciente, comparado com indivíduos da sua faixa etária, apresenta resultados médios, com percentil 34 ( $z = -0,4$ );

Relativamente aos índices Auditivo Diferido, Visual Diferido e Reconhecimento Auditivo Diferido, o paciente, comparado com indivíduos da sua faixa etária, apresenta resultados médios superiores, inferiores e médios inferiores (com percentil 73 ( $z = 0,6$ ) para o índice Auditivo Diferido; percentil 13 ( $z = -1,13$ ) para o índice Visual Diferido e percentil 27 ( $z = -0,6$ ) para o Reconhecimento Auditivo Diferido).

Em relação ao índice de Memória de trabalho, este é constituído pelos subtestes Sequência de Letras e Números e Localização Espacial. Assim, comparado com indivíduos da sua faixa etária, o paciente apresentou resultados médio superiores, com percentil 75 ( $z = 0,66$ ).

**Figura Complexa de Rey – figura A, cópia e memória:**

O paciente revelou lentidão na execução da cópia. Em ambos os desenhos, iniciou pelo contorno geral. No entanto, revelou dificuldades de organização perceptivo-motora e de atenção visual. Relativamente à riqueza e exatidão da reprodução por cópia, obteve resultados abaixo da média (**26 pontos**). Manifestou também comprometimento da memória visual imediata, obtendo apenas **13 pontos** na reprodução da memória, encontrando-se num nível inferior comparado com a sua faixa etária e escolaridade.

**TMT (Trail Making Test):**

Relativamente à parte A (percentil = **72-81**), o paciente completou sem erros, mas evidenciou reduzida velocidade de coordenação olho-mão. Na parte B (percentil = **4159**), verificou-se comprometimento da atenção dividida e alguma dificuldade de seguir uma linha de pensamento concetual complexa. Desta forma, o paciente encontra-se num nível médio, comparado à sua faixa etária e escolaridade.

**IADL (*Instrumental Activities of Daily Living*): Pontuação Total = 13/21 pontos**

De acordo com os resultados do instrumento, o paciente não apresenta dependência em grande parte das atividades básicas e instrumentais da vida diária. Este refere ser capaz de fazer refeições de forma independente, assim como as compras de casa. Refere ainda que consegue viajar sozinho, embora não faça grandes viagens, sendo também responsável por tomar os seus próprios medicamentos. É de salientar que, em questões financeiras, o paciente é totalmente dependente de outros, não apresentando capacidades em lidar com estes assuntos.

**AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*): Pontuação Total = 25/40 pontos**

Após os resultados, relativamente à dependência no nível de álcool, o paciente encontra-se num nível de risco alto, apresentando uma dependência.

**HADS (Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar):**

**Pontuação Total Ansiedade = 10** (sintomatologia ansiosa leve)

**Pontuação Total Depressão = 6** (ausência de sintomatologia depressiva)

Os resultados são indicativos de ausência de sintomatologias grave, no entanto, salienta-se que ao nível da ansiedade, os valores encontram-se dentro de sintomatologia leve.

⇒ **Interpretação Conjunta dos Resultados**

Da Avaliação Neuropsicológica realizada, evidenciam-se alterações significativas ao nível da memória de trabalho, memória diferida, memória imediata, memória visual, planeamento/velocidade de processamento, atenção dividida, atenção visual e organização perceptivo-motora. Através da Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária, concluímos que André apresenta dificuldades ao nível da gestão financeira, não sendo capaz de ter um controlo sob o dinheiro. Após a análise dos resultados, concluímos ainda que o paciente apresenta sintomatologia ansiosa leve em curso.

As alterações mencionadas foram observadas ao longo das consultas de avaliação, durante a realização de determinados testes específicos, como por exemplo, a Escala de Memória de Wechsler e o Trail Making Test.

Estas dificuldades na memória, podem ser explicadas, em grande parte, pelo consumo excessivo de álcool prolongado, pois tal como tem vindo a ser demonstrado na literatura, a tipicidade deste fenómeno verifica-se em indivíduos com dependência alcoólica. Salienta-se, ainda, a presença de sintomatologia ansiosa leve, que poderá ser justificada pelos curtos períodos de ausência de consumo de álcool assim como os vários acidentes que o paciente foi tendo ao longo da vida, trazendo como consequência vários problemas de saúde. Esta sintomatologia ansiosa leve pode também justificar-se devido aos episódios em que André refere que a filha o tranca em casa, para evitar que este continue os consumos. Sem evidência de alterações das funções cognitivas superiores como afasia e agnosia.

Neste sentido, os dados da avaliação neuropsicológica, evidenciam comprometimento das funções mnésicas, mais precisamente ao nível da evocação de determinada informação após um período em contacto com a mesma.

#### ⇒ **Diagnóstico e Parecer Clínico**

Considerando a análise de todos os resultados, assim como a observação realizada ao longo das consultas de avaliação, concluiu-se que não se encontram presentes critérios de diagnóstico para nenhum quadro de Perturbação Neurocognitiva, segundo os critérios do DSM-V. Contudo, considerando a dependência alcoólica do paciente, comprovada pelos sucessivos internamentos para desintoxicação e pelos resultados da respetiva escala aplicada, entende-se que o comportamento se enquadra numa Perturbação por Uso de Álcool.

Esta, é uma doença crônica e multifatorial. Segundo o DSM-V, esta perturbação caracteriza-se por um padrão problemático de uso de álcool, que leva a pessoa a um comprometimento ou sofrimento clinicamente significativos, manifestado por pelo menos 2 de alguns dos critérios, durante um período de 12 meses. Os critérios baseiam-se: o álcool é frequentemente consumido em maiores quantidades ou por um período mais longo do que o pretendido; existe um desejo persistente ou esforços mal sucedidos, no sentido de reduzir ou controlar o uso de álcool; é gasto muito tempo em atividades necessárias para a obtenção de álcool, na utilização de álcool ou na recuperação dos seus efeitos; existe um forte desejo ou necessidade de usar o álcool;

uso recorrente de álcool, resultando no fracasso em desempenhar papéis importantes no trabalho, na escola ou em casa; uso continuado de álcool, apesar de problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes causados pelos seus efeitos; abandono ou redução de importantes atividades sociais, profissionais ou recreacionais pelo uso do álcool; uso recorrente de álcool em situações nas quais isso representa perigo para a integridade física; o uso de álcool é mantido apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que tende a ser causado ou exacerbado pelo álcool; tolerância, definida por qualquer um dos seguintes aspetos: necessidade de quantidades progressivamente maiores de álcool para alcançar a intoxicação ou o efeito desejado e efeito acentuadamente menor com o uso continuado da mesma quantidade de álcool; abstinência, manifestada por qualquer um dos seguintes aspetos: síndrome de abstinência característica de álcool e o álcool é consumido para aliviar ou evitar os sintomas de abstinência.

#### ⇒ **Proposta de Intervenção**

O TCE caracteriza-se por qualquer lesão decorrente de um trauma externo, com alterações anatômicas no crânio e comprometimento funcional das meninges, encéfalo ou os seus vasos, acabando por resultar em alterações cerebrais, momentâneas ou permanentes, de natureza cognitiva ou funcional (Menon et. al., 2010).

Existem várias consequências resultantes de um TCE. Estas podem dividir-se em três categorias: físicas, cognitivas e emocionais/comportamentais. As físicas podem ser motoras, visuais, táteis, etc. As cognitivas referem-se a problemas de atenção, memória e funções executivas. Já as consequências emocionais/comportamentais, referem-se à perda de autoconfiança, baixo nível de motivação, depressões, ansiedade, dificuldades de autocontrole, irritabilidade, etc. (Fann et. al., 2009; Lezak et. al., 2004; Podell et. al., 2010; Senathi-Raja et. al., 2010; Yang et. al., 2007).

As alterações da atenção, memória e funções executivas são as mais comuns após um TCE, sendo que alterações de memória são as queixas mais comuns neste tipo de indivíduos (Flynn, 2010; Lezak et. al., 2004).

Assim, e de acordo com o diagnóstico clínico descrito anteriormente, seria vantajoso proceder à implementação de um Programa de Reabilitação

Neuropsicológica, adaptado às necessidades do paciente, considerando as funções cognitivas em défice. Além disso, seria benéfico realizar intervenção face à reestruturação e estimulação cognitiva, psicoeducação sobre o consumo excessivo de álcool e os estádios de mudança, promoção do treino de competências para gerir as dificuldades, o stress e a ansiedade, adotando um estilo de vida mais saudável e a identificação e seleção de técnicas adequadas para reduzir o consumo de álcool.

Neste sentido, as consultas com André tiveram por base a Terapia Cognitivo Comportamental (TCC). A TCC foi desenvolvida na década de 60, por Aaron Beck, sendo uma psicoterapia breve e estruturada, focada no presente com o objetivo de desenvolver os problemas atuais dos pacientes através da reestruturação dos seus pensamentos distorcidos e comportamentos (Beck, 2013).

A eficácia desta terapia depende da relação terapêutica estabelecida entre o paciente e o terapeuta (Matos & Oliveira, 2013). Assim, o estabelecimento desta relação depende de vários fatores, nomeadamente a inclusão do paciente no processo terapêutico, explicando ao paciente qual o plano de intervenção, da tomada de decisão colaborativa e da diminuição de sintomas e alívio de preocupações e angústias do paciente, obtidas através da demonstração de empatia e capacidades terapêuticas adequadas (Beck, 2013).

Ao longo das sessões foram entregues materiais de apoio relativamente ao consumo de álcool (Anexo 11) com o objetivo de enfatizar o desejo da mudança, realizar psicoeducação sobre o alcoolismo, psicoeducação sobre o reconhecimento de situações ou sensações que aumentem o desejo de consumir álcool (stresse, partilha de atividades com outros consumidores, afeto negativo, etc.), assim como os estádios de mudança (pré-contemplação, contemplação, preparação, ação), identificação e escolha de técnicas adequadas para deixar estes consumos e reforçar a autoeficácia, promovendo o treino de competências para gerir as dificuldades, de forma antecipatória e prevenindo situação de stress, adotando um estilo de vida mais saudável.

Face aos resultados apresentados por André nos diferentes instrumentos e diferentes domínios cognitivos avaliados, foi elaborado um Programa de Reabilitação Neurocognitivo. Segundo a literatura, pessoas dependentes de álcool apresentam alterações cognitivas significativas, principalmente nas funções mnemônicas,

atencionais e executivas (Fontes et al., 2014). Neste sentido, uma vez que o paciente não demonstrou qualquer redução do consumo de bebidas alcoólicas ou mesmo abstinência face às mesmas, este critério não possibilitou a implementação do programa de estimulação cognitiva, cujo objetivo seria melhorar o funcionamento cognitivo, emocional e psicossocial do paciente, uma vez que não seriam vistas quaisquer tipo de mudanças relativamente às funções a trabalhar, devido a este consumo constante.

Contudo, salienta-se a importância de se proceder a uma intervenção terapêutica em locais especializados ao tratamento, redução dos riscos e minimização de danos aliados ao alcoolismo de longa data, com vista à reabilitação do paciente, de acordo com as suas necessidades psicológicas individuais e sociais, procurando a melhoria da sua qualidade de vida.

### **Reflexão do Caso**

Quando recebi este caso clínico fiquei com algum receio do que poderia vir. Enquanto estagiária, este foi um caso bastante desafiante uma vez que tive de trabalhar duas coisas ao mesmo tempo com o paciente, ou seja, este consumo constante de álcool e a avaliação neuropsicológica.

Ao longo deste caso, houve a necessidade de uma constante procura de informação relativamente a todas as patologias apresentadas, assim como ao estudo desta perturbação de consumo de álcool. A minha principal dificuldade passou pela questão de a filha do paciente querer entrar em todas as consultas, tendo sido explicado que não seria permitido uma vez que isso poderia colocar em questão a relação terapeuta-paciente. Confesso que o discurso repetitivo em relação à questão da abstinência do álcool foi também complicado para mim de gerir, tentando sempre procurar explicar ao paciente a consciência deste comportamento e o seu impacto para a sua saúde, motivando-o para algumas atividades que o mantivessem ocupado ao longo do dia e o distraíssem desses consumos.

Relativamente à avaliação neuropsicológica não houve qualquer tipo de limitação pois o paciente colaborou sempre bastante e demonstrou sempre muito empenho e interesse.

Assim, este foi um caso bastante desafiador que me permitiu a aprendizagem e a consolidação de vários conhecimentos e competências previamente adquiridos na minha formação.

## Estudo de Caso: Paciente Bruna

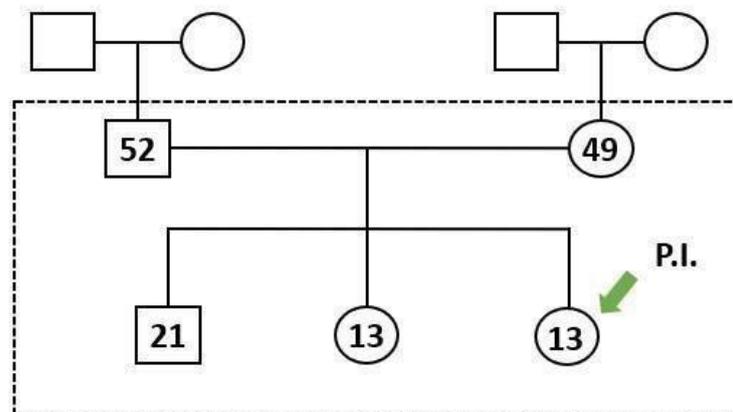
### ⇒ Dados de Identificação

Adolescente de 13 anos, gémea de uma fratria de 2 irmãos. Encontra-se a frequentar o 7º ano de escolaridade.

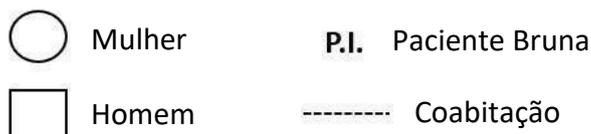
### ⇒ Motivo de encaminhamento

Encaminhada pelo “Serviço de Pediatria de Desenvolvimento”, uma vez que apresenta dificuldades de aprendizagem e linguagem. Visa-se proceder à avaliação e orientação escolar, mediante as dificuldades apresentadas.

### ⇒ Genograma



### Legenda:



⇒ **Fontes de Informação**

Todas as informações recolhidas foram descritas pela paciente e pela mãe, que acompanhou algumas consultas. Foram também recolhidas informações através do processo clínico da paciente.

⇒ **História Clínica**

Bruna foi uma bebé prematura, de 33 semanas. Nos primeiros meses de vida, apresentou anemia <sup>6</sup>, icterícia<sup>7</sup>, hemorragia intra-ventricular <sup>8</sup> e refluxo esofágico<sup>9</sup>, tendo ficado internada durante 74 dias.

A paciente sofre de Hemiparesia<sup>10</sup> esquerda desde cedo, encontrando-se a frequentar uma Associação de Paralisia Cerebral, usufruindo dos serviços de fisioterapia. Em 2015 fez uma cirurgia ao estrabismo. Desde o ingresso no ensino primário que Bruna sempre manifestou dificuldades de aprendizagem e linguagem. Atualmente frequenta o 7.º ano de escolaridade, sendo que, ao longo dos anos, as dificuldades se mantiveram.

Foi avaliada por psicologia neste centro hospitalar, a 15 de abril de 2013, através da Escala de Desenvolvimento Mental Griffiths (2-8 anos), visto ser uma ex-prematura de baixo peso. Nesta altura, foi elaborado um relatório de avaliação, recomendando a referenciação da paciente para o Ensino Especial, mediante as dificuldades apresentadas na avaliação.

⇒ **História Pessoal e Familiar**

Atualmente é uma adolescente de 13 anos de idade, que frequenta o 7.º ano de escolaridade. Provém de uma família de nível socioeconómico médio baixo, gémea de uma fratria de 2 irmãos. Vive com os pais, a irmã gémea e o irmão (21 anos). A mãe, 49 anos de idade, com o 4º ano de escolaridade, encontra-se desempregada e o pai, 52 anos, também com o 4º ano de escolaridade, trabalha na construção civil. O irmão, de

---

<sup>6</sup> Condição clínica que resulta da diminuição do número de glóbulos vermelhos no sangue ou do conteúdo de hemoglobina no sangue para valores inferiores aos considerados normais.

<sup>7</sup> Coloração amarela da pele e/ou olhos, causada por um aumento da bilirrubina na corrente sanguínea.

<sup>8</sup> Presença de sangue no interior do sistema ventricular.

<sup>9</sup> Retorno do conteúdo do estômago para o esófago.

<sup>10</sup> Paralisia parcial de um lado do corpo.

21 anos, com o 9º ano de escolaridade, trabalha numa empresa de calçado. A paciente refere manter uma boa relação com o agregado familiar, referindo que entra em confronto muitas vezes com a irmã gémea. Refere também que gostava de passar mais tempo com o irmão, mas que este não tem paciência para estar com ela. A gravidez foi planeada e vigiada, sendo de risco por restrição de crescimento intra-uterino, nasceu com 33 semanas de gestação, de parto distócito. O desenvolvimento global da paciente ocorreu dentro da faixa etária esperada, no entanto sempre apresentou dificuldades no que diz respeito à linguagem.

Esteve aos cuidados da mãe até aos três anos, altura em que ingressou no infantário. Apresentou uma boa adaptação e integração, verificando-se o mesmo com a entrada no 1.º ciclo. Transitou sempre, no entanto revelou sempre muitas dificuldades. Sem qualquer referência a comprometimento dos padrões de funcionamento global, mais concretamente ao humor e sono, revelou comprometimento ao nível do apetite (quando se sente ansiosa exagera na quantidade de comida).

Nas interações sociais, a paciente diz ser bastante tímida com as pessoas que não conhece. Não gosta muito de ir para a escola, contudo refere dar-se bem com todos os colegas e ter alguns amigos mais próximos. Não gosta de fazer educação física e as suas disciplinas favoritas são o inglês, o português e a matemática. Mantém um bom comportamento durante as aulas, apresentando sempre algumas dificuldades de aprendizagem. No que diz respeito às notas finais, a paciente conta que algumas são boas, mas outras vezes são más.

Bruna refere que se sentiu bem com a entrada na puberdade e sempre teve alguém com quem conversar após todas as mudanças, nomeadamente a mãe e a irmã gémea. Nos seus tempos livres gosta de ver televisão e ficar em casa a brincar com a irmã.

Frequenta Terapia Ocupacional (1x por semana), Terapia da Fala (1x por semana), e Ensino Especial (4x por semana).

#### ⇒ **Estado Mental e Avaliação do Comportamento**

Paciente com aspeto externo cuidado e adequado. Atitude cooperante e interessada, mantendo uma postura relaxada e atenta. Denota-se um discurso lógico e coerente, com linguagem espontânea e adequada ao contexto, de volume e velocidade

normais. Humor e afetividade sintónicos e adequados à situação (eutímico). Manteve o contacto ocular frequente. Orientada no tempo e no espaço, sem aparentes alterações sensoperceptivas ou de conteúdo.

#### ⇒ **Avaliação Psicométrica**

Para avaliar as dificuldades apresentadas por Bruna, foi utilizada a Escala de Inteligência de Wechsler para crianças (WISC-III). Esta escala permite-nos avaliar o desempenho da paciente em três resultados compósitos: Q.I Verbal, Q.I de Realização e o Q.I da Escala Completa (Q.I Global).

A análise destes resultados permite determinar a qualidade do desempenho da paciente relativamente a um conjunto de aptidões intelectuais.

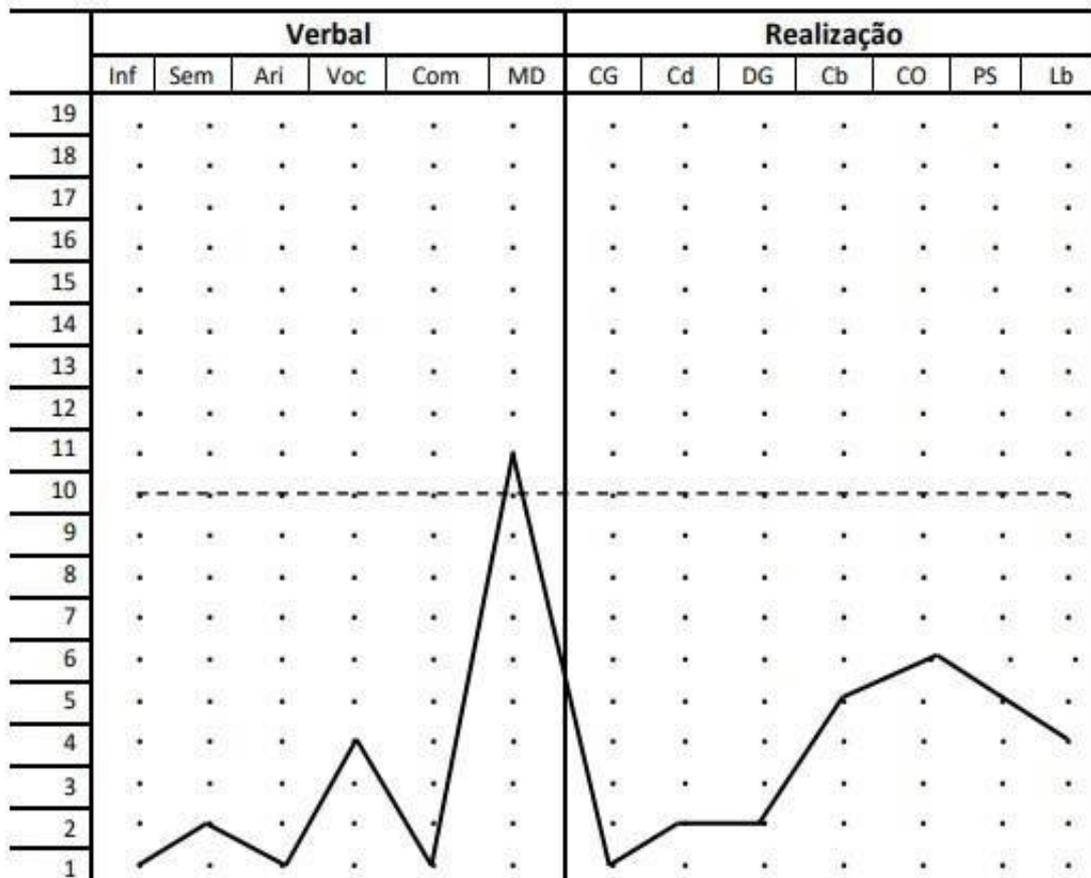
O Q.I verbal está na base das capacidades intelectuais responsáveis para uma aprendizagem efetiva. O Q.I de realização faz apelo às capacidades perceptivas motoras. A aplicação teve a duração de 01h30m. Esta foi realizada reunindo todas as condições necessárias (local calmo e sem distrações que pudessem interferir no desempenho da paciente).

Foi entregue à mãe da paciente o instrumento CBCL – Child Behavior Checklist, questionário composto por 138 itens, destinado aos pais/mães, que permite a recolha de respostas referentes aos aspetos sociais e comportamentos dos filhos, o TRF, instrumento destinado aos professores, com um conjunto de respostas relativamente aos comportamentos das crianças/adolescentes sob avaliação e a Escala de Conners, que avalia os problemas de comportamento, obtendo as respostas dos professores, pais e crianças/adolescentes.

⇒ **Resultados**

*Escala de Inteligência de Wechsler para crianças:*

Perfil de Resultados Padronizados



**Perfil dos QI's**

Resultados	QIV	QIR	QIEC
	49	57	51
190	.	.	.
180	.	.	.
170	.	.	.
160	.	.	.
150	.	.	.
140	.	.	.
130	.	.	.
120	.	.	.
110	.	.	.
100	.	.	.
90	.	.	.
80	.	.	.
70	.	.	.
60	.	.	.
50	.	.	.
40	.	.	.

Nível do QI	Valores
Muito Superior	Mais de 130
Superior	Entre 120 e 129
Médio Superior	Entre 110 e 119
Médio	Entre 90 e 109
Médio Inferior	Entre 80 e 89
Inferior	Entre 70 e 79
<b>Muito Inferior</b>	<b>Menos de 69</b>

- Quociente Intelectual Verbal **muito inferior** ( $QI_{\text{Verbal}} = 49$  com intervalo de confiança a 95% entre 45-60 e com percentil de menor 0.1);

- Quociente Intelectual de Realização **muito inferior** ( $QI_{\text{Realização}} = 57$  com intervalo de confiança a 95% entre 53-71 e com percentil de 0.2);

- Quociente da Escala Completa **muito inferior** ( $QI_{\text{Escala Completa}} = 51$  com intervalo de confiança a 95% entre 48-65 e com percentil de 0.1).

Após a análise dos resultados, a paciente apresenta um desenvolvimento cognitivo situado no nível Muito Inferior, comparada com a sua faixa etária, com uma distribuição de valores entre escalas bastante homogénea.

Ao nível da escala verbal, Bruna apresenta resultados muito inferiores à média nos subtestes 'Informação' (1), 'Semelhanças' (2), 'Aritmética' (1), 'Vocabulário' (4), 'Compreensão' (1) e 'Memória de Dígitos' (11). Estes resultados indicam a existência de grandes dificuldades ao nível dos conhecimentos adquiridos a partir da educação na escola e na família e da capacidade de organização temporal, da capacidade de síntese e integração de conhecimentos, baixa capacidade de concentração e atenção, assim como falta de autonomia.

Ao nível da escala de realização, a paciente apresenta um desempenho cognitivo muito inferior, verificando-se nos subtestes 'Complemento de Gravuras' (1), 'Código' (2), 'Disposição de Gravuras' (2), 'Cubos' (5), 'Composição de Objetos' (6), 'Pesquisa de Símbolos' (5) e 'Labirintos' (4). Verifica-se que a paciente apresenta grandes dificuldades ao nível da organização visual, ou seja, na análise de detalhes, na capacidade de ordenação e lógica, análise visuoespacial, organização perceptiva, velocidade de operação mental, memória de trabalho e memória imediata.

Após a análise dos índices podemos verificar: índice de Compreensão Verbal (ICV= 52 com intervalo de confiança a 95% entre 48-64 e com percentil de 0.1); Índice de Organização Perceptiva (IOP= 60 com intervalo de confiança a 95% entre 56-74 e com percentil de 0.4); Índice de Velocidade de Processamento (IVP= 59 com intervalo de confiança a 95% entre 57-79 e com percentil de 0.3). Estes resultados comprovam o já mencionado anteriormente.

### **Resultados *Achenbach*'s:**

Não foi possível relacionar dados dos instrumentos que avaliam o comportamento de Bruna, na escola e em casa, através dos questionários de avaliação do comportamento e Questionário de Connors para pais e professores, visto que até à data, a mãe da paciente não devolveu os questionários devidamente preenchidos.

### ⇒ **Interpretação Conjunta dos Resultados**

De acordo com os resultados evidenciados, denota-se um funcionamento mental abaixo da média para o seu grupo etário. Ao longo das consultas, foram referidas queixas em relação ao desempenho escolar da paciente. Neste sentido, e fazendo uma análise conjunta dos resultados da Escala de Inteligência de Wechsler, Bruna obteve resultados muito inferiores da amostra padrão.

Cruzando estes resultados com o que foi observado ao longo das consultas, pode concluir-se que parte destas dificuldades sentidas pela paciente advém da distração e da capacidade de concentração de Bruna.

Assim, considera-se muito importante a divulgação destes resultados no contexto escolar da paciente, de forma a ativar procedimentos que considerem quais os tipos de medidas educativas que possam ser integradas no processo de ensino e aprendizagem, dando resposta às necessidades educativas que Bruna apresenta.

### ⇒ **Proposta de Intervenção**

Tendo em consideração as dificuldades apresentadas pela paciente, propõe-se que, a mesma continue a beneficiar do Ensino Especial, de forma a usufruir das medidas educativas específicas que integram a adequação do processo de ensino e de aprendizagem, às necessidades educativas evidentes que a mesma apresenta. Na escola, recomenda-se a implementação de estratégias educativas/pedagógicas, de forma a responder às necessidades e potencialidades da aluna, garantindo a sua inclusão e melhor desempenho escolar.

Neste sentido, é importante que os professores prestem especial atenção às crianças/adolescentes que apresentam determinadas dificuldades. Desta forma, para ajudar o desempenho de Bruna, os professores podem: promover a curiosidade da aluna e permitir a sua criatividade, evitando críticas ou elogios de forma excessiva;

envolver a aluna em tarefas de grupo de forma a evitar o isolamento; promover a integração social da aluna; observar a aluna nos diferentes domínios e momentos da vida diária; confrontar as suas observações com informações dadas pelos pais; manter o contacto frequente com os pais; suscitar a curiosidade da aluna e estimular a sua criatividade; adotar o reforço positivo para valorizar o trabalho realizado; promover debates sobre temáticas de interesse geral, oferecendo liberdade de escolha nos temas; ajudar a gerir o insucesso; dar tempo de espera quando faz alguma questão, de modo que a aluna consiga entender de forma mais eficaz a pergunta; fazer jogos ou atividades lúdicas que envolvam diversos conhecimentos.

Também em contexto escolar, os professores devem adotar determinados comportamentos de forma a promover atitudes favoráveis e positivas, que promovam a atenção da aluna. Deste modo, algumas estratégias podem passar por a aluna não permanecer sentada junto a uma janela, uma vez que isso poderá ser um fator de distração para ela; estar sentada, de preferência na fila da frente, de forma que tenha uma boa visibilidade para o quadro; o ambiente que a rodeia deve ser organizado assim como todos os fatores de distração devem ser eliminados; a rotina diária deve estar bem estruturada; as regras devem ser bastante claras e deve ser exigido o seu cumprimento e poderá existir um incentivo para que a aluna escreva pequenas notas ou ilustrações de aspetos chave da aula, ajudando-a na aprendizagem.

É bastante importante que a promoção de competências seja realizada não só na escola como em casa, junto dos familiares. Assim, devem ser desenvolvidas práticas parentais adequadas, centradas no estilo assertivo, adaptação do espaço familiar a um local apropriado e o desenvolvimento da estimulação parental quanto ao ambiente que rodeia a paciente. Desta forma, em casa poderá ser proporcionado um bom ambiente familiar, sem confusões e stress; evitar a presença de elementos que desencadeiam agitação, como gritos, ruídos, etc.; evitar críticas; deixar a paciente estruturar a sua rotina diária; impor regras simples, realistas e coerentes, uma vez que são necessárias para a qualidade de vida familiar e indispensáveis ao dia a dia; todos os pedidos devem ser formulados em frases claras e curtas; implicar a paciente na realização das tarefas de casa, de forma a promover a autonomia; incentivar na realização de tarefas escolares, que ajudem na aprendizagem, e ajudar nas mesmas; dar um tempo em que seja a

paciente a tomar controlo das atividades, ou seja, tempo de brincadeira ou convívio diário, onde os pais deverão participar; os castigos devem ter uma duração limitada e, os familiares podem ajudar nas tarefas que a paciente tem a realizar.

### **Reflexão do Caso**

Desde o meu primeiro ano de licenciatura sempre tive como ambição um dia trabalhar com crianças e, durante este estágio tive essa oportunidade. Quando me foi atribuído este caso clínico fiquei muito empolgada e entusiasmada por ser uma faixa etária que me interessava e suscitava bastante curiosidade.

Este caso clínico foi desafiador em vários aspetos, tendo suscitado em mim bastantes dificuldades. Inicialmente a paciente foi sempre muito calada, respondendo apenas sim e não às questões que lhe eram colocadas, criando em mim algum medo e ansiedade. No entanto, através de algumas atividades que fomos fazendo, a relação terapeuta-paciente foi evoluindo bastante, acabando por criarmos a confiança necessária. Após estabelecida esta confiança, recordo-me que foi muito complicado a aplicação da prova de avaliação à paciente visto que esta se distraía muito facilmente, desconcentrando-se em vários dos testes da prova. Contudo, consegui sempre que percebesse que era importante terminarmos para a conseguir ajudar nas dificuldades que me referiu ter em vários momentos da sua vida.

Recordo-me ainda da presença da mãe da paciente na primeira consulta e na enorme dificuldade que senti em tentar perceber alguns aspetos da vida da paciente, isto porque a mãe era bastante faladora e muitas vezes conversava sobre ela e não sobre a filha.

De um ponto de vista profissional, este foi um caso que me permitiu a aprendizagem e a prática de vários conhecimentos que fui adquirindo ao longo do meu percurso académico. Com este caso consegui também perceber que esta faixa etária não era afinal aquilo que eu tanto ambicionava, acabando por me deixar com curiosidade e interesse em outras áreas.

## Reflexão Final

Quase a terminar esta fase da minha formação académica, e a terminar a elaboração deste documento, a primeira palavra que me vem à cabeça é obrigado. Recuando no tempo até ao dia em que nos foi dada a oportunidade de escolher o local de estágio, o Hospital que eu escolhi era conhecido como um dos estágios mais exigentes e trabalhosos. Confesso que na altura fiquei bastante assustada, com muitos medos, muitas dúvidas. A incerteza de que seria incapaz de aguentar este ano quase que falou mais alto. No entanto, sempre gostei de desafios e decidi aventurar-me. Hoje, posso agradecer pela minha escolha. Faltam-me as palavras para conseguir descrever toda a minha experiência neste estágio. Desde o primeiro dia até ao último, este foi um ano com muitas dificuldades pelo caminho, muitos erros, mas também muitas aprendizagens. Muitos medos e muitas incertezas. Foram várias as vezes em que pensei não ser capaz de chegar até ao fim, momentos que duvidei de mim própria e chorei de cansaço e incerteza. Contudo, chego ao final desta etapa orgulhosa por tudo. Porque para além de todas estas situações, este foi um ano de um enorme crescimento, de responsabilidade, autonomia e muita aprendizagem, enquanto pessoa e enquanto profissional.

O meio hospitalar sempre foi dos maiores interesses para mim, uma vez que é um local onde se pode vivenciar um leque de diferentes experiências clínicas. Apesar de o ritmo de trabalho ser acelerado, cansativo e exigente, confesso que é algo bastante desafiante ao qual gostei imenso de ter oportunidade de experienciar.

Relativamente à adaptação a este local de estágio, não foi a mais fácil. O ritmo de trabalho era diferente daquilo a que estava acostumada, assim como o número de pacientes que esperavam respostas dos pedidos de avaliação eram elevados. Confesso que, apesar de difícil, agradeço muito a oportunidade e as dificuldades passadas ao longo deste ano. Um local de estágio com muita exigência e trabalho, que me ajudou a evoluir e a crescer e onde me ajudaram a acreditar nas minhas capacidades e a não desistir ao primeiro obstáculo.

Recordo-me de estar em dezembro, ainda a fazer observação de consultas, e ver que outros colegas já tinham os seus próprios casos, sentindo algum receio de poder estar a atrasar demasiado o meu estágio. Hoje, percebo o quanto foi importante toda a

minha observação num vasto leque de intervenções, em diferentes faixas etárias, tendo-me ajudado a formar uma opinião crítica de cada caso e a evoluir de dia para dia. Esta observação fez-me perceber e refletir sobre as diversas áreas, permitindo-me perceber melhor quais as que me suscitavam maior interesse. Com esta observação de consultas era sempre pedido a elaboração de notas clínicas de cada consulta. Esta foi sem dúvida uma das minhas grandes dificuldades ao longo do estágio, uma vez que foi necessária uma apropriação de linguagem, num sentido mais técnico e sintético, sendo necessário mais estudo ao nível de termos técnicos, assim como dos problemas que iam surgindo de paciente para paciente.

Uma das etapas mais difíceis em estágio para mim, foram as consultas que tive a oportunidade de assistir em internamentos de cuidados paliativos, assim como consultas com familiares destes pacientes. Este confronto com o fim de vida foi um enorme desafio para mim e fez-me perceber que cada paciente não se define apenas pela sua doença. Em intervenções neste contexto é preciso a existência de respeito pela dignidade humana, de empatia, de nos tornarmos disponíveis a entrar no mundo destes pacientes, de forma a partilhar com eles os seus pensamentos, sentimentos e etapas do final de vida, proporcionando-lhes sempre um ambiente mais calmo. Todas estas consultas foram sem dúvida um grande desafio para mim, isto porque muitas vezes torna-se difícil lidar com as emoções destes pacientes ou mesmo dos familiares e, ao mesmo tempo lidar com as nossas próprias emoções, sem nunca nos envolvermos em nenhum caso de forma pessoal.

Outro dos grandes desafios deste estágio foi sem dúvida o Grupo de Intervenção no Luto. Todo o processo foi muito trabalhoso e desafiante. Desde a elaboração do plano de intervenção à criação dos grupos. Todos estes grupos tinham de ser compostos por pessoas mais ou menos da mesma faixa etária de forma que todos se sentissem confortáveis ao longo das sessões. A elaboração das sessões foi também bastante desafiante, uma vez que queríamos que as sessões não fossem cansativas nem aborrecidas para os pacientes e, neste sentido, queríamos que existisse sempre algo mais prático, atividades em que os pacientes se envolvessem e sentissem que naquele local podiam abrir-se connosco e sentirem-se bem para partilhar as suas experiências do luto connosco e com outras pessoas, de forma que os conseguíssemos ajudar nesta

fase. Contudo, na fase final deste grupo, fiquei muito feliz por ver que todo o esforço, dedicação e trabalho tinham valido a pena. Perceber que os pacientes se sentiam melhores desde a primeira sessão até à última foi muito gratificante, tendo sentido muito orgulho de todo o trabalho que eu e a minha colega de estágio fizemos, sentindo que cumprimos o nosso principal objetivo.

Agora, na reta final deste percurso e, olhando para trás, esta oportunidade foi muito benéfica para mim. Venho com novas aprendizagens e um enorme crescimento, a nível pessoal e profissional. Apesar de, muitas vezes ter sentido vontade de desistir e não me sentir capaz de ir até ao fim, todo o cansaço que senti, todo o tempo que me dediquei a cada atividade que me foi proposta, foi sem dúvida uma mais-valia para a minha vida. Tive a oportunidade de experienciar atividades clínicas bastante diferenciadas, que me fizeram perceber qual a área que mais me apaixonava, assim como me ensinaram que, com dedicação e esforço, somos sempre capazes de enfrentar todos os desafios da vida.

Agradeço muito todo este estágio, todos os dias que passei neste hospital.

Termino esta etapa com a certeza de que levo comigo muito mais conhecimento, maturidade e certezas. Que este seja o início de toda uma nova etapa, cheia de experiências, formação e crescimento.

## Bibliografia

American Psychological Association. (2001). What a Health Psychologist Does, and How to Become One.

Barros, T. M. Psicologia e Saúde: intervenção em hospital geral. Psicoterapiascognitivocomportamentais: teoria e prática. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. p. 239-246.

Batista, I. R., Almeida, P. P., Fadel, G., & Bressan, R. A. (2008). Neurociência do Uso de Substâncias. São Paulo: LiNC-Lab Interdisciplinar de Neurociências Clínicas.

Beck, J. S. (2013). Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática. (2a ed). Artmed Editora

FANN, J. R.; HART, T.; SCHOMER, K. G. Treatment for depression after traumatic brain injury: a systematic review. J. Neurotrauma, [S.l.], v. 26, n. 12, p. 2383-2402, 2009.

FLYNN, F. G. Memory impairment after mild traumatic brain injury. Continuum: Lifelong Learn. Neurol., [S.l.], v. 16, n. 6, p. 79-109, 2010.

FONTES, D. et al. Neuropsicologia: teoria e prática. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed. (2014)

HAASE, Vitor Geraldi et al. Neuropsicologia como ciência interdisciplinar: consenso da comunidade brasileira de pesquisadores/clínicos em Neuropsicologia. Neuropsicologia Latinoamericana [online]. 2012, vol.4, n.4 [citado 2022-12-07], pp. 1-8.

Hernández, J. (2017). Trastornos psicológicos: un punto de unión entre la TCC y la Neuropsicología. PSYCIENCIA. Recovered from: <https://www.psyciencia.com/neuropsicobiologia-terapiacongntivoconductual/> el 05 de noviembre del 2019.

Lazzaretti, C. T. Manual de Psicologia Hospitalar. Curitiba: Unificado, 2007. 68p.

LEZAK, M. D.; HOWIESON, D. B.; LORING, D. W. Neuropsychological assessment. 4. ed. New York: Oxford University; 2004.

Mansur, L. L. (Eds.). *Temas em neuropsicologia*, 1, 1-18. São Paulo: Tec Art.

MENON, D. K. et al. Position statement: definition of traumatic brain injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, Philadelphia, v. 91, n. 11, p. 1637-1640, 2010

Patrícia, A. (2021). *Psicologia Clínica. Apontamentos essenciais em psicologia clínica*.

Piaget, J. (1986). *O nascimento da inteligência na criança* (M. L. Lima, trad.). Lisboa: Publicações Don Quixote (obra original publicada em 1977).

PODELL, K. et al. Neuropsychological assessment in traumatic brain injury. *Psychiatr Clin. N. Am.*, [S.l.], v. 33, n. 4, p. 855-876, 2010.

Regra, Jaíde, A. G. (2000). Formas de trabalho na psicoterapia infantil: mudanças ocorridas e novas direções. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 2 (1), 79-101.

Ribeiro, J., & Leal, I. (1996). *Psicologia Clínica da Saúde. Análise Psicológica*.

Rodrigues, N. (1993). Neuropsicologia: uma disciplina científica. Em: Rodrigues, N. & SENATHI-RAJA, D.; PONSFORD, J.; SCHONBERGER, M. Impact of age on long-term cognitive function after traumatic brain injury. *Neuropsychology*, [S.l.], v. 24, n.3, p. 336-344, 2010.

Seron, X. (1982). Toward a cognitive neuropsychology. *International Journal of Psychology*, 17, 149-156.

Stenzel, G., Paranhos, M., & Ferreira, V. (2012) *A Psicologia no Cenário Hospitalar*, Porto Alegre.

Teixeira, J. (2004). *Psicologia da Saúde. Análise Psicológica* .

YANG, C. C. et al. The association between the postconcussion symptoms and clinical outcomes for patients with mild traumatic brain injury. *J. Trauma*, [S.l.], v. 62, n.3, p. 657-663, 2007.

# ANEXOS

---



<b>Atividade</b>	<b>Calendarização</b>	<b>Descrição da Atividade</b>	<b>Objetivo da Atividade</b>
Observação Participante	Out/21-Dez/21	Observação de consultas de psicologia geral, intervenção em crise, neuropsicologia, protocolo PMA, psicooncologia, infantojuvenis, cuidados paliativos, casal, domicílios, consultas de psicologia cirurgia bariátrica.	Observação de consultas de modo a conhecer vários casos clínicos; Observação e compreensão de vários tipos de intervenção utilizados por cada terapeuta; Compreender a implementação do processo terapêutico em cada área de atuação.
Reuniões de orientação	Out/21-Agos/22	Reuniões semanais com a orientadora do estágio.	Partilha de experiências e esclarecimento de dúvidas sobre as atividades a desenvolver.
Avaliação e intervenção em casos clínicos	Jan/22-Agos/22	Avaliação e intervenção com diferentes casos clínicos.	Estabelecer um contacto com casos reais para a realização de uma avaliação e intervenção psicológica.
Avaliação e intervenção Psicométrica	Jan/22-Mai/22	Administração de testes que avaliam o desenvolvimento cognitivo (recurso à prova WISC III e Griffiths).	Adquirir conhecimentos práticos na administração de instrumentos de avaliação com crianças assim como aprofundar a prática.
Relatórios Clínicos	Jan/22-Agos/22	Relatórios de consulta (síntese de consultas e relatórios de avaliação psicológica e neuropsicológica). Formulações de casos, diagnósticos e interpretação de resultados.	Identificar o tipo de problema e formular qual a melhor intervenção. Identificar os objetivos da consulta e as estratégias utilizadas.

Intervenção em grupo (Luto)	Mar/22-Agos/22	Intervenção psicoeducativa e de autoajuda no luto, em grupo, como terapeuta.	Acompanhamento de Cuidadores/Familiares sobreviventes de utentes que beneficiavam de acompanhamento psicológico pela EIHS CP quando do falecimento do seu ente querido. Fornecer estratégias de gestão do dia a dia e promover o bem-estar.
Formação em serviço	Abril/22	Formação realizada no DPSM para a equipa, sobre A Avaliação dos Riscos Psicossociais em Contextos de Saúde e o Contributo do Psicólogo.	Adquirir conhecimentos teórico-práticos; Informar sobre a temática para os destinatários em questão; Alertar para a importância dos riscos psicossociais e o papel do psicólogo.
Material EPVA	Out/21-Dez/21	Elaboração de panfletos e cartazes sobre a Equipa Multidisciplinar de Prevenção da Violência no Adulto.	Aumentar os conhecimentos acerca da EPVA; Fornecer material informativo para a os profissionais de saúde e a comunidade.
Projeto de Investigação	Jan/22-Mar/22	Elaboração de um projeto de investigação para posterior publicação.	Avaliar a eficácia de uma intervenção psicológica em grupo psicoeducativo e de apoio no processo de luto em familiares/ cuidadores informais de doentes em cuidados paliativos
Póster	Setembro/22	Elaboração de um póster para o Congresso da Ordem dos Psicólogos 22 sobre os resultados da intervenção em grupo de luto.	Partilha dos resultados da eficácia de uma intervenção psicológica em grupo psicoeducativo e de apoio no processo de luto em familiares/ cuidadores informais de doentes em cuidados paliativos.
Outras atividades	Out/21-Agos/22	“Práticas de segurança na utilização dos sistemas de informação”; “Kit Básico de Saúde Mental”; “Perturbação Bipolar: como se diagnostica e como se intervém”; “1	Aumentar conhecimentos sobre temáticas relevantes; Desenvolvimento de competências na área da Psicologia; Desenvolvimento de competências de motivação, gestão e organização do tempo.

		<p>Jornadas do Serviço de Psicologia Clínica – Psicologia Hospitalar: Identidade e Desafios”; “I Jornadas do Serviço de Psicologia: Centro Hospitalar Universitário de São João”; “Angústia, Depressões e Medos”; ancro e PTSD”; “<i>Abordaje transdiagnóstico en un caso del trastorno</i> <i>del ánimo</i>”; “Jornada de Humanização do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa”; “<i>Abordaje transdisciplinar en neuroeducación y urorrehabilitación</i>”; “<i>Masterclass: "La humanidad en duelo.</i> <i>Gestión de la pérdida durante la pandemia"</i>”; “Intervenção nos problemas ligados ao álcool”; “Luto Traumático”; “Luto – A adaptação ao mundo depois da perda”; “II Jornadas de Gestão de Risco Hospitalar – Segurança do Doente: A Prioridade nos Estados de Saúde”; “Gestão do risco e controlo de infeção na organização de saúde”;” Grupo Multidisciplinar de Doença Neuromusculares: Doença de Pompe ”; “Journal Club: Apresentação e discussão do modelo de APD para a promoção da resiliência nos profissionais de saúde”; “VIII</p>	
--	--	--	--

		<p>Jornadas de Psicologia e Cuidados de Saúde Primários: Covid(s) Visões Panorâmicas e Paladas – Impressions On...”; “Gestão de luto em profissionais de saúde”; “Plano de Ação para a Prevenção da Violência no Sector da Saúde”; <i>“Neuropsicología forense: cómo abordamos la simulación y la exageración de síntomas?”</i>; “A importância do exercício físico para a nossa saúde física e mental”; “IV Reunião Interdisciplinar Cruzadas: Stress e Trauma”; “Workshop: Sociodrama Moreniano”; “Dia Mundial da Obesidade – Tratamento Cirúrgico da Obesidade”; <i>“Educar sin premios ni castigos, Es posible en la escuela y en la familia?”</i>; “Ciclo de Seminários LogicaMente à Quinta-Feira – Cerebralmente falando. Que órgão é este?”; “Eu decido, por isso faço o meu testamento vital”; “A Equipa para a prevenção da violência em Adultos (EPVA)”; “O papel do Psicólogo Clínico e da Saúde na Equipa para a prevenção da violência em Adultos (EPVA)”; “Gestão do tempo e da energia”; <i>“La intervención</i></p>	
--	--	--	--

		<p><i>psicológica en justicia juvenil en medio abierto: reflexiones y estrategias de intervención en casos complejos</i>"; "Psicologia à Conversa com... Gustavo Tato Borges - Da Pandemia para o futuro, o que aprendemos?"; "Prevenção dos Riscos Psicossociais e Promoção de Locais de Trabalho Saudáveis"; "A "Fisioterapia Cerebral". Mito ou realidade?"; "5 pasos para gestionar y transformar nuestras emociones"; "O que aprendeste com a Vivência da Doença?"; "Juntos a Cuidar"; "Compaixão nas perdas: o Vínculo que nos sustém"; "El núcleo familiar frente a la percepción del acoso escolar y cyberbullying"; "Organização do trabalho"; "Reunião Multidisciplinar: Um Dia com ELA"; "Curso Básico de Cuidados Paliativos"; "Jornadas de Psicologia: O Psicólogo no Mundo"; "Suporte Básico de Vida Adulto".</p>	
--	--	---	--

---

**Anexo 2 – Consultas Realizadas durante o estágio**

<b>Data da Consulta</b>	<b>Sexo</b>	<b>Idade</b>	<b>Agendamento</b>	<b>Realização</b>
13/01/2022	F	2	Psicometria InfantoJuvenil	Anamnese (Presença do Pai)
13/01/2022	F	13	Psicometria InfantoJuvenil	Anamnese (Presença da Mãe)
21/01/2022	F	53	Avaliação Neuropsicológica	Anamnese
21/01/2022	F	13	Psicometria InfantoJuvenil	Aplicação da WISC-III
04/02/2022	F	2	Psicometria InfantoJuvenil	Anamnese (Presença da Mãe)
04/02/2022	F	53	Avaliação Neuropsicológica	Aplicação de Testes Neuropsicológicos
11/02/2022	M	8	Psicometria InfantoJuvenil	Anamnese (Presença da Mãe)
18/02/2022	F	53	Avaliação Neuropsicológica	Aplicação de Testes Neuropsicológicos
25/02/2022	M	8	Psicometria InfantoJuvenil	Anamnese
25/02/2022	F	53	Avaliação Neuropsicológica	Aplicação de Testes Neuropsicológicos
04/03/2022	F	2	Psicometria InfantoJuvenil	Aplicação da Griffiths
11/03/2022	M	8	Psicometria InfantoJuvenil	Aplicação da WISC-III
29/03/2022	F	70	Grupo Luto	Acompanhamento e Psicometria
29/03/2022	F	38	Grupo Luto	Acompanhamento e Psicometria
29/03/2022	F	66	Grupo Luto	Acompanhamento e Psicometria
29/03/2022	F	29	Grupo Luto	Acompanhamento e Psicometria

29/03/2022	M	39	Grupo Luto	Acompanhamento e Psicometria
29/03/2022	M	78	Grupo Luto	Acompanhamento e Psicometria
29/03/2022	F	34	Grupo Luto	Acompanhamento e Psicometria
29/03/2022	F	43	Grupo Luto	Acompanhamento e Psicometria
01/04/2022	M	58	Grupo Luto	Acompanhamento e Psicometria
01/04/2022	F	38	Grupo Luto	Acompanhamento e Psicometria
01/04/2022	F	74	Grupo Luto	Acompanhamento e Psicometria
29/03/2022	F	61	Grupo Luto	Acompanhamento e Psicometria
29/03/2022	F	67	Grupo Luto	Acompanhamento e Psicometria
01/04/2022	F	13	Psicometria InfantoJuvenil	Devolução dos Resultados e Encerramento do Caso
01/04/2022	F	54	Grupo Luto	Acompanhamento e Psicometria
01/04/2022	F	69	Grupo Luto	Acompanhamento e Psicometria
01/04/2022	F	72	Grupo Luto	Acompanhamento e Psicometria
01/04/2022	F	66	Grupo Luto	Acompanhamento e Psicometria
01/04/2022	F	73	Grupo Luto	Acompanhamento e Psicometria
01/04/2022	F	59	Grupo Luto	Acompanhamento e Psicometria
01/04/2022	F	51	Grupo Luto	Acompanhamento e Psicometria
01/04/2022	F	61	Grupo Luto	Acompanhamento e Psicometria

01/04/2022	F	55	Grupo Luto	Acompanhamento e Psicometria
01/04/2022	F	23	Grupo Luto	Acompanhamento e Psicometria
01/04/2022	F	76	Grupo Luto	Acompanhamento e Psicometria
04/04/2022	F	55	Grupo Luto	Acompanhamento e Psicometria
04/04/2022	F	51	Grupo Luto	Acompanhamento e Psicometria
04/04/2022	F	55	Grupo Luto	Acompanhamento e Psicometria
05/04/2022	F	65	Grupo Luto	Acompanhamento e Psicometria
05/04/2022	F	57	Grupo Luto	Acompanhamento e Psicometria
05/04/2022	F	70	Grupo Luto	Acompanhamento e Psicometria
05/04/2022	F	57	Grupo Luto	Acompanhamento e Psicometria
05/04/2022	F	74	Grupo Luto	Acompanhamento e Psicometria
05/04/2022	F	64	Grupo Luto	Acompanhamento e Psicometria
05/04/2022	F	44	Grupo Luto	Acompanhamento e Psicometria
05/04/2022	F	69	Grupo Luto	Acompanhamento e Psicometria
05/04/2022	F	54	Grupo Luto	Acompanhamento e Psicometria
05/04/2022	M	69	Grupo Luto	Acompanhamento e Psicometria
05/04/2022	M	40	Grupo Luto	Acompanhamento e Psicometria
05/04/2022	F	57	Grupo Luto	Acompanhamento e Psicometria

05/04/2022	F	80	Grupo Luto	Acompanhamento e Psicometria
11/04/2022	M	78	Grupo Luto	Acompanhamento e Psicometria
11/04/2022	M	70	Grupo Luto	Acompanhamento e Psicometria
11/04/2022	F	54	Grupo Luto	Acompanhamento e Psicometria
11/04/2022	F	75	Grupo Luto	Acompanhamento e Psicometria
11/04/2022	F	74	Grupo Luto	Acompanhamento e Psicometria
12/04/2022	F	70	Grupo Luto	Acompanhamento
12/04/2022	F	66	Grupo Luto	Acompanhamento
12/04/2022	M	39	Grupo Luto	Acompanhamento
12/04/2022	M	78	Grupo Luto	Acompanhamento
12/04/2022	F	51	Grupo Luto	Acompanhamento
12/04/2022	F	38	Grupo Luto	Acompanhamento
19/04/2022	F	51	Grupo Luto	Acompanhamento
19/04/2022	F	55	Grupo Luto	Acompanhamento
19/04/2022	F	70	Grupo Luto	Acompanhamento
19/04/2022	F	57	Grupo Luto	Acompanhamento
19/04/2022	F	74	Grupo Luto	Acompanhamento

19/04/2022	F	75	Grupo Luto	Acompanhamento
21/04/2022	F	2	Psicometria InfantoJvenil	Devolução dos Resultados e Encerramento do Caso
22/04/2022	F	43	Grupo Luto	Acompanhamento
22/04/2022	F	61	Grupo Luto	Acompanhamento
22/04/2022	F	72	Grupo Luto	Acompanhamento
22/04/2022	F	73	Grupo Luto	Acompanhamento
22/04/2022	F	59	Grupo Luto	Acompanhamento
22/04/2022	F	74	Grupo Luto	Acompanhamento
22/04/2022	F	23	Grupo Luto	Acompanhamento
22/04/2022	F	44	Grupo Luto	Acompanhamento
22/04/2022	M	69	Grupo Luto	Acompanhamento
22/04/2022	F	57	Grupo Luto	Acompanhamento
22/04/2022	F	80	Grupo Luto	Acompanhamento
22/04/2022	F	55	Grupo Luto	Acompanhamento
09/05/2022	F	66	Grupo Luto	Acompanhamento
09/05/2022	M	78	Grupo Luto	Acompanhamento
09/05/2022	F	70	Grupo Luto	Acompanhamento
09/05/2022	F	76	Grupo Luto	Acompanhamento

09/05/2022	F	57	Grupo Luto	Acompanhamento
09/05/2022	F	70	Grupo Luto	Acompanhamento
09/05/2022	F	57	Grupo Luto	Acompanhamento
09/05/2022	F	74	Grupo Luto	Acompanhamento
09/05/2022	F	51	Grupo Luto	Acompanhamento
09/05/2022	F	61	Grupo Luto	Acompanhamento
09/05/2022	F	74	Grupo Luto	Acompanhamento
09/05/2022	F	61	Grupo Luto	Acompanhamento
09/05/2022	F	67	Grupo Luto	Acompanhamento
09/05/2022	F	72	Grupo Luto	Acompanhamento
09/05/2022	F	73	Grupo Luto	Acompanhamento
10/05/2022	F	44	Grupo Luto	Acompanhamento
10/05/2022	F	80	Grupo Luto	Acompanhamento
20/05/2022	F	53	Avaliação Psicológica	Devolução dos Resultados e Encerramento do Caso
24/05/2022	M	39	Grupo Luto	Acompanhamento
24/05/2022	M	78	Grupo Luto	Acompanhamento
24/05/2022	F	70	Grupo Luto	Acompanhamento
24/05/2022	F	76	Grupo Luto	Acompanhamento

24/05/2022	F	57	Grupo Luto	Acompanhamento
26/05/2022	F	72	Grupo Luto	Acompanhamento
26/05/2022	F	38	Grupo Luto	Acompanhamento
26/05/2022	F	44	Grupo Luto	Acompanhamento
26/05/2022	F	65	Grupo Luto	Acompanhamento
26/05/2022	F	70	Grupo Luto	Acompanhamento
26/05/2022	F	57	Grupo Luto	Acompanhamento
26/05/2022	F	74	Grupo Luto	Acompanhamento
26/05/2022	F	51	Grupo Luto	Acompanhamento
26/05/2022	F	61	Grupo Luto	Acompanhamento
26/05/2022	F	74	Grupo Luto	Acompanhamento
26/05/2022	F	61	Grupo Luto	Acompanhamento
02/06/2022	M	59	Avaliação Neuropsicológica	Anamnese (Presença da Filha)
07/06/2022	M	39	Grupo Luto	Acompanhamento
07/06/2022	M	78	Grupo Luto	Acompanhamento
07/06/2022	F	70	Grupo Luto	Acompanhamento
07/06/2022	F	76	Grupo Luto	Acompanhamento
07/06/2022	F	57	Grupo Luto	Acompanhamento

07/06/2022	F	65	Grupo Luto	Acompanhamento
07/06/2022	F	70	Grupo Luto	Acompanhamento
07/06/2022	F	57	Grupo Luto	Acompanhamento
07/06/2022	F	74	Grupo Luto	Acompanhamento
07/06/2022	F	51	Grupo Luto	Acompanhamento
07/06/2022	F	61	Grupo Luto	Acompanhamento
07/06/2022	F	74	Grupo Luto	Acompanhamento
07/06/2022	F	61	Grupo Luto	Acompanhamento
09/06/2022	M	59	Avaliação Neuropsicológica	Aplicação de Testes Neuropsicológicos e Psicoeducação Sobre o Álcool
09/06/2022	F	72	Grupo Luto	Acompanhamento
09/06/2022	F	38	Grupo Luto	Acompanhamento
17/06/2022	M	59	Avaliação Neuropsicológica	Aplicação de Testes Neuropsicológicos e Psicoeducação Sobre o Álcool
21/06/2022	M	59	Avaliação Neuropsicológica	Aplicação de Testes Neuropsicológicos e Psicoeducação Sobre o Álcool
28/06/2022	M	78	Grupo Luto	Acompanhamento

28/06/2022	F	70	Grupo Luto	Acompanhamento
28/06/2022	F	76	Grupo Luto	Acompanhamento
28/06/2022	F	65	Grupo Luto	Acompanhamento
28/06/2022	F	70	Grupo Luto	Acompanhamento
28/06/2022	F	57	Grupo Luto	Acompanhamento
28/06/2022	F	74	Grupo Luto	Acompanhamento
28/06/2022	F	51	Grupo Luto	Acompanhamento
28/06/2022	F	72	Grupo Luto	Acompanhamento
28/06/2022	F	44	Grupo Luto	Acompanhamento
28/06/2022	F	80	Grupo Luto	Acompanhamento
28/06/2022	F	61	Grupo Luto	Acompanhamento
28/06/2022	F	61	Grupo Luto	Acompanhamento
28/06/2022	M	39	Grupo Luto	Acompanhamento

30/06/2022	M	59	Avaliação Neuropsicológica	Aplicação de Testes Neuropsicológicos e Psicoeducação Sobre o Álcool
12/07/2022	F	70	Grupo Luto	Acompanhamento
12/07/2022	F	76	Grupo Luto	Acompanhamento
12/07/2022	F	57	Grupo Luto	Acompanhamento
12/07/2022	F	70	Grupo Luto	Acompanhamento
12/07/2022	F	57	Grupo Luto	Acompanhamento
12/07/2022	F	51	Grupo Luto	Acompanhamento
12/07/2022	F	61	Grupo Luto	Acompanhamento
12/07/2022	F	74	Grupo Luto	Acompanhamento
14/07/2022	M	39	Grupo Luto	Acompanhamento
14/07/2022	F	72	Grupo Luto	Acompanhamento
14/07/2022	F	44	Grupo Luto	Acompanhamento
14/07/2022	F	80	Grupo Luto	Acompanhamento
26/07/2022	M	78	Grupo Luto	Psicometria e Encerramento do Processo de Acompanhamento
26/07/2022	F	70	Grupo Luto	Psicometria e Encerramento do Processo de Acompanhamento
26/07/2022	F	76	Grupo Luto	Psicometria e Encerramento do Processo de Acompanhamento

26/07/2022	F	57	Grupo Luto	Psicometria e Encerramento do Processo de Acompanhamento
26/07/2022	F	65	Grupo Luto	Psicometria e Encerramento do Processo de Acompanhamento
26/07/2022	F	70	Grupo Luto	Psicometria e Encerramento do Processo de Acompanhamento
26/07/2022	F	57	Grupo Luto	Psicometria e Encerramento do Processo de Acompanhamento
26/07/2022	F	51	Grupo Luto	Psicometria e Encerramento do Processo de Acompanhamento
26/07/2022	F	61	Grupo Luto	Psicometria e Encerramento do Processo de Acompanhamento
26/07/2022	F	61	Grupo Luto	Psicometria e Encerramento do Processo de Acompanhamento
28/07/2022	M	59	Avaliação Neuropsicológica	Devolução dos Resultados e Encerramento do Caso
28/07/2022	M	39	Grupo Luto	Psicometria e Encerramento do Processo de Acompanhamento
28/07/2022	F	72	Grupo Luto	Psicometria e Encerramento do Processo de Acompanhamento
28/07/2022	F	44	Grupo Luto	Psicometria e Encerramento do Processo de Acompanhamento
28/07/2022	F	80	Grupo Luto	Psicometria e Encerramento do Processo de Acompanhamento



**Paciente A (Protocolo: Saúde Mental em Adultos)**  
(Estagiária Flora Costa)

**1. Tipo de Consulta:** Primeira.

**2. Objetivo da Consulta:**

- Estabelecer o primeiro contacto com o paciente;
- Exploração do motivo da consulta;
- Recolha de informação sobre o paciente (dados sociodemográficos, familiares e desenvolvimentais);
- Recolha de informação da história do problema;
- Definir orientação psicológica;

**3. Estado Mental:**

Paciente orientada no tempo e no espaço. Aspeto e cuidado geral. Ao longo da consulta apresentou um comportamento adequado e cooperante, de postura queixosa. Humor um pouco triste (com algum choro). Não apresenta alterações dos padrões de funcionamento global. Discurso organizado e colaborante. Escuta ativa com resposta empática.

**4. Hipótese de Diagnóstico:**

Encaminhada pela psiquiatria, apresenta quadros de ansiedade generalizada e depressivos, sendo relatado pela paciente sentir-se ansiosa e preocupada com diversos problemas e situações, não conseguindo controlar essa preocupação.

**5. Proposta de Intervenção:**

- Procurar estratégias para controlar a ansiedade;
- Educação para a saúde sobre o autocuidado;
- Trabalhar questões de autoestima.



### Atividades Propostas



Leitura



Escrita



Treino  
Matemático



Lazer  
(pintura, construção  
puzzles, passear...)

Flora Costa (Estagiária)  
Maria João Almeida (Estagiária)

Unidade de Psicologia Clínica e da Saúde  
Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental  
Março, 2022



### Práticas Educativas Parentais

Folheto Informativo



É importante que a  
promoção de competências  
seja realizada tanto em  
contexto escolar como no  
ambiente familiar.



### Em casa deve-se:

- Proporcionar um bom ambiente familiar
- Estabelecer regras simples e coerentes
- Definir horários estruturados (com atividades, momentos e locais determinados)
- Motivar na adoção de métodos de estudo
- Incentivar na participação das tarefas domésticas



«É um ano de transições complexas que envolvem o corpo, a mente e a personalidade.»  
(Arnold Gesell, 1956)



## Atividades Propostas



Leitura



Escrita



Jogos Educativos



Lazer  
(passear, brincar,  
pintura...)

Flora Costa  
(Psicóloga Estagiária, CESPU)  
Sob orientação de:  
Dr.ª Gerly Macedo (Psicóloga, HSOG)

Abril, 2022



## Práticas Educativas Parentais

### Folheto Informativo



### Em casa deve-se:

- Proporcionar um ambiente familiar funcional adequado
- Estabelecer regras simples e coerentes
  - Definir horários estruturados (com diferentes atividades, momentos e locais determinados)
- Incentivar à adoção de métodos de estudo
- Incentivar na participação das tarefas domésticas (adaptadas à idade)
  - Evitar julgamentos
  - Utilizar consequências positivas



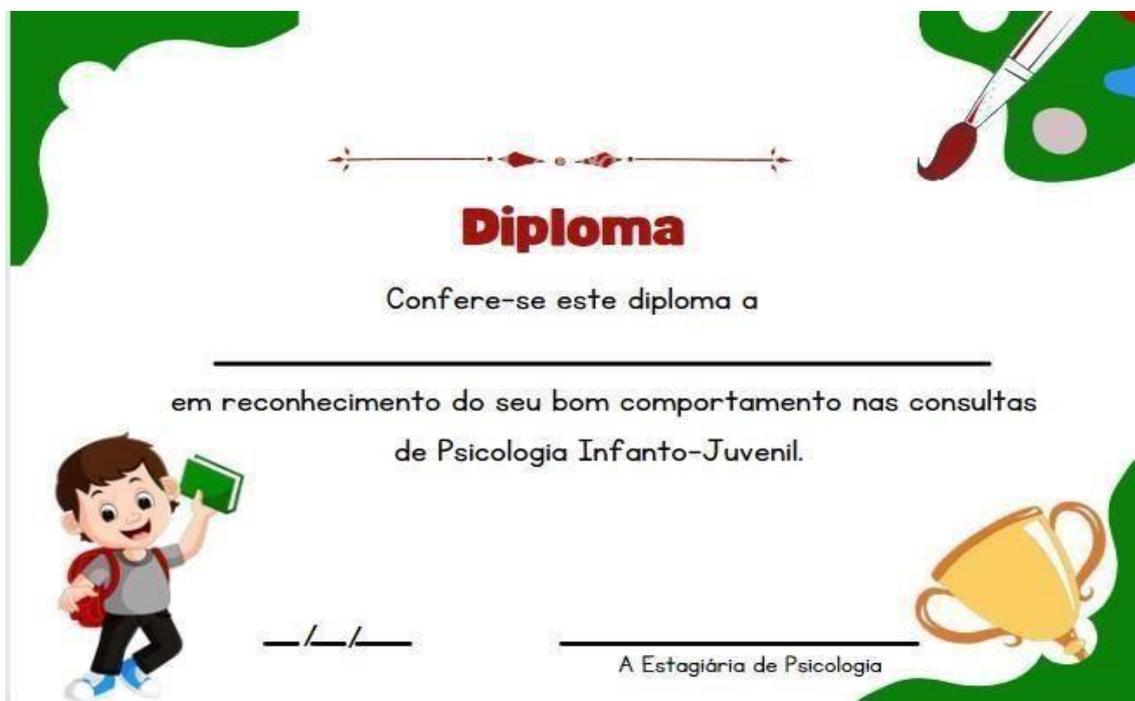
É importante que a promoção de competências seja realizada tanto em contexto escolar como no ambiente familiar.

«O objetivo da educação não é aumentar a quantidade de conhecimento, mas criar possibilidades para uma criança inventar e descobrir»  
(Jean Piaget)



---

**Anexo 5 – Diploma de Bom Comportamento para Crianças**



---

**Anexo 6 – Póster da “Avaliação da Eficácia de uma Intervenção Psicológica em Grupo Psicoeducativo e de Apoio no Processo de Luto em Familiares Cuidadores Informais de Doentes em Cuidados Paliativos”**

# Avaliação da Eficácia de uma Intervenção Psicológica em Grupo Psicoeducativo e de Apoio no Processo de Luto em Familiares Cuidadores Informais de Doentes em Cuidados Paliativos

Maria J. Freitas<sup>1,3</sup>; Flora Costa<sup>2</sup>; Gerly Macedo<sup>3</sup>; Joana Soarés<sup>3</sup>; José C. Rocha<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Departamento de Ciências Sociais e do Comportamento do Instituto Universitário de Ciências da Saúde (IUCS – CESPU) | <sup>2</sup>Unidade de Psicologia Clínica e da Saúde do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital da Senhora da Oliveira – Guimarães (HSOG) | <sup>3</sup>Serviço de Psicologia do Centro Hospitalar Universitário de São João (CHUSJ) | <sup>4</sup>Centro de Psicologia do Trauma e do Luto (CPTL)

## INTRODUÇÃO

Os Cuidados Paliativos pressupõem uma abordagem holística, através de cuidados de saúde ativos que conservam a dignidade<sup>1</sup>, baseando-se num fluxo de interação e comunicação entre a triade: profissionais de saúde, doente e sua família<sup>2</sup>.

O luto é um processo complexo e multidimensional, que exige esforço na adaptação à nova realidade e remete a um percurso que pode ser prolongado<sup>3,4</sup>.

Diversas investigações concluem que indivíduos que frequentaram intervenções psicológicas em grupo no luto descrevem uma melhoria na sintomatologia<sup>5,6</sup>, indicando que estas fomentam uma maior adaptação à perda e compreensão do processo, bem como um benefício em termos de suporte social<sup>7</sup>.

## OBJETIVOS

Avaliar os benefícios do processo de intervenção em grupo, traduzindo-os em resultados com indicadores de saúde melhorados e proceder à exploração de indicadores de qualidade na prestação de serviços.

## METODOLOGIA

A amostra por conveniência foi constituída por 14 participantes, dos 39 aos 80 anos. A intervenção psicológica em grupo realizou-se em 8 sessões, com frequência quinzenal, durante 5 meses.

Foram administrados nos dois momentos de avaliação o Instrumento de Avaliação da Perturbação do Luto Prolongado (PG-13)<sup>8</sup>, a Escala de Culparidade no Luto (ECL)<sup>9</sup>, a Escala de Crescimento Pós-Perda (ECP)<sup>10</sup> e a Escala de Resiliência de Connor-Davidson (CD-RISC)<sup>11</sup>. Além disso, procedeu-se à entrega e preenchimento do Consentimento Informado para participação no estudo, do Questionário Sociodemográfico e do Inquérito de Satisfação dos Utentes utilizado no HSOG.

## RESULTADOS

Face ao tamanho da amostra, utilizou-se o Teste não paramétrico dos Postos Sinalizados de Wilcoxon para amostras relacionadas, tendo-se verificado diferenças significativas entre a avaliação pré e pós-intervenção nas escalas aplicadas, exceto na ECL (Tabela 1). Através da análise do tamanho do efeito, considera-se que este é relevante nas escalas aplicadas.

Tabela 1

Comparação da avaliação pré e pós-intervenção	Avaliação Pré-intervenção		Avaliação Pós-intervenção		p	Estimativa de Ponto G de Hedges
	M	DP	M	DP		
PG-13	41.14	7.47	33.00	6.97	.003	-1.258
ECL	6.79	7.63	4.07	3.91	.208	-.428
ECP	98.86	21.31	132.86	28.33	.004	1.144
CD-RISC	52.36	13.57	69.36	15.90	.003	.999

## CONCLUSÃO

Apontam-se como limitações ao estudo o tamanho da amostra e a ausência de um grupo controlo sem intervenção. No entanto, os resultados alcançados demonstram que a partilha de experiências entre os participantes facilita a compreensão do processo de luto e sua integração, comprovando os benefícios e as evidências preliminares da eficácia desta metodologia de intervenção psicológica em grupo, corroborando, neste sentido, a literatura existente<sup>5,6</sup>. Desta forma, o papel do Psicólogo Clínico e da Saúde é fundamental, auxiliando o enlutado a encarar a perda de forma ajustada e integrativa.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- <sup>1</sup>Bandeli, S., des Ordonis A. R., & Sinnarajah, A. (2019). Comparing the physical, psychological, social, and spiritual needs of patients with non-cancer and cancer diagnoses in a tertiary palliative care setting. *Palliative and Supportive Care*, 18(5), 513-518. <https://doi.org/10.1177/1472752819851001>
- <sup>2</sup>Tojaj, C., & Rego, F. (2021). Effects of dignity therapy on palliative patients' family members: A systematic review. *Palliative and Supportive Care*, 19(5), 605-614. <https://doi.org/10.1177/1472752820951101>
- <sup>3</sup>Worden, J. W. (2018). *Grief Counseling and Grief Therapy: A Handbook for the Mental Health Practitioner* (Fifth Edition), pp. 74, 124. Springer Publishing Company ISBN: 9780-826334745; Johansen M., Danholdt M. F., Zachariae, R., Lundorf M., Farver-Vestergaard, L., & O'Connor M. (2019). Psychological intervention for grief in adults: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Affective Disorders*, 253, 69-86. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.04.045>
- <sup>4</sup>Kassam, D. W., Zaker, T. I., Li, Y., Hirschberg, S., Schuler, T., Laderberg, M., Lavie, L., Loeb, R., & Del Gaudio, F. (2018). Randomized controlled trial of family therapy in advanced cancer continued into bereavement. *Journal of Clinical Oncology*, 34(6), 1921-1927. <https://doi.org/10.1200/JCO.2016.36.8582>
- <sup>5</sup>Piper, W. E., Ogradniczuk, J. S., Joyce, A. S., & Weideman, R. (2009). Follow-up outcomes in short-term group therapy for complicated grief. *Group Dynamics: Theory, Research and Practice*, 13(1), 46-58. <https://doi.org/10.1177/1089264308323830>
- <sup>6</sup>Delalibera, M., Coelho, A., & Barbosa, A. (2011). Validação do Instrumento de Avaliação do Luto Prolongado para a População Portuguesa. *Acta Médica Portuguesa*, 46(6), 935-942.
- <sup>7</sup>Vieira, R., Rocha, J. C., Gonçalves, A. R., Megalhas, A., & Soares, J. (2020). Validação da Escala de Culparidade no Luto em uma População Portuguesa. *Dissertação de Mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia* - Instituto Universitário de Ciências da Saúde.
- <sup>8</sup>Pinto, C., Remédios-Costa, S., & Rocha, J. (2019). Crescimento Após a Perda: Construção Propriedades Psicométricas de Instrumento de Avaliação. *Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica* - Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro. <sup>9</sup>Faria Anjos, J., Heter, dos Santos, M. J., Ribeiro, M. T., & Moreira, S. (2019). Connor-David Resilience Scale: Validation Study in a Portuguese Sample. *BMI Open*, 9(6), Artigo e026836. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-026836>

---

**Anexo 7 – Apresentação da Formação “Avaliação dos Riscos  
Psicossociais em Contextos de Saúde e o Contributo do  
Psicólogo”**

## Avaliação dos Riscos Psicossociais em Contextos de Saúde e o Contributo do Psicólogo



Formadora: Flora Costa  
Instituto Universitário de Ciências da Saúde – CESPU  
Orientadora: Doutora Gerly Macedo

## Riscos Psicossociais



Fatores que influenciando a saúde e o bem-estar do indivíduo e do grupo, derivam da **psicologia do indivíduo, da estrutura e da função da organização do trabalho**. Estes incluem **aspectos sociais, aspetos culturais e aspetos psicológicos**.



Por um lado, resultam na **interação entre o trabalho, o seu ambiente, a satisfação e as condições físicas da organização**, e por outro lado, nas **capacidades do trabalhador, nas suas necessidades, a sua cultura, os seus costumes e as condições de vida dos trabalhadores fora do local de trabalho**.



Aspetos relativos ao **desenho do trabalho, organização e gestão e aos seus contextos sociais e ambientais**, com capacidade de causar **danos do tipo físico, social ou psicológico**.

(OMS, 1981; OIT, 1986; Agência Europeia, 2005)

## Objetivos

- ➔ Perceber o que são os riscos psicossociais e qual o seu impacto
- ➔ Conhecer quais os fatores e sinais de alerta para os riscos psicossociais
- ➔ Entender o que é a Saúde Mental e quais os aspetos fundamentais para manter o bem-estar no local de trabalho
- ➔ Definir as medidas de prevenção dos riscos psicossociais
- ➔ Compreender o papel do psicólogo clínico e da saúde na gestão e prevenção dos riscos psicossociais



OPP, 2021

## Riscos Psicossociais

Relacionados com as **tarefas laborais**:

- Conteúdo de trabalho não tem significado
- Carga de trabalho é superior ou inferior à capacidade do trabalhador
- Falta de autonomia e controlo relativamente às tarefas e organização do trabalho
- Existe um grau elevado de automatização e repetição das tarefas

REPÚBLICA PORTUGUESA

OPP, 2021

## Riscos Psicossociais

Relacionados com a **organização do trabalho**:

- Horários de trabalho excessivos e contínuos
- Número de pausas para descanso limitado e de pouca duração
- Condições inadequadas do ambiente de trabalho
- Falta de requisitos do equipamento de trabalho

REPÚBLICA PORTUGUESA

OPP, 2021

## Riscos Psicossociais

Relacionados com a **estrutura da organização**:

- Indefinição das funções e do papel do colaborador
- Falta de comunicação interna
- Conflitos laborais
- Má relação entre os trabalhadores e os departamentos da organização
- Falta de oportunidades de promoção e desenvolvimento profissional
- Inexistência de recompensas ou compensações

REPÚBLICA PORTUGUESA

OPP, 2021

## Riscos Psicossociais

Relacionados com **outros (a nível pessoal)**:

- Dificuldade em conciliar compromissos laborais e familiares
- Ansiedade
- Depressão
- Stress
- Divórcio
- Níveis de satisfação com a vida

REPÚBLICA PORTUGUESA

OPP, 2021

## Riscos Psicossociais

Todos estes riscos podem afetar a saúde dos indivíduos de três maneiras distintas, mas não exclusivas:

Diretamente

Indiretamente

Efeito sinérgico ou potenciação de outros tipos de fatores de risco

00000000

## Consequências Individuais Físicas e Fisiológicas

**Aumento :**

- Incidência de doenças cardíacas
- Inibição do sistema imunitário
- Lesões músculo-esqueléticas
- Transtornos digestivos
- Cancro
- Problemas no sistema reprodutor



00000000

(CARIT & ACT, 2012; AESST, 2013; Gil-monte, 2009; Kompier & Marcelissen, 1990, citado por Leka et al., 2010; Leka et al., 2003; Leka et al., 2010)

## Comportamentos Prejudiciais



Inatividade Física



Maus Hábitos Alimentares



Consumo Excessivo de Alcool e Tabaco



Consumo de Drogas



Alterações do Sono



Violência

00000000

(Leka S, Jain A, 2010)

## Consequências Individuais Comportamentais



- Início ou aumento do consumo de substâncias
- Maior isolamento
- Roer as unhas
- Negligência física e profissional
- Absentismo e Presentismo
- Agressividade/violência

00000000

(CARIT & ACT, 2012; AESST, 2013; Gil-monte, 2009; Kompier & Marcelissen, 1990, citado por Leka et al., 2010; Leka et al., 2003; Leka et al., 2010)

## Consequências Individuais Psicológicas e Emocionais

- Ansiedade
- Depressão
- Burnout
- Mau humor
- Irritabilidade
- Angústia
- Problemas de relacionamento com os colegas
- Fadiga
- Problemas familiares
- Insónia ou hipersónia
- Disfunção sexual



(CARIT & ACT, 2012; AESST, 2013; Gil-monte, 2009; Kompier & Marcellissen, 1990, citado por Leka et al., 2010; Leka et al., 2003; Leka et al., 2010)

## Consequências Organizacionais

- Aumento do absentismo
- Menor dedicação ao trabalho ou presencialismo
- Aumento da rotação de pessoal
- Deterioração do rendimento e produtividade
- Aumento de práticas laborais pouco seguras e das taxas de acidentes
- Aumento das queixas
- Efeitos negativos no recrutamento de pessoal
- Aumento dos problemas legais face às queixas
- Aumento de situações de conflituosidade
- Greves e agressões



(OIT, 1986; Quick et al., 2003; Leka, Griffiths & Cox, 2004; Agência Europeia, 2005; Brun & Lamarche, 2004, 2006; )

## Consequências Individuais Cognitivas

- Dificuldades de concentração
- Dificuldades de memória
- Dificuldades de aprendizagem de novas tarefas
- Dificuldade em pensar logicamente e tomar decisões
- Pensamentos negativos
- Diminuição da apreciação do seu trabalho



(CARIT & ACT, 2012; AESST, 2013; Gil-monte, 2009; Kompier & Marcellissen, 1990, citado por Leka et al., 2010; Leka et al., 2003; Leka et al., 2010)

## Saúde Mental e Bem Estar

Capacidade de adaptação a novas circunstâncias de vida

Estabelecer relações satisfatórias com os outros membros da comunidade

Reconhecer limites e sinais de mal estar



Superação de crises e resolução de perdas afetivas e conflitos emocionais

Ter sentido crítico e de realidade mas também humor, criatividade e capacidade de sonhar

Ter projetos de vida e, sobretudo, descobrir um sentido para a vida

(DGS, 2020)

REPÚBLICA PORTUGUESA PORTAL DA SAÚDE | PORTAL DO UTILIZADOR 19/04/2022

## Um Local de Trabalho Saudável Implica:

- Ambiente de trabalho inspirador e de aprendizagem contínua
- Relações interpessoais abertas
- As equipas devem ser otimistas e eficazes
- Haja confiança e compromisso
- Promova o equilíbrio entre a vida pessoal e profissional
- Carga de trabalho adequada ao trabalhador
- Incentivo dos trabalhadores a participar na tomada de decisão

(OPP, 2021)

REPÚBLICA PORTUGUESA PORTAL DA SAÚDE | PORTAL DO UTILIZADOR 19/04/2022

## Gestão dos Riscos Psicossociais

Modelo geral de atuação dos **Serviços de SST/SO** no âmbito dos riscos psicossociais:

- 1 Informação Inicial**  
(aos trabalhadores e à organização)
- 2 Análise do Risco Psicossocial**  
(plano individual e organizacional)

(Guia Técnico n.º 3: Vigilância da saúde dos trabalhadores expostos a fatores de risco psicossocial no local de trabalho, 2021)

REPÚBLICA PORTUGUESA PORTAL DA SAÚDE | PORTAL DO UTILIZADOR 19/04/2022

## Aspetos positivos e benéficos para a saúde mental

## Aspetos negativos e prejudiciais para a saúde mental

(Guia Técnico n.º 3: Vigilância da saúde dos trabalhadores expostos a fatores de risco psicossocial no local de trabalho, 2021)

REPÚBLICA PORTUGUESA PORTAL DA SAÚDE | PORTAL DO UTILIZADOR 19/04/2022

## Gestão dos Riscos Psicossociais

Modelo geral de atuação dos **Serviços de SST/SO** no âmbito dos riscos psicossociais:

- 3 Avaliação do Risco Psicossocial**  
(plano individual e organizacional)
- 4 Gestão do Risco Psicossocial**  
(medidas individuais e coletivas)

(Guia Técnico n.º 3: Vigilância da saúde dos trabalhadores expostos a fatores de risco psicossocial no local de trabalho, 2021)

## Medidas de Prevenção em Contexto Organizacional

- Clima saudável e seguro, de confiança e interajuda entre os trabalhadores e chefias;
- Garantir a participação dos trabalhadores em decisões relacionadas com conteúdo das tarefas, condições e horários de trabalho;
- Fornecer aos trabalhadores o equipamento necessário e garantir que este se encontra em bom estado;



0012345678

(Guia Técnico n.º 3: Vigilância da saúde dos trabalhadores expostos a fatores de risco psicossocial no local de trabalho, 2021)

## Medidas de Prevenção em Contexto Organizacional

- Manter uma comunicação regular entre toda a equipa da organização;
- Promoção da saúde e aumento do bem-estar, da satisfação e da justiça no trabalho;
- Avaliação dos riscos psicossociais, através de instrumentos disponíveis para esse efeito.



0012345678

(Guia Técnico n.º 3: Vigilância da saúde dos trabalhadores expostos a fatores de risco psicossocial no local de trabalho, 2021)

## Conclusão

A saúde mental tem um impacto bastante considerável no desempenho profissional.

É bastante importante que os colaboradores e trabalhadores das organizações estejam em alerta, uma vez que são várias as consequências prejudiciais para o indivíduo.

A prevenção dos riscos psicossociais obriga a que haja um envolvimento ativo e dinâmico por parte da entidade empregadora, dos trabalhadores e dos seus representantes.



0012345678

## O Papel do Psicólogo Clínico e da Saúde nos Riscos Psicossociais em Contexto Clínico e Hospitalar



001/2020/001

### O Psicólogo do Trabalho



Nível organizacional e individual

Melhorar o desempenho, satisfação e produtividade laboral

Melhoria contínua da organização e aumento da qualidade de vida dos colaboradores

001/2020/001

### O Psicólogo Clínico e da Saúde



Todos os contextos e comportamentos de saúde

Intervenção promotora da saúde, preventiva e remediativa

Melhoria da saúde e qualidade de vida da população

(OPP,2020)

## Pirâmide das Necessidades de Maslow e Reflexos no Contexto de Trabalho



(Guia Técnico n.º 3: Vigilância da saúde dos trabalhadores expostos a fatores de risco psicossocial no local de trabalho, 2021)

001/2020/001

## Intervenção dos SST/SO

É essencial que nas organizações exista uma correta e permanente avaliação de riscos, que suporte a vigilância dos trabalhadores em matéria de saúde mental e bem-estar, permitindo medidas necessárias de prevenção dos riscos profissionais de natureza psicossocial.



Os Serviços SST/SO seguem um protocolo que tem por base a metodologia de análise, avaliação e gestão do risco profissional que visa a ação pela adoção de medidas preventivas.



(Guia Técnico n.º 3: Vigilância da saúde dos trabalhadores expostos a fatores de risco psicossocial no local de trabalho, 2021)

## Intervenção dos SST/SO

Para se proceder à identificação e avaliação dos fatores de risco é comum a aplicação de alguns questionários.



Após a análise dos resultados, a medicina do trabalho dos riscos psicossociais reencaminha para a área da saúde mental apenas os casos com severidade clínica psicopatológica e/ou comprometimento funcional.



(Guia Técnico n.º 3: Vigilância da saúde dos trabalhadores expostos a fatores de risco psicossocial no local de trabalho, 2021)

## O Papel do Psicólogo Clínico e da Saúde

### 1 Avaliação Psicológica



Elaboração de Prognósticos

## O Papel do Psicólogo Clínico e da Saúde

Mediante elevados riscos psicossociais apresentados por cada indivíduo, o psicólogo clínico e da saúde tem como principal papel:

### 1 Avaliação Psicológica

### 2 Orientação Psicológica

## O Papel do Psicólogo Clínico e da Saúde

### 1 Avaliação Psicológica

- Questionários
- Entrevistas de avaliação
- Registos narrativos
- Instrumentos psicométricos

## O Papel do Psicólogo Clínico e da Saúde

### 2 Orientação Psicológica



BRUNO ALVES

## Consequências a Nível Psicológico

- Depressão**
- Sensação de vazio ou tristeza
  - Falta de vontade para a realização de atividades
  - Cansaço constante e falta de energia
  - Irritabilidade
  - Problemas de sono
  - Pensamento de morte e suicídio

- Ansiedade**
- Nervosismo
  - Dificuldades de concentração
  - Preocupação excessiva
  - Medo constante
  - Descontrole dos próprios pensamentos
  - Sensação de morte

BRUNO ALVES

(Ramirez, 2021, 2022)

## Consequências a Nível Psicológico

O trabalho pode levar a consequências negativas e prejudiciais para a pessoa, com recorrente sofrimento psíquico:



BRUNO ALVES

(Matrix, 2013)

## Consequências a Nível Psicológico

- Stress**
- Indecisão
  - Desmotivação
  - Isolamento
  - Agressividade
  - Irritabilidade
  - Alterações do apetite

- Burnout**
- Exaustão emocional
  - Menor realização profissional
  - Menor motivação
  - Sintomas físicos
  - Menor bem-estar
  - Deterioração das relações sociais e familiares

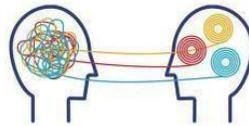
BRUNO ALVES

(OPP, 2021)

## O Papel do Psicólogo Clínico e da Saúde

**Desta forma, a intervenção nos riscos psicossociais pode contribuir para:**

- O desenvolvimento saudável, o bem-estar e a saúde física e psicológica dos indivíduos
- O aumento da qualidade e da satisfação com a vida
- A adoção de comportamentos e estilos de vida mais saudáveis
- O aumento da longevidade e da resiliência
- A melhoria da adaptação à doença e à adesão terapêutica
- A diminuição dos comportamentos de risco para a saúde



(OPP,2020)

## Bibliografia

- Amaro, A. (n.d.). *A crise e os riscos psicossociais no âmbito de segurança e saúde no trabalho* Resumo.
- APSEI. (n.d.). *Stresse no Trabalho*. Retrieved December 14, 2021, from <https://www.apsei.org.pt/areas-de-atuacao/seguranca-no-trabalho/stresse-no-trabalho/>
- Armour, C., Tsai, J., Durham, T. A., Charak, R., Biehn, T. L., Elhai, J. D., & Pietrzak, R. H. (2015). Dimensional structure of DSM-5 posttraumatic stress symptoms: Support for a hybrid Anhedonia and Externalizing Behaviors model. *Journal of Psychiatric Research*, 61, 106-113. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2014.10.012>
- Carreto, F. (2020). *PREVENÇÃO DOS RISCOS PSICOSSOCIAIS UM MODELO DE GESTÃO PREVENTIVA NAS UNIDADES NAVAIS*.
- Carvalho, T., Teixeira, C., & Pinto-Gouveia, J. (2018). *Versão Portuguesa da Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): Dados Preliminares sobre as Propriedades Psicométricas*. [https://www.researchgate.net/publication/329016935\\_Versao\\_Portuguesa\\_da\\_Posttraumatic\\_Stress\\_Disorder\\_Checklist\\_for\\_DSM-5\\_PCL-5\\_Dados\\_Preliminares\\_sobre\\_as\\_Propriedades\\_Psicometricas](https://www.researchgate.net/publication/329016935_Versao_Portuguesa_da_Posttraumatic_Stress_Disorder_Checklist_for_DSM-5_PCL-5_Dados_Preliminares_sobre_as_Propriedades_Psicometricas)
- Coelho, J. (2009). *Gestão preventiva de riscos psicossociais no trabalho em hospitais no quadro da união europeia*.
- Costa, I. (2017). *As condições de trabalho, os riscos gerais e os riscos psicossociais nos profissionais de saúde: um estudo no pólo de Valongo do Centro Hospitalar São João do Porto*.
- Cruz Vermelha Portuguesa. (2018). *ORIENTAÇÕES NACIONAIS PARA PROCESSO DE AVALIAÇÃO DE RISCOS PSICOSSOCIAIS*.
- Gabinete de Estudos Técnicos. (2016). *O Perfil dos Psicólogos da Saúde*. Ordem Dos Psicólogos.
- Gabinete de Estudos OPP. (2020). *A Intervenção dos Psicólogos na Saúde*.

00000000

## Conclusão

Os Psicólogos do Trabalho podem participar e contribuir para a criação de Locais de Trabalho Saudáveis. Estes, são os profissionais mais capacitados para promover e desenvolver mudanças nesse sentido.

Os Psicólogos Clínicos e da Saúde aplicam as teorias e as evidências da ciência psicológica à saúde (e doença), de modo a provocar mudanças que conduzam a comportamentos saudáveis.

Deste modo, mediante os prognósticos dos indivíduos, atuam sempre de forma a desenvolver um bem-estar e saúde física e psicológica dos indivíduos.



00000000

## Bibliografia

- George, F. (2007). *Programa-tipo de actuação em cessação tabágica* (pp. 1-76). Direção geral da Saúde .
- Governo de Portugal. (n.d.). *Prevenir os riscos psicossociais nos locais de trabalho*. [www.act.gov.pt](http://www.act.gov.pt)
- Martins, M. (n.d.). *FACTORES DE RISCO PSICOSSOCIAIS PARA A SAÚDE MENTAL*.
- Medilav. (n.d.). *Psicologia e Avaliação de Riscos Psicossociais*. Retrieved December 14, 2021, from <https://medilav.pt/servicos/saude-ocupacional/psicologia-avaliacao-riscos-psicossociais/>
- Moreira, S., Nunes, C., & Nogueira, J. (2001). *VIGILÂNCIA DA SAÚDE DOS TRABALHADORES EXPOSTOS A FATORES DE RISCO PSICOSSOCIAL NO LOCAL DE TRABALHO*. <https://forms.gle/eErPsRs2aX1sReA9>
- mwpl-admin. (2019, December). *Como prevenir e gerir os Riscos Psicossociais?* <https://mwpl.pt/como-prevenir-e-gerir-os-riscos-psicossociais/>
- Oliveira, A., Coelho, B., Rocha, C., Quadros, C., Zolo, D., Queiroz, E., Carcujeja, E., Cardoso, G., Melo, L., Oliveira, M., Ricou, M., Raimundo, R., & Carvaloz, R. (2019). *PSICOLOGIA NA CONSTRUÇÃO DE LOCAIS DE TRABALHO SAUDÁVEIS*. *Revista Oficial Da Ordem Dos Psicólogos*. [www.ordemdospsicologos.pt](http://www.ordemdospsicologos.pt)
- OPP (2021). *Análise e ações para reduzir o custo do stresse e dos problemas de saúde psicológica no trabalho, em Portugal*. <https://maisprodutividade.org/>
- Sequeira, J. (2019). *RISCOS PSICOSSOCIAIS ESTUDO DE CASO NO SETOR DA CONSTRUÇÃO*.
- SICAD. (n.d.). *Rede de Referenciação/Articulação*. Retrieved December 14, 2021, from [https://www.sicad.pt/PT/Intervencao/RedeReferenciacao/SitePages/detalha.aspx?itemId=2&amp;lista=SICAD\\_INSTRUMENTOS&amp;bkiUri=IK/Intervencao/RedeReferenciacao/](https://www.sicad.pt/PT/Intervencao/RedeReferenciacao/SitePages/detalha.aspx?itemId=2&amp;lista=SICAD_INSTRUMENTOS&amp;bkiUri=IK/Intervencao/RedeReferenciacao/)
- Silva, L. (2014). *A Prevenção de Riscos Psicossociais*.
- Técnicos Superiores de Segurança e Higiene no Trabalho. (2017). *ESTUDO PARA A PREVENÇÃO DOS RISCOS PSICOSSOCIAIS NA PT PORTUGAL*

00000000

---

**Anexo 8 – Panfletos Informativos da Formação**  
**“Avaliação dos Riscos Psicossociais em Contextos de**  
**Saúde e o Contributo do Psicólogo”**

## Medidas de Prevenção

- Clima saudável e seguro, de confiança e interajuda entre os trabalhadores e chefias;
- Garantir a participação dos trabalhadores em decisões relacionadas com conteúdo das tarefas, condições e horários de trabalho;
- Fornecer aos trabalhadores o equipamento necessário e garantir que este se encontra em bom estado;
- Manter uma comunicação regular entre toda a equipa da organização.



## Estratégias a adotar para manter um bom ambiente de trabalho



- Fortalecer os vínculos sociais entre o grupo de trabalho;
- Potenciar a comunicação;
- Manter uma comunicação aberta e transparente entre todos os membros da equipa;
- Ser resiliente e assertivo;
- Praticar a amabilidade;
- Expressar gratidão.



## Avaliação dos Riscos Psicossociais em Contextos de Saúde

Flora Costa (Psicóloga Estagiária, CESPU)

Informação para Profissionais de Saúde

## O que são afinal os Riscos Psicossociais?



“Aspetos relativos ao desenho do trabalho, organização, gestão e aos seus contextos sociais e ambientais, com capacidade de causar danos do tipo físico, social ou psicológico”.  
(Agência Europeia, 2005)



## Comportamentos Prejudiciais



Inatividade física;  
Maus hábitos alimentares;  
Consumo excessivo de álcool, tabaco e outras substâncias;  
Alterações do sono;  
Violência.

## Sinais de Alerta

### Físicos

(aumento da incidência de doenças cardíacas, transtornos digestivos, inibição do sistema imunitário, problemas no sistema reprodutor...)

### Comportamentais

(isolamento, agressividade, início ou aumento do consumo de substâncias, negligência física e profissional...)

### Psicológicos e Emocionais

(ansiedade, depressão, burnout, irritabilidade, angústia, fadiga...)

### Cognitivos

(dificuldades de concentração, memória, aprendizagem, pensamentos negativos...)

### Organizacionais

(aumento do absentismo, aumento da rotação do pessoal, presencialismo, deterioração do ambiente...)

## Gestão dos Riscos Psicossociais

Segundo o Modelo geral de atuação dos Serviços de SST/SO:

1

Informação Inicial  
(aos trabalhadores e à organização)

### Análise do Risco Psicossocial

(plano individual e organizacional)

2

3

Avaliação do Risco Psicossocial  
(plano individual e organizacional)

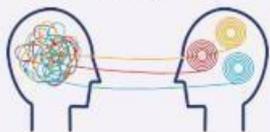
### Gestão do Risco

Psicossocial  
(medidas individuais e coletivas)

4

### A intervenção do Psicólogo contribui para:

- O desenvolvimento saudável, o bem-estar, a saúde física e psicológica dos indivíduos;
- O aumento da qualidade e da satisfação com a vida;
- A adoção de comportamentos e estilos de vida mais saudáveis;
- O aumento da longevidade e da resiliência;
- A melhoria da adaptação à doença e à adesão terapêutica;
- A diminuição dos comportamentos de risco para a saúde.



### Estratégias a adotar para a Prevenção dos Riscos Psicossociais

- Desenvolver condutas que eliminem as fontes de stress ou neutralizem as consequências do mesmo;
- Praticar técnicas de relaxamento;
- Definir objetivos reais e atingíveis;
- "Desligar" do trabalho fora do horário laboral;
- Fortalecer os vínculos sociais entre o grupo de trabalho;
- Potenciar a comunicação.



### O Papel do Psicólogo Clínico e da Saúde nos Riscos Psicossociais

Flora Costa (Psicóloga Estagiária, CESPU)

Informação para Profissionais de Saúde

### Consequências mais frequentes a nível psicológico dos Riscos Psicossociais

#### Depressão

(humor deprimido, distúrbios de sono e alimentação, ausência de autocuidado, pensamentos suicidas...)

#### Ansiedade

(medos, insónia, tensão muscular, irritabilidade...)

#### Stress

(hipertensão arterial, tonturas frequentes, patia, aumento da pressão sanguínea...)

#### Burnout

(esgotamento físico e mental, alterações gastrointestinais e cardíacas, insónia, mudanças no apetite...)



### O Psicólogo Clínico e da Saúde

Aplicam as teorias e as evidências da ciência psicológica à saúde (e à doença), para prevenir a doença.



Procurando provocar mudanças que conduzam à adoção de comportamentos saudáveis.



Nas organizações, após a avaliação dos médicos do trabalho dos riscos psicossociais, apenas casos com severidade clínica psicopatológica e/ou comprometimento funcional é que são encaminhados para a área da saúde mental.

### O Papel do Psicólogo Clínico e da Saúde

#### 1 Avaliação Psicológica

- Através de:
- entrevistas
  - questionários
  - Instrumentos psicométricos

#### 2 Orientação Psicológica

- Discussão do caso com a equipa
- Orientação para a especialidade (mediante a avaliação)
- Acompanhamento psicológico, utilizando algumas técnicas psicológicas (psicoeducação, técnicas de relaxamento...)







### Tipos de Violência



**Violência Física**  
(Inclui comportamentos como bofetada, pontapé, murro e agressão com objetos)

**Violência Psicológica (Emocional)**

(Inclui comportamentos como crítica constante, insultos, chantagem e ameaças)



**Violência Sexual**  
(Inclui comportamentos como agressão, abuso, violação e exposição a situações e/ou conteúdos pornográficos)

**Violência Social**  
(Inclui comportamentos como humilhação em público – junto de familiares e amigos e uso de objetos pessoais sem autorização)



### Linhas Telefónicas de Apoio

**Linha de Emergência Nacional**  
(Gratuito, Atendimento 24 Horas)  
**112**

**Linha Nacional de Emergência Social (LNEs)**  
(Gratuito, Atendimento 24 Horas)  
**144**

**Serviço de Informação a Vítimas de Violência Doméstica (SIVVD)**  
(Gratuito, Atendimento 24 Horas)  
**800 202 148**

**Linha de Apoio à Vítima | APAV | Associação Portuguesa de Apoio à Vítima**  
(Gratuito, Dias Úteis 09H – 19H)  
**116 006**

**Associação Portuguesa de Apoio à Vítima | APAV**  
(Gratuito, Dias Úteis 10H – 13H / 14H – 17H)  
**707 200 077**

**SOS Criança – Instituto de Apoio à Criança**  
(Gratuito, Dias Úteis 09H – 19H)  
**116 111**



### Prevenção de Violência em Crianças ou Jovens

### O que é a Violência?

Ato praticado com o objetivo de:

**Maltratar**

**Castigar**

**Explorar**

**Punir**

**Privar a liberdade**

**Ofender sexualmente**



Praticado contra a criança ou jovem, na sua presença ou por ele/a vivenciado.

De que resultem danos para a saúde, sobrevivência, desenvolvimento ou dignidade da vítima.

**A Violência é CRIME.**

**Não a toleres, DENUNCIA!**



**Lembra-te que...**

- As crianças ou jovens **NÃO SÃO RESPONSÁVEIS** pela situação de violência de que são vítimas.

**Recorre às Linhas Telefónicas de Apoio se:**

- És ou foste vítima de qualquer tipo de Violência – **DENUNCIA** a situação;

- Tens alguma dúvida e necessitas de informação sobre a situação em que vives.

## Porque surgiu?

Um milhão de pessoas perde a vida e muitos sofrem ferimentos não fatais. A OMS (2002) preconiza a violência pelo uso de força física ou de poder em forma real ou ameaça a si próprio ou contra outro (injúrias, morte, dano psicológico/social, perturbações no desenvolvimento ou privação no ciclo normal de vida).

## Como surgiu?

A criação da Ação de Saúde sobre Género, Violência e Ciclo de Vida (ASGVCV), enquanto modelo de intervenção integrada sobre a violência interpessoal ao longo do ciclo de vida

(Despacho n.º 6378/2013, de 16 de maio de 2013)



Determina o alargamento do espectro de ação, privilegiando a intervenção preventiva em todas as etapas de vida.



Surgiram as **Equipas para a Prevenção da Violência em Adultos (EPVA)**, com o objetivo de melhorar a resposta ao fenómeno da violência, articulando com outras equipas, prestando uma atuação nos serviços de saúde concertada e eficiente.

Os profissionais de saúde, pela proximidade com os utentes, encontram-se numa posição estratégica para detetar riscos e identificar as possíveis vítimas de violência. Qualquer um está envolvido na denúncia.

## Contactos

**Linha de Emergência Nacional**  
(Gratuito, Atendimento 24 Horas)  
112

**Linha Nacional de Emergência Social (LNES)**  
(Gratuito, Atendimento 24 Horas)  
144

**Linha de Apoio à Vítima | APAV | Associação Portuguesa de Apoio à Vítima**  
(Gratuito, Dias Úteis 09H - 19H)  
116 006

**União de Mulheres Alternativa e Resposta (UMAR)**



## Equipa de Prevenção da Violência em Adultos (EPVA)

## Informação para os Profissionais de Saúde

## EPVA

Os profissionais de saúde têm um papel essencial no desenvolvimento de atuações preventivas, de sensibilização e formação de outros profissionais, bem como de educação para a saúde a nível comunitário.

## Coordenação

A intervenção da EPVA em cada ARS é realizada por uma Coordenação Regional que estabelece interlocução com o Grupo de Acompanhamento a nível central, na DGS.

## Equipa do HSOG

Equipa Multidisciplinar: Assistente Social; Psicóloga; Psiquiatra e Jurista.

## Principais competências:

Promover (in)formação dos profissionais

Recolher e organizar a informação casuística sobre as situações de violência atendidas

Prestar apoio de consultadoria aos profissionais e equipas de saúde no que respeita à sinalização de situações de risco, acompanhamento ou encaminhamento dos casos.



## O que fazer?



Mediante o procedimento, o profissional de saúde deve **sinalizar a EPVA**, por e-mail, ou através do contacto dos profissionais identificados

Fonte: Manual de Violência Interpessoal - Abordagem Diagnóstica e Intervenção nos Serviços de Saúde (DGS, 2014)

## EQUIPA DE PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA EM ADULTOS (EPVA)

Os profissionais de saúde encontram-se numa posição estratégica para detetar riscos e identificar as possíveis vítimas de violência, podendo apoiar-se na consultadoria a colegas, nomeadamente na EPVA e no Núcleo (Hospitalar) de Apoio às Crianças e Jovens em Risco (NACJR/NHACJR).



# NÃO À VIOLÊNCIA, DENUNCIE!

- A Violência é Crime
- Contacte as Autoridades  
(PSP, GNR, HSO)
- Peça ajuda de Profissionais  
(EPVA)
- Dispomos de informação atualizada  
e Apoio Jurídico
  - Acredite em si, é possível  
recomeçar uma vida sem Violência
- Conte com o nosso apoio e ajuda

## Contactos:

**Linha de Emergência Nacional**  
(Gratuito, Atendimento 24 Horas)

**112**

**Linha de Emergência Social**  
(Gratuito, Atendimento 24 Horas)

**144**

**Linha de Apoio à Vítima | APAV | Associação Portuguesa de  
Apoio à Vítima**

(Gratuito, Dias Úteis 09H – 19H)

**116 006**

**Cuidados de Saúde Primários - Centro de Saúde**

Fontes: Imagens - APAV

PSP (<https://www.psp.pt/Pages/atividades/programa-violencia-domestica.aspx>)





# Intervenção Psicológica em Grupo Psicoeducativo e de Ajuda Mútua

Flora Costa e Maria João Almeida  
Junho, 2022



**Laços Eternos**  
Grupo Psicoeducativo e de Ajuda Mútua

Flora Costa (Bielogista)  
Maria João Almeida (Educatória)  
Sob orientação de: Dr.ª Gertrudes Maciel (HSCD) e Dr.ª Joana Soares (CESPU)

Unidade de Psicologia Clínica e da Saúde  
Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental  
Março, 2022

Experiências  
Amor  
Partilha

## Intervenção no Processo de Luto

01. Programa  
Definição dos objetivos principais e esboço do programa
02. Planos de Sessão  
Elaboração dos planos de cada sessão, com objetivos específicos, conteúdos e atividades a realizar
03. Orientação  
Acompanhamento na elaboração da intervenção e feedback
04. Participantes  
Estabelecimento de contacto com os participantes: explicação da intervenção e convocatória para a sessão inicial

## Objetivos Gerais

- Introduzir e treinar estratégias cognitivo-comportamentais e emocionais
- Suporte social alternativo



## Objetivos Específicos

- Apoiar a vivência da experiência de perda e luto;
- Fomentar a partilha de experiências e apoio entre participantes;
- Promover a aceitação entre participantes e compreensão do processo de luto em que cada um se encontra (autoajuda);
- Proporcionar a expressão e aceitação emocional;
- Reconhecer a necessidade de expressar sentimentos, emoções e pensamentos;
- Facilitar aprendizagens acerca da vivência de dor e/ou de luto experienciada;
- Oferecer informação para possibilitar o desenvolvimento de estratégias adaptativas;
- Fornecer oportunidades para crescimento e desenvolvimento pessoal.

## Participantes



## Crítérios de Inclusão

- ✓ Familiares ou cuidadores que beneficiavam de acompanhamento psicológico por parte da Equipa de Cuidados Paliativos ou de utentes em tratamento paliativo (antes do falecimento dos mesmos);
- ✓ O utente/familiar já ter falecido;
- ✓ Apresentação de sintomatologia psicológica leve;
- ✓ Não haver comprometimento funcional severo;
- ✓ Motivação para dar continuidade ao processo de acompanhamento voluntário.

## Cronograma



## Apresentação das Sessões

### Sessão 2 (“O Luto: Como o Vivemos”)

#### Partilha de Perspetivas

Definição de luto, e fases do processo

#### Psicoeducação

Tarefa 1 de William Worden  
“Aceitar a realidade da perda”

#### Partilha

Como foi lidar com a perda

#### Reestruturação Cognitiva

Crenças ou distorções cognitivas relativas ao passado, presente e futuro

#### Síntese

Integração dos conteúdos e exploração da aprendizagem

#### Esclarecimentos

Momento para esclarecimento de dúvidas e questões pendentes

### Sessão 1 (“Identidades Cruzadas”)

#### Introdução

Apresentação dos profissionais e dos utentes

#### Esclarecimento

Regras de funcionamento

#### Partilha

Expectativas dos utentes

#### Documentação

Preenchimento de documentação para participação em investigação (avaliação pré-intervenção):  
- Consentimento Informado; Questionário sociodemográfico; Instrumento de Avaliação da Perturbação de Luto Prolongado (PG-13); Escala de Culpabilidade no Luto (ECL); Escala de Crescimento Pós-Perda (ECP); Escala da Resiliência de Connor-Davidson (CD-RISC).

### Sessão 3 (“Caixa de Memórias”)

#### Partilha de Experiências

Manifestações clínicas do luto e determinantes do processo

#### Psicoeducação

Tarefa 2 de William Worden  
“Processar a dor do luto”

#### Partilha

Como está a ser lidar com a perda

#### Síntese

Integração dos conteúdos e exploração da aprendizagem

#### Esclarecimentos

Momento para esclarecimento de dúvidas e questões pendentes

## Sessão 4 (“Adaptar-me a um Novo Mundo”)

### Psicoeducação

O luto e a sua vivência no sistema familiar

Fatores de risco e de proteção no processo

### Reflexão e Partilha

Alterações nos papéis e dinâmicas familiares

### Psicoeducação

Tarefa 3 de William Worden  
“Adaptar-se a um novo mundo sem a pessoa falecida”

### Partilha

Ajustes realizados no funcionamento quotidiano e estratégias de coping utilizadas para redefinição e reestruturação da perda

### Síntese

Integração dos conteúdos e exploração da aprendizagem

### Esclarecimentos

Momento para esclarecimento de dúvidas e questões pendentes

## Sessão 5 (“Cuidar de Mim”)

### Psicoeducação

Importância do conceito de Resiliência (componentes e práticas a adotar)

### Bem-estar e Qualidade de Vida

Abordagem dos conceitos e atividades práticas

### Psicoeducação

Hábitos e estilos de vida saudáveis

### Autocuidado

Exploração do conceito e como investir no autocuidado

### Redes de Suporte Social

Identificar e mobilizar

### Síntese

Integração dos conteúdos e exploração da aprendizagem

Esclarecimento de dúvidas

## Sessão 6 (“O que me dirias...”)

### Psicoeducação

Tarefa 4 de William Worden  
“Reposicionar em termos emocionais a pessoa que faleceu e investir noutras relações”

### Narrativa Pessoal

Reconstruir a narrativa pessoal e realização de atividades em grupo

### Psicoeducação

Abordagem do modelo Dual de Stroebe

### Responsabilidade

Do papel desempenhado no processo de luto – assumir o “controlo”

Progressão do tempo

### Síntese

Integração dos conteúdos e exploração da aprendizagem

### Esclarecimentos

Momento para esclarecimento de dúvidas e questões pendentes

## Sessão 7 (“Melodia da Saudade”)

### Psicoeducação

Abordagens terapêuticas no processo de luto (TCC e abordagem narrativa)

### Reflexão e Partilha

Face ao alívio de sintomas e na facilitação do processo de luto através de reestruturação cognitiva e desenvolvimento de estratégias de coping adequadas

### Psicoeducação

Arteterapia como uma abordagem integrativa

### Partilha

De técnicas e recursos de arteterapia adotados

### Síntese

Integração dos conteúdos e exploração da aprendizagem

### Esclarecimentos

Momento para esclarecimento de dúvidas e questões pendentes

## Sessão 8 (“Presente e Futuro”)

### Sistematização

Síntese global do conteúdo e das estratégias abordadas ao longo das sessões

### Partilha

Identificação dos ganhos do processo terapêutico

### Atividade

Momento reflexivo do alcance das mudanças no âmbito social e pessoal

### Documentação

Preenchimento de documentação para participação em investigação (avaliação pós-intervenção):  
 - Instrumento de Avaliação da Perturbação de Luto Prolongado (PG-13); Escala de Culpabilidade no Luto (ECL); Escala de Crescimento Pós-Perda (ECPD); Escala da Resiliência de Connor-Davidson (CD-RISC); ± Questionário de Avaliação da Satisfação de Utentes.

## Participação no Grupo Psicoterapêutico

### Expressão Emocional

Auxiliar na identificação das emoções  
 Proporcionar a expressão e aceitação emocional

### Assumir o Controlo

Adaptação à realidade e às novas condições  
 Tentativa de investir noutras relações

### Reconstrução de Significados

Abordagem das narrativas pessoais, de forma a dar mais coerência e um sentido apaziguador às experiências de vida

## Atividades

- Em todas as sessões são realizadas atividades que permitem a dinâmica entre participantes, possibilitando a partilha de experiências.



## Obrigada pela atenção

Têm alguma questão?



E-mails:

[A26495@alunos.cespu.pt](mailto:A26495@alunos.cespu.pt) (Flora Costa)

[A26045@alunos.cespu.pt](mailto:A26045@alunos.cespu.pt) (Maria João Almeida)

---

**Anexo 11 – Material e Atividades do Paciente André**

**Atividade 1**

# A MINHA RELAÇÃO COM O ÁLCOOL

Mês: Junho

	S	T	Q	Q	S	S	D
1ª Semana	<input type="radio"/>						
2ª Semana	<input type="radio"/>						
3ª Semana	<input type="radio"/>						
4ª Semana	<input type="radio"/>						
5ª Semana	<input type="radio"/>						

As minhas recompensas:

---

---

---

---



## Atividade 2

# A MINHA RELAÇÃO COM O ÁLCOOL

Motivos do consumo:

---

---

---

---

