



CESPU
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Relatório de Estágio

Linda Inês da Silva Pereira

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

Gandra, janeiro de 2023

Linda Inês da Silva Pereira

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, Linda Inês da Silva Pereira, estudante do Mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia do Instituto Universitário de Ciências da Saúde, declaro ter atuado com absoluta integridade na elaboração deste trabalho.

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

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

Agradecimentos

Ao **meu orientador de estágio**, pelo apoio, partilha e disponibilidade prestada.

A toda a **equipa do serviço onde realizei o estágio**, por me terem acolhido tão bem, pelo carinho e apoio demonstrado.

À **Professora Doutora Joana Soares**, pela orientação, por toda a partilha, disponibilidade e apoio prestado.

Aos **meus pais**, pelo amor, pela oportunidade, pela confiança que depositaram em mim, por terem estado sempre ao meu lado e por tudo o que sempre me ensinaram.

Ao **meu irmão**, por me apoiar mesmo que à maneira dele.

Ao **Rui**, pela paciência, carinho e apoio sempre.

À **minha família**, pelo carinho.

Aos **meus amigos**, pela amizade e motivação.

A todos os **pacientes** que fizeram parte do meu percurso.

O meu muito obrigada!

Índice geral

| | |
|---|----|
| Introdução..... | 1 |
| Descrição do local de estágio | 2 |
| Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental..... | 2 |
| Serviço de Psiquiatria de Adultos..... | 3 |
| Unidade de Psiquiatria da Infância e da Adolescência..... | 3 |
| Serviço de Psicologia | 3 |
| Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital onde foi realizado o estágio ... | 4 |
| Papel do Psicólogo em Contexto Hospitalar | 6 |
| Planificação das Atividades..... | 8 |
| Atividades Desenvolvidas ao Longo do Estágio | 10 |
| - Reuniões de Orientação e Supervisão | 10 |
| - Grupos Psicoterapêuticos | 11 |
| - Grupo de Apoio a Doentes Depressivos | 12 |
| - Grupo de Treino de Competências..... | 13 |
| - Grupo de Estimulação Neuropsicológica..... | 14 |
| - Avaliação psicológica e neuropsicológica | 16 |
| - Consulta Psicológica | 21 |
| - Outras atividades | 24 |
| Apresentação dos casos clínicos..... | 26 |
| Caso clínico I..... | 26 |
| Caso Clínico II..... | 47 |
| Reflexão Final | 64 |
| Referências bibliográficas | 65 |
| Anexos..... | 72 |

Anexos

Anexo I - Objetivos a desenvolver durante o período de estágio e bibliografia a utilizar.

Anexo II - Guião da respiração diafragmática elaborado pela estagiária.

Anexo III - Guião adaptado do relaxamento muscular progressivo de Jacobson elaborado pela estagiária.

Anexo IV - Sessões elaboradas e dinamizadas pela estagiária para o grupo de estimulação neuropsicológica.

Anexo V - Exemplos de relatórios de avaliação psicológica e neuropsicológica.

Anexo VI – Publicações redes sociais.

Índice de tabelas

| | |
|--|----|
| Tabela 1. Agenda Semanal de Atividades de Estágio de Setembro a Outubro..... | 8 |
| Tabela 2. Agenda Semanal de Atividades de Estágio de Novembro..... | 8 |
| Tabela 3. Agenda Semanal de Atividades de Estágio de Dezembro a Janeiro..... | 9 |
| Tabela 4. Agenda Semanal de Atividade de Estágio de Fevereiro a Maio..... | 9 |
| Tabela 5. Atividades desenvolvidas/funções cognitivas-alvo por sessão..... | 15 |
| Tabela 6. Casos de avaliação psicológica e neuropsicológica..... | 17 |
| Tabela 7. Casos de acompanhamento psicológico..... | 22 |
| Tabela 8. Resultados obtidos pela paciente no BSI..... | 54 |

Introdução

O estágio curricular é um dos momentos com maior relevância na finalização desta etapa académica, uma vez que, neste ano, somos confrontados com a prática daquilo que aprendemos teoricamente ao longo de 4 anos. É muitas vezes encarado como sendo um momento desafiante, mas que nos traz uma aprendizagem enorme daquilo que é a prática profissional, permitindo-nos aplicar, consolidar e aumentar os nossos conhecimentos.

O presente relatório de estágio foi desenvolvido no âmbito do estágio curricular inserido no segundo ano de Mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia do Instituto Universitário de Ciências da Saúde (IUCS) do ano letivo 2021/2022. O estágio decorreu no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental (DPSM) de um Centro Hospitalar (CH), sob a orientação de um psicólogo da instituição e a supervisão da Prof. Dr.^a Joana Soares, docente no IUCS.

O estágio teve início a 8 de setembro de 2021 e cessou a 25 de maio de 2022, com um horário semanal das 9h30 às 16h30, às quartas-feiras e quintas-feiras. Ao longo do estágio, o horário estipulado foi flexível sendo ajustado de acordo com as atividades e necessidades do serviço. O número de horas definido como obrigatórias foi de 420 horas, contudo, devido à necessidade de dar apoio às atividades do serviço, esse número foi ultrapassado, tendo sido realizadas 479 horas. Para além disso, após a data de término do estágio, foram realizadas 64 horas em formato de voluntariado/estágio extracurricular.

Em termos de estrutura o relatório está dividido em duas partes, sendo o objetivo da primeira parte descrever e caracterizar o local de estágio e o papel do psicólogo no mesmo e na segunda parte é apresentada a descrição das atividades desenvolvidas ao longo do estágio, incluindo a descrição, avaliação e intervenção de dois casos clínicos e, por fim, uma reflexão acerca de todo o estágio.

Descrição do local de estágio

O estágio curricular foi realizado num hospital inserido num CH que é constituído por duas unidades hospitalares.

A 29 de abril de 2013 foi oficialmente criado o atual CH com a inauguração de um novo hospital, substituindo o antigo, de forma a alargar a área de influência, e trazendo tecnologia mais avançada, dando resposta a solicitações vindas, por exemplo, de cuidados de saúde primários, sendo por isso designado como um hospital de proximidade. Desta forma, atualmente, este CH situa-se em dois concelhos prestando assistência a 12 concelhos da região.

É uma instituição que possui, no total, sete departamentos: o Departamento Cirúrgico, o Departamento Médico, o Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, o Departamento da Mulher e da Criança, o Departamento de Urgência e Emergência - Cuidados Intensivos, o Departamento de Ambulatório e Ligação Funcional e a Unidade de Estomatologia e Medicina Dentária.

Esta organização hospitalar apresenta como missão a prestação de cuidados de saúde à população da região, bem como a doentes procedentes de outras áreas geográficas. Para além disso, dedica-se à investigação, formação e ensino, em benefício dos seus profissionais e em cooperação com diversas instituições de ensino, hospitais e instituições de saúde. Refere possuir recursos, serviços e tecnologias estruturadas e integradas de forma a ser proporcionado um atendimento humanizado e completo, assegurando um bom nível de satisfação dos utentes, regendo-se por valores como a competência, humanismo, rigor, transparência, solidariedade, união e ambição, e pelos seguintes princípios: reconhecimento da dignidade humana e da centralidade da pessoa, postura e prática regidos pelos padrões éticos, excelência técnica e do cuidar, multidisciplinariedade, bom relacionamento e cooperação no trabalho.

Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental

O DPSM do CH é constituído pelo **Serviço de Psiquiatria de Adultos**, pela **Unidade de Psiquiatria da Infância e da Adolescência** e pelo **Serviço de Psicologia**, prestando cuidados assistenciais à população da área de influência e disponibilizando cuidados especializados tendo em vista a melhoria da qualidade de vida da população. Este departamento é constituído por uma equipa multidisciplinar que inclui médicos psiquiatras, pedopsiquiatras, psicólogos, enfermeiros bem como serviços sociais e administrativos que se regem pelos valores da humanização e personalização do

atendimento, respeito pela dignidade individual, promoção da saúde mental, estimulação da investigação, inovação, atualização científica e desenvolvimento pessoal, tendo em conta as necessidades da população assistida, excelência na intervenção técnica, ética profissional e promoção da multidisciplinaridade.

Serviço de Psiquiatria de Adultos

O Serviço de Psiquiatria de Adultos, está presente nas duas unidades hospitalares, à exceção do internamento que apenas está disponível numa das unidades. Este serviço engloba a consulta externa, o hospital de dia, a psiquiatria de ligação, a psiquiatria comunitária, a psicoterapia, o apoio domiciliário a doentes com psicose e a participação numa urgência metropolitana psiquiátrica

É um serviço constituído por 17 psiquiatras e oito internos de formação específica em psiquiatria, assegurando a atividade assistencial, num registo de interação, partilha contínua e colaboração com os restantes elementos do DPSM, incluindo a psicologia.

Unidade de Psiquiatria da Infância e da Adolescência

A Unidade de Psiquiatria da Infância e da Adolescência procura compreender as razões e/ou causas da criança/adolescente apresentar alterações psicológicas, e avaliar o problema apresentado tendo em conta todo o meio envolvente do paciente, de forma a definir um plano de intervenção que melhore o funcionamento global da criança ou jovem.

Esta unidade é constituída por quatro psiquiatras da infância e da adolescência, cinco psicólogos, uma enfermeira, uma técnica de serviço social e uma terapeuta ocupacional, que desenvolvem atividades como consultas externas gerais, consultas de ligação, avaliação e acompanhamento de doentes internados no serviço de pediatria, procedimentos terapêuticos (psicoterapia individual, em grupo e terapia familiar) e sessões psicoeducacionais com familiares/pais.

Serviço de Psicologia

O Serviço de Psicologia tem como principal objetivo a avaliação e intervenção psicológica de utentes com referência médica para consulta pelos diversos serviços clínicos do CH. Este serviço intervém em todas as faixas etárias, quer em regime de ambulatório, quer em internamento.

É um serviço que para além de intervir em articulação com diversos serviços clínicos, intervém também com estruturas da comunidade como, instituições particulares

de solidariedade, escolas e tribunais e, por ser um serviço que assiste diversas faixas etárias e patologias é incentivada a formação e especialização da equipa que a constitui.

Esta unidade disponibiliza diversos serviços tais como avaliações psicológicas (e.g., personalidade, desempenho intelectual, autismo, psicopatologia, deterioração mental), psicoterapia individual, psicoterapia em grupo (Grupo de Latência, Grupo de Apoio ao Doente em Luto Patológico, Grupo de Relaxamento, Grupo de Apoio a Doentes Depressivos, Grupo de Apoio a Familiares de Doentes com Demência, Grupo de Apoio a Familiares de Doentes com Psicose), consultas especializadas (Diabetes, Pós-interrupção Voluntária da Gravidez, Gravidez na Adolescência, Unidade da Mama, Ostomizados), apoio à família, apoio aos cuidadores formais e informais, técnicas de relaxamento e reuniões clínicas e de supervisão.

Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital onde foi realizado o estágio

O DPSM do hospital é constituído por uma equipa multidisciplinar que inclui médicos psiquiatras, pedopsiquiatras, psicólogos, enfermeiros bem como serviços sociais, administrativos e auxiliares, com vista ao melhor tratamento e abordagem de cada paciente.

Estão disponíveis neste departamento várias modalidades psicoterapêuticas, incluindo avaliações psicológicas e neuropsicológicas, intervenções psicológicas individuais ou em grupo que podem ocorrer em regime de ambulatório, em internamento na Unidade de Internamento Parcial – Hospital de Dia ou ainda através da Unidade de Ligação.

São acompanhados neste departamento pacientes de todas as faixas etárias, sendo que tendo em conta a faixa etária e as idiosincrasias de cada paciente é valorizada determinada intervenção psicológica. De mencionar que em crianças e adolescentes é privilegiada a intervenção individual.

O acesso às consultas externas de psicologia requer uma referenciação médica para consulta pelos diversos serviços clínicos do CH, principalmente, pelo serviço de psiquiatria, quando estes consideram que o paciente beneficiaria de acompanhamento ou avaliação psicológica. Em seguida, os pedidos são distribuídos pelos psicólogos do serviço, frequentemente, tendo em conta a formação e especialização da equipa, de forma a iniciarem um acompanhamento psicológico adequado às dificuldades e problemáticas do paciente.

Relativamente aos grupos psicoterapêuticos em funcionamento no DPSM, atualmente existem Grupos de Apoio a Doentes Depressivos, Grupos de Relaxamento, Grupos de Treino de Competências e Grupos de Estimulação Neuropsicológica. Estes grupos apresentam uma frequência semanal ou quinzenal e permitem aos pacientes obter um apoio mais frequente, otimizando os resultados do processo terapêutico, bem como contactar com um grupo de pessoas que apresentam alguma característica em comum (e.g., sintomatologia depressiva, deterioração cognitiva) favorecendo as relações interpessoais através da partilha de experiências.

O Hospital de Dia é um internamento parcial e voluntário em que os pacientes se dirigem ao hospital diariamente, das 9h ao 12h. A equipa do Hospital de Dia é constituída por terapeutas ocupacionais, psicólogos, psiquiatras e enfermeiros e tem como objetivo fomentar o questionamento, o conhecimento e a curiosidade dos pacientes, de forma a estes identificarem e elaborarem diferentes perspetivas de uma mesma realidade, bem como estimular diversas competências como, por exemplo, aspetos relacionais e de gestão de conflitos, capacidades socioprofissionais e de desempenho de atividades de vida diária. Desta forma, são desenvolvidas ao longo do internamento várias atividades terapêuticas como, por exemplo, treino de competências sociais, exercícios de relaxamento, desenho da árvore da vida, passeios pelo exterior e atividades de culinária.

A unidade de ligação do serviço de psicologia surge devido à necessidade de apoio psicológico a pacientes, por exemplo, em unidades de internamento, bem como familiares, promovendo desta forma uma melhoria dos tratamentos prestados.

Papel do Psicólogo em Contexto Hospitalar

A Psicologia Clínica e da Saúde é definida como:

“aplicação dos conhecimentos e métodos de todos os campos práticos da Psicologia, na promoção e manutenção da saúde física e mental do indivíduo e na prevenção, avaliação e tratamento de todas as formas de perturbação mental e física, nas quais as influências psicológicas podem ser usadas ou podem contribuir para aliviar o mau funcionamento ou «distress»” (Ribeiro & Leal, 1996, p.595)

Consiste numa interseção entre as áreas da Psicologia Clínica e da Psicologia da Saúde, já que frequentemente, é feita uma distinção das mesmas, estando a Psicologia Clínica focada nos quadros psicopatológicos e na doença mental e a Psicologia da Saúde dirigida ao sofrimento associado às doenças físicas e disfunções a elas relacionadas (Ribeiro & Leal, 1996, p.597).

Os avanços na pesquisa psicológica e médica vieram demonstrar a importância dos psicólogos nas equipas hospitalares, elucidando que o modelo biomédico, centrado apenas nos aspetos biológicos, ou seja, na doença física, era um modelo redutor, uma vez que excluía vários fatores importantes, sendo que a presença ou ausência de doença é que ditava o ser-se ou não saudável. Surgiu assim o modelo biopsicossocial face à necessidade de se ver a saúde e a doença como uma combinação de vários fatores, nomeadamente fatores biológicos, psicológicos e sociais uma vez que estes interagem entre si (Wahass, 2005). Assim, os psicólogos desempenham um papel importante na compreensão de como estes fatores influenciam a saúde e a doença.

Tendo em conta o modelo biopsicossocial é necessária uma interdisciplinaridade por meio da comunicação entre os vários membros da equipa de saúde, de forma a permitir uma discussão das características de cada caso clínico com o propósito de definir quais os melhores procedimentos de intervenção a tomar, tendo em conta as idiosincrasias de cada indivíduo, bem como de forma a acompanhar os resultados (Azevedo & Crepaldi, 2016). Para além disso, a inclusão dos familiares neste processo tem demonstrado apresentar uma grande importância (Azevedo & Crepaldi, 2016; Cené et al., 2016; Wolff & Roter, 2008).

Segundo a Ordem dos Psicólogos Portugueses (2016) são várias as funções e atividades de intervenção do psicólogo em contexto hospitalar, tais como: avaliação, diagnósticos, análise e monitorização do estado de saúde, funcionamento psicológico,

necessidade e indicadores psicossociais de indivíduos, avaliação e monitorização dos processos e resultados dos projetos e programas de saúde comunitários, avaliação da qualidade, da humanização e do impacto na saúde da população e da prestação dos cuidados de saúde, prevenção da doença e dos problemas de saúde, promoção da saúde, planos de ação e intervenção em saúde, educação para a literacia em saúde, capacitação dos consumidores de saúde, comunicação pública de informação relevante sobre saúde, diminuição das desigualdades em saúde, acompanhamento psicológico, intervenção psicológica em grupos, intervenção em situações de crise e emergência, conceber, executar, redigir e apresentar investigação na área da saúde, coordenação e gestão de projetos, supervisão, consultoria na área da saúde, acessória aos decisores no planeamento estratégico, desenvolvimento, implementação e avaliação de políticas e projetos de saúde, colaboração na criação de sistemas tecnológicos de informação de saúde, colaboração no desenvolvimento de tecnologias de saúde, conceção e implementação de auditorias no contexto de saúde, colaboração no desenvolvimento de políticas e procedimentos operacionais das organizações da saúde, promoção das condições de trabalho e de saúde, seleção, avaliação e orientação de recursos humanos, desenvolvimento e implementação de ações de formação, educação e sensibilização, organização e gestão de atividades de formação de outros profissionais de saúde, participação na elaboração de processos de candidatura a financiamentos de projetos na área da saúde e elaboração e emissão de opiniões, declarações, pareceres e relatórios técnico-científicos.

Planificação das Atividades

Durante o período de estágio a agenda semanal foi-se alterando consoante as necessidades do serviço.

Tabela 1

Agenda Semanal de Atividades de Estágio de Setembro a Outubro

| | Quarta-feira (9h30 – 16h30) | Quinta-feira (9h30 – 16h30) |
|--------------|---|--|
| Manhã | Colaboração na elaboração de material para a exposição do Dia Mundial da Saúde Mental ou observação de consultas psicológicas e de avaliação psicológica e neuropsicológica e consultas autónomas a partir de outubro.* | Grupo de treino de competências ou observação de consultas psicológicas e de avaliação psicológica e neuropsicológica e consultas autónomas a partir de outubro.** |
| Tarde | Observação de consultas psicológicas e de avaliação psicológica e neuropsicológica e consultas autónomas a partir de outubro. | Observação de consultas psicológicas e de avaliação psicológica e neuropsicológica e consultas autónomas a partir de outubro. |

*Após a realização da exposição a 10 de outubro esse período passou a ser para observação de consultas.

** Alternava as atividades semanalmente uma vez que o grupo tinha uma periodicidade quinzenal.

Tabela 2

Agenda Semanal de Atividades de Estágio de Novembro

| | Quarta-feira (9h30 – 16h30) | Quinta-feira (9h30 – 16h30) |
|--------------|---|---|
| Manhã | Observação de consultas psicológicas e de avaliação psicológica e neuropsicológica e consultas autónomas. | Grupo de treino de competências ou grupo de apoio a pacientes depressivos. * |
| Tarde | Observação de consultas psicológicas e de avaliação psicológica e neuropsicológica e consultas autónomas. | Observação de consultas psicológicas e de avaliação psicológica e neuropsicológica e consultas autónomas. |

*Alterava semanalmente devido à periodicidade quinzenal dos grupos.

Tabela 3*Agenda Semanal de Atividades de Estágio de Dezembro a Janeiro*

| | Terça-feira (14h – 17h30) | Quarta-feira (9h30 – 16h30) | Quinta-feira (9h30 – 16h30) |
|--------------|---|---|---|
| Manhã | | Consultas psicológicas e de avaliação psicológica e neuropsicológica. | Grupo de treino de competências ou grupo de apoio a pacientes depressivos.* |
| Tarde | Apoio nas consultas de cirurgia bariátrica. | Consultas psicológicas e de avaliação psicológica e neuropsicológica. | Grupo de estimulação neuropsicológica e consultas psicológicas e de avaliação psicológica e neuropsicológica. |

*Alterava semanalmente devido à periodicidade quinzenal dos grupos.

Tabela 4*Agenda Semanal de Atividade de Estágio de Fevereiro a Maio*

| | Segunda-feira (10h30 – 12h) | Quarta-feira (9h30 – 16h30) | Quinta-feira (9h30 – 16h30) |
|--------------|--|---|---|
| Manhã | Grupo de estimulação neuropsicológica. | Consultas psicológicas e de avaliação psicológica e neuropsicológica. | Grupo de apoio a pacientes depressivos. |
| Tarde | | Consultas psicológicas e de avaliação psicológica e neuropsicológica. | Consultas psicológicas e de avaliação psicológica e neuropsicológica. |

No final do estágio foi-me dada a possibilidade de continuar a desenvolver as atividades em curso. Desta forma, semanalmente, às quartas-feiras, dirigia-me ao local de estágio das 9h30 às 16h30 para colaborar no grupo de estimulação neuropsicológica e para realizar consultas psicológicas e de avaliação psicológica e neuropsicológica.

Atividades Desenvolvidas ao Longo do Estágio

- Reuniões de Orientação e Supervisão

A orientação do estágio curricular decorreu durante todo o período de estágio, com uma periodicidade semanal e sempre que existia essa necessidade. A orientação foi dada por um psicólogo do serviço, conforme o horário de trabalho e disponibilidade do mesmo.

Numa fase inicial de orientação foi proposto os principais objetivos a desenvolver durante o período de estágio, bem como bibliografia a utilizar (Anexo I) sendo, por isso, a orientação direcionada para o esclarecimento de dúvidas para o atingimento desses objetivos. Posteriormente, estas reuniões focaram-se principalmente na discussão e reflexão dos casos clínicos, bem como na partilha de conhecimentos, como possíveis estratégias de resolução e intervenção.

Neste seguimento de acompanhamento, foram realizadas reuniões de supervisão, dirigidas pela Prof. Dr.^a Joana Soares, realizadas consoante as necessidades que iam surgindo. Estas reuniões decorriam em formato *online*, de forma individual e tinham como principal objetivo a discussão, reflexão e o esclarecimento de dúvidas.

- Observação

Numa fase inicial do estágio comecei a ter contacto com a realidade clínica através da observação das consultas realizadas pelo orientador de estágio, bem como de outros psicólogos do serviço, de modo a preparar o início da prática clínica autónoma. Desta forma, quando existia o consentimento dos pacientes e o psicólogo entendia que a minha presença não interferia na intervenção terapêutica, devido à relação terapêutica previamente estabelecida, tive a oportunidade de observar consultas de acompanhamento psicológico, de avaliação psicológica e neuropsicológica, bem como de sessões terapêuticas em grupo, sendo a principal faixa etária os adultos.

Esta experiência permitiu-me ter contacto com diferentes problemáticas, nomeadamente Perturbações Depressivas, Perturbações de Ansiedade e Fobias Específicas, em situações de primeiras consultas, consultas subsequentes e consultas de *follow-up*.

Relativamente às consultas de avaliação psicológica e neuropsicológica, antes de iniciar a observação existiu um período de estudo dos instrumentos avaliativos mais frequentemente utilizados no serviço como, por exemplo, a Avaliação Cognitiva de Addenbrooke (ACE-III) para avaliação neuropsicológica, a Escala de Inteligência de

Wechsler para adultos (WAIS-III) para avaliação do desempenho intelectual, o Inventário Multifásico de Personalidade de Minnesota (MMPI) para avaliação da personalidade, a Escala de Depressão de Auto-avaliação de Zung para avaliação de sintomatologia depressiva, o Teste de Retenção Visual de Benton para avaliação neuropsicológica, a *Symptom Checklist-90 Revised* (SCL-90-R) e o Inventário Breve de Sintomas (BSI) para avaliação psicopatológica. Em seguida, iniciei a observação dessas consultas o que me permitiu contactar com alguns destes instrumentos e ter uma maior perceção de como estes funcionam na prática, para além da parte teórica assimilada anteriormente.

Para além de propiciar uma adaptação a todo o contexto hospitalar, desde o sistema informático, como o *Scínico*, bem como os materiais e espaços utilizados, por exemplo, para as intervenções em grupo, esta fase de observação foi também importante na medida em que me permitiu, através da observação e posteriores reflexões com os profissionais experientes, entrar no mundo real da prática profissional, integrando a teoria e a investigação psicológica na prática e, desta forma, desenvolvendo-me profissionalmente.

Após algum tempo de observação começou, gradualmente, a serem-me encaminhados alguns casos de acompanhamentos individuais e avaliações psicológicas e neuropsicológicas.

- Grupos Psicoterapêuticos

Os grupos psicoterapêuticos são uma forma de os pacientes experienciarem um processo terapêutico em conjunto com pessoas que partilham o mesmo tipo de dificuldades num ambiente seguro e controlado, sendo que a literatura tem demonstrado que estes grupos apresentam uma grande eficácia (Barkowski et al., 2020; Krishna et al., 2011; McDermut, Miller & Brown, 2001) e comparativamente à psicoterapia individual, os seus benefícios são, pelo menos, idênticos (McRoberts, Burlingame & Hoag, 1998).

Em grupo são vários os aspetos essenciais para que o mesmo tenha eficácia. Yalom e Leszcz (2005) descrevem 11 fatores que levam a uma mudança terapêutica originada pela interação de experiências humanas perante um grupo psicoterapêutico. A instalação da esperança que diz respeito à fonte de esperança que surge nos grupos por cada elemento, devido a se encontrarem em pontos diferentes do processo de melhoria, originando esperança para a melhoria, a universalidade que leva os pacientes, ao ouvirem as preocupações e medos dos outros membros, sentirem que não são singulares nos seus problemas, pensamentos e impulsos, a partilha de informação que inclui a componente

psicoeducacional, bem como o aconselhamento, sugestões e orientações dos outros membros do grupo, o altruísmo uma vez que em grupo existe uma sequência recíproca de dar e receber ajuda, permitindo assim aos pacientes descobrirem que podem ser importantes para outras pessoas e, conseqüentemente, aumentando a sua autoestima, a recapitulação corretiva do grupo familiar primário por os grupos muitas vezes se assemelham a uma família, o que permite que os conflitos familiares precoces sejam revividos, mas de uma forma corretiva, o desenvolvimento de técnicas de socialização seja de uma forma direta, por exemplo, em grupos em que são utilizadas técnicas como a dramatização para desenvolver essas capacidades, seja de uma maneira indireta, como através de comentários que podem surgir durante as sessões de grupo em que se podem obter informações sobre comportamentos sociais mal adaptativos, o comportamento imitativo onde os pacientes podem modelar-se através da observação dos outros membros do grupo e do psicólogo, a aprendizagem interpessoal que inclui três conceitos: a importância de relacionamentos interpessoais, a experiência emocional corretiva e o grupo como microcosmo social, a coesão grupal cujo sinónimo na terapia individual é o relacionamento, a catarse como sendo a capacidade dos membros do grupo em refletirem e expressarem abertamente a sua própria experiência emocional e, por fim, os fatores existências que dizem respeito à abordagem de fatores relacionados com a existência como, por exemplo, a mortalidade, liberdade e a busca por significado na vida.

Durante o estágio tive a oportunidade de participar em três tipos de grupos terapêuticos: Grupo de Apoio a Doentes Depressivos, Grupo Terapêutico de Competências e Grupo de Estimulação Neuropsicológica.

Apesar de desafiante, a participação nestes grupos foi uma experiência enriquecedora uma vez que contribuiu para que adquirisse mais conhecimentos no âmbito da intervenção e gestão em grupo.

- Grupo de Apoio a Doentes Depressivos

Esta intervenção dirige-se a pacientes maioritariamente encaminhados pelo serviço de psiquiatria, em contexto de consulta externa, de ambos os sexos e com sintomatologia depressiva, sendo o número médio de participantes por grupo de seis pessoas devido às restrições impostas inerentes à pandemia por COVID-19. Com o levantar das restrições este número tem vindo a ser aumentado para os padrões anteriormente definidos.

O Grupo de Apoio a Doentes Depressivos realiza-se quinzenalmente, com uma duração de 10 sessões de 2 horas cada.

Todos os elementos do grupo passam por uma avaliação inicial utilizando um protocolo pré-definido, procedendo-se assim à aplicação do BSI para avaliação de sintomas psicopatológicos e da Escala de Depressão de Auto-Avaliação de Zung para avaliação do nível de depressão. No fim do grupo é aplicado novamente o protocolo avaliativo com o objetivo de verificarmos o impacto do grupo em termos de efeitos terapêuticos.

As sessões deste grupo são dinamizadas por dois psicólogos do serviço e têm como principais objetivos, através da dinamização de várias atividades, seguindo um protocolo terapêutico cognitivo-comportamental para a depressão, diminuir a sintomatologia depressiva, prevenir recaídas e aumentar os recursos pessoais dos pacientes.

Durante o período de estágio tive a oportunidade de participar em dois destes grupos, sendo que as minhas funções passaram pela aplicação do protocolo avaliativo antes e após o grupo a todos os elementos do grupo, estar presente em todas as sessões, atuando como co-facilitadora, auxiliando na dinamização das atividades, bem como realizando algumas dinâmicas, nomeadamente as dedicadas ao relaxamento.

Sendo os Transtornos Depressivos um dos transtornos psicológicos mais recorrentes, a participação nestes grupos permitiu-me adquirir mais conhecimentos acerca da intervenção grupal neste tipo de transtornos, obtendo uma visão diferente da intervenção individual, uma vez que em grupo existem particularidades que não se verificam nos acompanhamentos individuais, tendo por isso sido uma experiência muito enriquecedora contribuindo para a evolução profissional.

- Grupo de Treino de Competências

Esta intervenção dirige-se igualmente a pacientes maioritariamente encaminhados pelo serviço de psiquiatria, em contexto de consulta externa, de ambos os sexos com sintomatologia ansiosa e/ou depressiva, sendo o número médio de participantes por grupo de cerca de seis pessoas, devido ao fator mencionado anteriormente.

O Grupo de Treino de Competências apresenta igualmente uma periodicidade quinzenal, e tem uma duração de oito sessões de 1h30 cada.

As sessões são dinamizadas por dois psicólogos do serviço e focam-se essencialmente nas técnicas de relaxamento, utilizando estas técnicas como uma forma de redução da sintomatologia depressiva e/ou ansiosa, uma vez que o relaxamento apresenta-se como uma estratégia eficaz para a redução desta sintomatologia (Gerogianni et al., 2019; Kim & Kim, 2018).

Ao participar neste grupo tive a possibilidade de aumentar o conhecimento destas estratégias, nomeadamente da Respiração Diafragmática (Anexo II), do Treino de Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson (Anexo III) e do Relaxamento Imagético (e.g., Cuidar a Sua Criança Interior, Passeio Pelo Bosque, Passeio Pela Praia, O Meu Paraíso Secreto e o Lugar Especial), sendo que inicialmente o meu papel foi maioritariamente de observação, mas posteriormente tive a oportunidade de aplicar o treino da Respiração Diafragmática e o Treino de Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson.

- Grupo de Estimulação Neuropsicológica

Aquando do início do estágio o Grupo de Estimulação Neuropsicológica não se encontrava em funcionamento. Contudo, face à necessidade de dar resposta às situações que surgiam no âmbito das consultas de psicologia, em que o objetivo era unicamente a avaliação cognitiva inicial dos pacientes para despiste de eventuais défices, em dezembro, uma psicóloga do serviço propôs o reinício do grupo, com um programa estruturado e adaptado às limitações destes pacientes com eventuais quadros demenciais em instalação, de forma a podermos dar respostas aos mesmos.

A estimulação neuropsicológica consiste na estimulação das funções cognitivas de forma a melhorar o desempenho cognitivo geral e o funcionamento social, baseando-se na premissa da plasticidade cerebral, que consiste na capacidade de o cérebro mudar estruturalmente e/ou funcionalmente em resposta à estimulação. A literatura tem demonstrado evidências de que indivíduos que recebem este apoio apresentam melhorias ao nível do funcionamento cognitivo geral (Coen et al., 2011; Piras et al., 2017; Spector et al., 2003) e ao nível da qualidade de vida (Spector et al., 2003; Piras et al., 2017).

Assim, em dezembro demos início a este grupo que consiste numa intervenção dirigida a pacientes encaminhados maioritariamente pelo serviço de psiquiatria, em contexto de consulta externa. Este grupo apresenta um formato ligeiramente distinto dos anteriores, com uma periodicidade semanal e uma duração de 10 sessões de 1h30 cada. Consiste numa intervenção dirigida a utentes que apresentam declínio cognitivo ligeiro a moderado, sendo o número médio de participantes por grupo de cerca de 10 pessoas. Este programa é precedido de uma avaliação neuropsicológica que consiste na aplicação de testes neuropsicológicos padronizados para várias áreas cognitivas, de forma a avaliar a presença, natureza e extensão do dano ou disfunção cerebral, obtendo informações clínicas sobre o sistema nervoso central e o comportamento (APA, s.d; Hebben, & Milberg, 2009; Harvey, 2022). Sem esquecer a importância dos autorrelatos de

funcionamento e da observação do comportamento durante a avaliação (Harvey, 2022). Assim, a avaliação neuropsicológica determina de forma qualitativa e quantitativa, os défices nas várias áreas de funcionamento cognitivo (atenção, memória, fluência verbal, linguagem e capacidades visuoespaciais), sendo que é utilizado o instrumento ACE-III, bem como avaliadas as alterações emocionais e limitações nas atividades de vida diária através da entrevista de avaliação psicológica. No fim do grupo é aplicado novamente o protocolo avaliativo com o objetivo de verificarmos o impacto do grupo em termos de efeitos terapêuticos.

Assim, este grupo tem como principal objetivo a dinamização de várias atividades de forma a estimular e intervir em diversas competências, uma vez que as funções cognitivas se encontram interligadas e dependem uma das outras para um funcionamento adequado.

Na tabela 5 constam as atividades e as funções cognitivas-alvo para cada uma das sessões do grupo e no anexo IV exemplos de sessões elaboradas e dinamizadas pela estagiária.

Tabela 5

Atividades desenvolvidas/funções cognitivas-alvo por sessão

| Sessões | Atividades desenvolvidas/Funções Cognitivas-Alvo |
|----------------|---|
| Sessão 1 | Apresentação dos psicólogos e dos membros do grupo. Regras e funcionamento do grupo. Objetivos do grupo. Esclarecimento de dúvidas. |
| Sessão 2 | Memória sensorial (Olfato e Tato). |
| Sessão 3 | Memória sensorial (Paladar). |
| Sessão 4 | Memória sensorial (Visão e Audição). |
| Sessão 5 | Memória. |
| Sessão 6 | Memória. |
| Sessão 7 | Atenção/Concentração (Jogo do bingo). |
| Sessão 8 | Cálculo/Raciocínio lógico. |
| Sessão 9 | Autoestima. |
| Sessão 10 | Feedback do grupo com dinâmica. |

Durante o período de estágio tive a oportunidade de colaborar como coterapeuta em três grupos, sendo que as minhas funções passaram pela seleção dos participantes, através da avaliação neuropsicológica, contribuir para a planificação do programa de intervenção, que foi flexível tendo em conta as necessidades e características dos elementos e do grupo na sua totalidade, elaboração de dinâmicas, estar presente em todas as sessões auxiliando na dinamização das atividades, bem como dinamizar algumas sessões e, após o grupo, realizar uma nova avaliação neuropsicológica.

A participação nestes grupos apesar de muito enriquecedora foi também desafiante, uma vez que em grupo, adaptar o grau de dificuldade às dificuldades cognitivas individuais nem sempre é fácil, contudo, flexibilizando algumas das atividades e auxiliando os participantes com maiores dificuldades foi possível contornar essas dificuldades.

Ao ter colaborado como coterapeuta, este grupo permitiu-me aproximar ainda mais da realidade da prática profissional, uma vez apresentar uma maior autonomia e interação. Para além disso, este tipo de grupo apresenta dinâmicas bastante diferentes dos outros grupos aumentando os meus conhecimentos ao nível da intervenção neuropsicológica.

- Avaliação psicológica e neuropsicológica

A avaliação psicológica consiste num processo técnico e científico que inclui a utilização de várias técnicas, tais como, por exemplo, entrevista, observação, testes psicológicos, questionários e dinâmicas (Lins & Borsa, 2017). A interpretação dos resultados obtidos através de instrumentos avaliativos é importante, mas sem nunca esquecer a importância que a entrevista de avaliação apresenta neste processo, uma vez que permite alcançar informações que de outra forma não seriam obtidas, como as características idiossincráticas do indivíduo, a sua reação à situação atual e a observação comportamental (Groth-Marnat, 2007).

A avaliação neuropsicológica é um processo através do qual o neuropsicólogo, recorre a meios e instrumentos de avaliação neuropsicológicos para caracterizar as funções cognitivas e comportamentos dos pacientes (Bento, 1994). Hebben e Milberg (2009) apontam sete propósitos diferentes deste tipo de avaliação: (1) identificação de alterações e perturbações em termos de presença/ausência, gravidade e descrição dos pontos fortes e fracos, (2) determinação das alterações biológicas dos resultados dos testes em termos de deteção e localização da disfunção cerebral, (3) avaliação das mudanças no

decurso do tempo e desenvolvimento de um prognóstico, (4) determinar se as alterações ou disfunções estão associadas a doenças neurológicas, condições psiquiátricas ou distúrbios de desenvolvimento, (5) fornecimento de diretrizes para a reabilitação, planeamento vocacional e/ou educacional, (6) fornecimento de orientações para familiares e cuidadores e (7) planeamento da alta e implementação do tratamento.

Após o referido período de estudo e de observação iniciei a administração das provas de avaliação psicológica e neuropsicológica autonomamente.

No total registei 62 casos de pedidos de avaliação psicológica e/ou neuropsicológica (tabela 6), sendo que para caso procedi à cotação dos resultados obtidos nos instrumentos aplicados e interpretação dos mesmos, elaborando assim o respetivo relatório de avaliação psicológica obedecendo à estrutura formal já definida, para que fosse colocado no Sclínico de forma que o profissional que solicitou o pedido tivesse acesso ao mesmo. No anexo V constam alguns exemplos de relatórios de avaliação neuropsicológica realizados.

Para cada caso inicialmente procedi a uma recolha breve da história clínica, clarificação do pedido e esclarecimento do processo de avaliação psicológico/neuropsicológica.

Tabela 6.

Casos de avaliação psicológica e neuropsicológica

| Identificação, idade, (sexo) | Motivo da avaliação | Nº sessões | Instrumentos | Desfecho |
|-------------------------------------|---|-------------------|----------------------|-----------------|
| B. M., 18 anos, (F) | Avaliação cognitiva (QI) | 1 | WAIS-III | Terminado |
| V. V., 56 anos, (F) | Avaliação multiusos (avaliação cognitiva) | 1 | WAIS-III | Terminado |
| M. J., 63 anos, (F) | Avaliação multiusos (avaliação cognitiva) | 1 | WAIS-III | Terminado |
| A.P., 47 anos, (M) | Avaliação neuropsicológica “ <i>despiste de eventual síndrome demencial em início</i> ” (sic) | 1 | Addenbrooke e Benton | Terminado |
| M.V., 78 anos, (F) | Avaliação neuropsicológica | 1 | Addenbrooke | Terminado |
| M. M., 60 anos, (F) | Avaliação multiusos (avaliação cognitiva) | 1 | WAIS-III | Terminado |

| | | | | |
|----------------------|---|---|--------------------|------------------------|
| A., A., 40 anos, (F) | Avaliação multiusos (avaliação cognitiva) | 1 | WAIS-III | Terminado |
| A.T., 57 anos, (M) | Avaliação multiusos (avaliação cognitiva) | 1 | WAIS-III e Toni-II | Não terminado (faltou) |
| M. M., 80 anos, (F) | Avaliação neuropsicológica | 1 | Addenbrooke | Terminado |
| A.D., 54 anos (F) | Avaliação multiusos (avaliação cognitiva) | 1 | WAIS-III | Terminado |
| J. L., 68 anos, (M) | Avaliação neuropsicológica para integrar Grupo de Estimulação Neuropsicológica | 1 | Addenbrooke | Terminado |
| M.M., 68 anos, (M) | Avaliação neuropsicológica para integrar Grupo de Estimulação Neuropsicológica | 1 | Addenbrooke | Terminado |
| A.A., 67 anos, (F) | Avaliação neuropsicológica pós Grupo de Estimulação Neuropsicológica | 1 | Addenbrooke | Terminado |
| M.F., 70 anos, (F) | Avaliação neuropsicológica pós Grupo de Estimulação Neuropsicológica | 1 | Addenbrooke | Terminado |
| R.M., 75 anos, (F) | Avaliação neuropsicológica para integrar Grupo de Estimulação Neuropsicológica | 1 | Addenbrooke | Terminado |
| M.P., 87 anos, (F) | Avaliação neuropsicológica | 1 | Addenbrooke | Terminado |
| M. B., 67 anos, (F) | Avaliação multiusos (avaliação cognitiva) | 1 | WAIS-III | Terminado |
| I.T., 43 anos, (F) | Avaliação neuropsicológica para integrar Grupo de Estimulação Neuropsicológica | 1 | Addenbrooke | Terminado |
| M. M., 60 anos, (F) | Avaliação neuropsicológica para integrar Grupo de Estimulação Neuropsicológica | 1 | Addenbrooke | Terminado |
| F.N., 55 anos, (F) | Avaliação multiusos (avaliação cognitiva) | 1 | WAIS-III | Terminado |
| J.M., 53 anos, (M) | Avaliação multiusos (avaliação cognitiva) | 1 | WAIS-III | Terminado |
| D.M., 32 anos, (M) | Avaliação cognitiva (QI) | 1 | WAIS-III | Terminado |
| M.T., 75 anos, (F) | Avaliação neuropsicológica “ <i>despiste de eventual síndrome demencial em início</i> ” (sic) | 1 | Addenbrooke | Terminado |

| | | | | |
|---------------------|--|---|---------------|-----------|
| M.A., 65 anos, (M) | Avaliação neuropsicológica “ <i>queixas mnésicas</i> ” (sic) | 1 | Addenbrooke | Terminado |
| M.M., 65 anos, (M) | Avaliação neuropsicológica para integrar Grupo de Estimulação Neuropsicológica | 1 | Addenbrooke | Terminado |
| M.M., 57 anos, (M) | Avaliação neuropsicológica | 1 | Addenbrooke | Terminado |
| M.M., 76 anos, (F) | Avaliação neuropsicológica | 1 | Addenbrooke | Terminado |
| Z.S., 70 anos, (F) | Avaliação neuropsicológica “ <i>suspeita de demência</i> ” (sic) | 1 | Addenbrooke | Terminado |
| J. S., 56 anos, (M) | Avaliação neuropsicológica | 1 | Addenbrooke | Terminado |
| R. T., 59 anos, (F) | Avaliação multiusos (avaliação cognitiva) | 1 | WAIS-III | Terminado |
| R. V., 68 anos, (M) | Avaliação neuropsicológica “ <i>queixas mnésicas agravadas</i> ” (sic) | 1 | Addenbrooke | Terminado |
| O. P., 21 anos, (M) | Avaliação cognitiva (QI) | 1 | WAIS-III | Terminado |
| J. L., 69 anos, (M) | Avaliação neuropsicológica “ <i>queixas de alterações de memória</i> ” (sic) | 1 | Addenbrooke | Terminado |
| M. F., 71 anos, (F) | Avaliação neuropsicológica “ <i>problemas de esquecimento</i> ” (sic) | 1 | Addenbrooke | Terminado |
| R. A., 71 anos, (F) | Avaliação neuropsicológica “ <i>problemas de esquecimento</i> ” (sic) | 1 | Addenbrooke | Terminado |
| J. L., 68 anos, (M) | Avaliação neuropsicológica pós Grupo de Estimulação Neuropsicológica | 1 | Addenbrooke | Terminado |
| M.M., 68 anos, (M) | Avaliação neuropsicológica pós Grupo de Estimulação Neuropsicológica | 1 | Addenbrooke | Terminado |
| J.P., 69 anos, (M) | Avaliação multiusos (avaliação cognitiva) | 1 | WAIS-III | Terminado |
| M.T., 54 anos, (F) | Avaliação psicopatológica e de personalidade | 1 | SCL-90 e MMPI | Terminado |
| H.M., 60 anos, (F) | Avaliação neuropsicológica “ <i>aparenta quadro demencial em instalação/progressão</i> ” (sic) | 1 | Addenbrooke | Terminado |
| M.C., 82 anos, (F) | Avaliação neuropsicológica | 1 | Addenbrooke | Terminado |

| | | | | |
|--------------------|---|---|--|-----------|
| M.V., 47 anos, (F) | Avaliação psicopatológica e da personalidade | 2 | SCL-90 e MMPI | Terminado |
| M.M., 61 anos, (F) | Avaliação neuropsicológica pós Grupo de Estimulação Neuropsicológica | 1 | Addenbrooke | Terminado |
| M.R., 58 anos, (F) | Avaliação neuropsicológica pós Grupo de Estimulação Neuropsicológica | 1 | Addenbrooke | Terminado |
| A.M., 68 anos, (M) | Avaliação neuropsicológica pós Grupo de Estimulação Neuropsicológica | 1 | Addenbrooke | Terminado |
| Z.S., 70 anos, (F) | Avaliação neuropsicológica pós Grupo de Estimulação Neuropsicológica | 1 | Addenbrooke | Terminado |
| A.C., 71 anos, (F) | Avaliação neuropsicológica pós Grupo de Estimulação Neuropsicológica | 1 | Addenbrooke | Terminado |
| M.M., 52 anos, (M) | Avaliação multiusos (avaliação cognitiva) | 1 | WAIS- III | Terminado |
| R.C., 69 anos, (F) | Avaliação neuropsicológica “... <i>queixas mnésicas recorrentes</i> ” (sic) | 1 | Addenbrooke | Terminado |
| A.F., 25 anos, (F) | Avaliação psicopatológica pré intervenção psicológica em Grupo de Apoio a Pacientes Depressivos | 1 | BSI, Escala de Depressão de Auto-Avaliação de Zung | Terminado |
| C.F., 53 anos, (F) | Avaliação psicopatológica pré intervenção psicológica em Grupo de Apoio a Pacientes Depressivos | 1 | BSI, Escala de Depressão de Auto-Avaliação de Zung | Terminado |
| H.M., 50 anos, (F) | Avaliação psicopatológica pré intervenção psicológica em Grupo de Apoio a Pacientes Depressivos | 1 | BSI, Escala de Depressão de Auto-Avaliação de Zung | Terminado |
| M.C., 51 anos, (F) | Avaliação psicopatológica pré intervenção psicológica em Grupo de Apoio a Pacientes Depressivos | 1 | BSI, Escala de Depressão de Auto-Avaliação de Zung | Terminado |
| R.T., 49 anos, (F) | Avaliação psicopatológica pré intervenção psicológica em Grupo de Apoio a Pacientes Depressivos | 1 | BSI, Escala de Depressão de Auto-Avaliação de Zung | Terminado |

| | | | | |
|--------------------|---|---|--|-----------|
| A.S., 44 anos, (F) | Avaliação psicopatológica pré intervenção psicológica em Grupo de Apoio a Pacientes Depressivos | 1 | BSI, Escala de Depressão de Auto-Avaliação de Zung | Terminado |
| C.T., 35 anos, (F) | Avaliação psicopatológica pré intervenção psicológica em Grupo de Apoio a Pacientes Depressivos | 1 | BSI, Escala de Depressão de Auto-Avaliação de Zung | Terminado |
| E.D., 34 anos, (F) | Avaliação psicopatológica pré intervenção psicológica em Grupo de Apoio a Pacientes Depressivos | 1 | BSI, Escala de Depressão de Auto-Avaliação de Zung | Terminado |
| M.C., 52 anos, (F) | Avaliação psicopatológica pré intervenção psicológica em Grupo de Apoio a Pacientes Depressivos | 1 | BSI, Escala de Depressão de Auto-Avaliação de Zung | Terminado |
| A.F., 25 anos, (F) | Avaliação psicopatológica pós intervenção psicológica em Grupo de Apoio a Pacientes Depressivos | 1 | BSI, Escala de Depressão de Auto-Avaliação de Zung | Terminado |
| H.M., 50 anos, (F) | Avaliação psicopatológica pós intervenção psicológica em Grupo de Apoio a Pacientes Depressivos | 1 | BSI, Escala de Depressão de Auto-Avaliação de Zung | Terminado |
| R.T., 49 anos, (F) | Avaliação psicopatológica pós intervenção psicológica em Grupo de Apoio a Pacientes Depressivos | 1 | BSI, Escala de Depressão de Auto-Avaliação de Zung | Terminado |

- Consulta Psicológica

Após o momento de observação, iniciei autonomamente as consultas de acompanhamento psicológico, sendo que ao longo do estágio dei seguimento a 15 casos clínicos como consta na tabela 7, com um total de 63 consultas efetivadas. Os casos destacados a negrito foram os escolhidos para apresentação dos estudos de caso devido ao número de sessões realizadas e a considerar que profissionalmente foram casos bastante enriquecedores.

Os casos foram discutidos com a orientadora e supervisor de modo a ser feita uma reflexão da informação clínica e plano de intervenção.

Após o final de cada sessão escrevia no diário clínico o resumo da sessão, evidenciando os aspetos mais importantes e o exame do estado mental do paciente.

Para todos os casos as primeiras consultas tinham como objetivo explicar qual o papel do psicólogo e como seriam realizadas as consultas, explorar qual a problemática principal do paciente, estabelecer a relação terapêutica e fazer a recolha da história clínica. Posteriormente, a intervenção era ajustada consoante as problemáticas e necessidades de cada paciente.

Como podemos verificar na tabela, a intervenção passou maioritariamente por uma perspetiva de psicoterapia de apoio que é a intervenção psicoterapêutica mais utilizada (Markowitz, 2014) e que tem como objetivo principal ajudar os indivíduos a adaptarem-se melhor às circunstâncias, utilizando estratégias como, por exemplo, a securização (tranquilizar o paciente e reforçar a sua autoestima) e o aconselhamento (Leal, 1999). Para além disso, ao nível da intervenção foram também utilizadas várias das estratégias preconizadas pela Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) tais como, por exemplo: respiração diafragmática, relaxamento muscular progressivo de Jacobson, exposição, questionamento/diálogo socrático, registo de pensamentos disfuncionais, psicoeducação, reestruturação cognitiva (e.g., Beck, 2013).

Tabela 7

Casos de acompanhamento psicológico

| Identificação, (sexo) | Motivo da consulta/problemática | Nº consultas | Abordagem Terapêutica | Situação do caso |
|------------------------------|---|---------------------|--|---|
| A.S., 26 anos, (F) | “Perturbação ansiosa” (sic). Com implicações em terminar ensino superior. | 8 | Psicoeducação, abordagem TCC, reestruturação cognitiva, autoestima, respiração diafragmática e treino de relaxamento muscular de Jacobson. | Encaminhamento para grupo de treino de competências |
| A.F., 25 anos, (F) | “Perturbação depressiva” (sic). Dificuldade em controlar os impulsos. Transtorno Depressivo Maior. | 9 | Ver apresentação do caso clínico – II | Encaminhamento por fim do estágio |

| | | | | |
|-------------------------------|--|----------|--|--------------------------------------|
| N. Q., 24 anos, (M) | “Desmotivação face à dificuldade em encontrar emprego na sua área” (sic). | 4 | Abordagem TCC, reestruturação cognitiva, ajuda no processo de tomada de decisão | Terminado |
| M.C., 52 anos, (F) | “Humor depressivo” (sic). | 5 | Psicoterapia de apoio | Terminado |
| S.R., 48 anos, (F) | “Humor depressivo” (sic). Dificuldade em lidar com decisões dos filhos. | 5 | Psicoterapia de apoio | Terminado |
| S.N., 44 anos, (F) | “Humor depressivo. Eventual quadro de transtorno de personalidade bipolar” (sic). | 4 | Psicoterapia de apoio | Desistência |
| R.R., 18 anos, (F) | Transtorno de Ansiedade Social. | 6 | Ver apresentação do caso clínico – I | Terminado |
| H.M., 64 anos, (F) | “Perturbação depressiva” (sic). Hipocondria. | 2 | Apenas foi feita a recolha da história clínica | Encaminhamento por fim do estágio |
| T.M., 42 anos, (F) | “Humor depressivo. Problemas conjugais” (sic). | 3 | Psicoterapia de apoio | Terminado |
| M.M., 67 anos, (F) | “Humor depressivo” (sic). | 3 | Psicoterapia de apoio | Encaminhamento por fim do estágio |
| L.M., 34 anos, (F) | Perturbação de ansiedade. Baixa autoestima | 3 | Autoestima, reestruturação cognitiva, respiração diafragmática | Terminado |
| M. P., 56 anos, (F) | “Humor depressivo” (sic). | 4 | Psicoterapia de apoio | Encaminhamento por fim do estágio |

| | | | | |
|------------------------|--|---|--|---|
| M. C., 72 anos, (F) | Luto | 1 | Apenas foi iniciada a recolha da história clínica | Desistência |
| P.M., 52 anos, (F) | Baixa autoestima. | 3 | Psicoeducação, autoestima | Encaminhamento por fim do estágio |
| M.M., 79 anos, (F) | “Humor depressivo” (sic). Défices cognitivos. | 3 | Psicoterapia de apoio, avaliação cognitiva | Encaminhamento para grupo de reabilitação neuropsicológica |

- Outras atividades

Durante o período de estágio surgiu, no serviço de psicologia, a ideia da criação de **redes sociais** específicas para o serviço, com o objetivo de podermos partilhar conhecimento sobre saúde mental de forma simples e acessível a todos. Desta forma, realizei algumas publicações sobre diversos temas, nomeadamente direcionados para o dia do doente, para a demência e para a importância do exercício físico na saúde mental (anexo VI).

Como exposto na planificação das atividades, tive também a oportunidade de me dirigir à **unidade de cirurgia bariátrica** onde uma vez por semana, uma psicologia do serviço faz uma avaliação dos pacientes que se encontravam numa fase de processo de tomada de decisão para a submissão à cirurgia.

Nestas sessões era feita uma entrevista psicológica semiestruturada, onde existia um protocolo pré-definido de questões que deviam ser colocadas aos pacientes e, no final da entrevista era pedido ao paciente que preenchesse alguns questionários de avaliação psicológica, nomeadamente o BSI para o estudo dos sintomas psicopatológicos e o Questionário Holandês de Comportamento Alimentar para avaliação da ingestão emocional, ingestão externa e restrição alimentar. Neste âmbito o meu papel passou pela observação das consultas e pela assistência no preenchimento dos questionários e cotação dos mesmos.

Ao longo do estágio assisti também a **formações** desenvolvidas pelo CH como as I Jornadas do Serviço de Psicologia Clínica – Psicologia Hospitalar: Identidade e

desafios, o Dia Mundial da Obesidade – Tratamento Cirúrgico da Obesidade e Humanização no CH.

No dia 10 de outubro celebra-se o **Dia Internacional da Saúde Mental** e, por isso, poucos dias após iniciar o estágio foi-me proposto, em conjunto com a terapeuta ocupacional do serviço e alguns psicólogos, a realização de uma exposição alusiva a esta data. Prontamente aceitei o desafio onde desenvolvemos uma linha da vida e foram elaborados vários materiais alusivos a cada faixa etária.

Tive também a oportunidade de ir duas vezes à **unidade de internamento** com o objetivo de realizar avaliações neuropsicológicas a pacientes internados nesta unidade.

Por último, ocasionalmente a pedido de psicólogos do serviço realizei **sessões individuais de relaxamento** a pacientes que eram acompanhados por esses mesmo profissionais.

Apresentação dos casos clínicos

Caso clínico I

Identificação:

R é uma jovem de 17 anos estudante no 12º ano na área de design.

Vive com o pai de 52 anos, a mãe de 43 anos, ambos empregados, e com uma irmã de 12 anos.

Motivo da consulta/Principais queixas:

R veio à consulta de psicologia encaminhada pelo seu médico psiquiatra. O pedido englobava a presença de sintomatologia ansiosa.

Quando questionada sobre o problema atual esta mencionou *“desde que perdi todos os meus amigos do colégio que não me tenho sentido bem, não me sinto bem em estar na escola (...) todos se afastam de mim”* (sic). Posteriormente, referiu também *“já há muito tempo que tenho dificuldades em falar com pessoas que não conheço, e em estar em sítios com muitas pessoas e agora sinto que estou pior (...) sei que não me vai acontecer nada de mal, mas tenho medo na mesma (...) odeio estar com muita gente, quando isso acontece fico sem ar”* (sic).

Observação clínica:

A paciente compareceu às consultas umas vezes acompanhada pelo pai e outras vezes pela mãe, consoante a disponibilidade dos mesmos, sendo que salvo uma exceção os pais aguardavam na sala de espera. O agendamento das consultas não era flexível devido a dificuldades dos pais em se ausentarem do local de trabalho para trazerem R às consultas o que, frequentemente, aumentou o período entre sessões.

R apresentou-se orientada no tempo e no espaço, com um aspeto geral cuidado, vestuário causal, aparentando ter uma idade coincidente com a real. Discurso adequado e organizado, mas demasiado circunstancial, o que dificultou a recolha de história de vida, uma vez que se encontrava muito focada no acontecimento que definia como sendo o causador da sua sintomatologia. Para abordar esses assuntos usava um tom ríspido e agressivo.

Apresentou uma postura colaborante, contacto ocular adequado e algum insight acerca das dificuldades atuais.

Ao nível do humor, este variou de eutímico a ligeiramente depressivo, apresentando alguma instabilidade emocional, principalmente nas consultas em que no

intervalo das mesmas tinham ocorrido acontecimentos que a paciente descrevia como sendo negativos, tais como, desentendimentos com os colegas da escola, dificuldades em fazer apresentações orais e períodos em que devido à sintomatologia ansiosa não conseguia permanecer na escola.

História clínica:

A paciente foi acompanhada por pedopsiquiatria neste mesmo serviço em 2017. Apresenta histórico de automutilações e tentativas de suicídio através de ingestão medicamentosa voluntária.

Quanto às terapêuticas farmacológicas, atualmente segue a terapêutica prescrita pelo seu médico psiquiatra.

Dificuldades atuais:

R apresenta como principal área problemática o facto de sentir níveis elevados de ansiedade em situações sociais, principalmente quando está sozinha em público, quando tem de interagir com pessoas desconhecidas, em locais com muita gente, e em situações de desempenho diante de outros. Refere que desde cedo na sua vida começou a sentir estas dificuldades, sintomatologia que se agravou drasticamente desde o afastamento dos seus colegas de turma, acarretando prejuízo para o seu funcionamento.

A paciente considerava os colegas de turma como os seus primeiros amigos e, por isso, estes tiveram uma importância muito significativa na sua vida, realçando que se encontrava muito dependente emocionalmente destes e que *“eles eram tudo para mim”* (sic). Atualmente menciona *“agora na escola não falo com ninguém (...) aos poucos sinto que as pessoas se estão a afastar de mim”* (sic). Considera que este afastamento se deve a um acontecimento em que uns colegas inventaram que a paciente tinha falado mal de um desenho de um outro colega e, por este motivo, todos se afastaram. Face a esta situação a paciente diz *“senti que tinha perdido tudo, nada valia mais a pena, porque nunca tinha tido amigos e aqueles eram tudo para mim”* (sic).

Perante o afastamento a paciente expõe *“estou sozinha, não me sinto bem, mas também não me sinto mal”* (sic) referindo que o ensino secundário está quase a terminar e, por isso, depois na faculdade, poderá ter a oportunidade de criar novas amizades.

Perante várias situações a paciente apresenta receio de julgamento ou crítica *“sinto que as pessoas me vão julgar”* (sic), pensamento que surge com maior frequência quando as pessoas à sua volta são da sua faixa etária. Demonstra interesse e vontade em

se relacionar, mas devido à baixa autoestima que apresenta, refere frequentemente não o fazer por medo de a acharem “*estranha*” (sic), sendo que quando questionada sobre o pior que podia acontecer a paciente menciona que não poderia acontecer nada de mal, mas “*sei que iria ficar muito tempo a cismar naquela situação, caso ela corre-se mal*” (sic), fazendo desta forma com que evite relacionar-se.

A paciente relatou vários episódios ilustrativos deste mal-estar, nomeadamente, de ansiedade de desempenho. Numa das situações relatada a paciente encontrava-se com o namorado e precisavam e ir a uma loja comprar um piercing, explicando não ter conseguido falar com a pessoa que se encontrava no atendimento e teve de pedir ao namorado para o fazer, referindo “*nestas situações fico muito nervosa e engasgo-me toda a falar*” (sic).

Outro episódio ilustrativo da ansiedade de desempenho aconteceu perante a apresentação de um relatório à turma. A paciente refere ter-se sentido mal e não ter conseguido realizar a apresentação “*não me saíam as palavras da boca, fiquei em pânico*” (sic). Posteriormente, o professor deu a possibilidade de a paciente apresentar em formato *online* só para o professor e, nesta situação, refere não ter vivenciado mal-estar.

Perante as dificuldades apresentadas, a paciente menciona medo em não conseguir fazer a apresentação da Prova de Aptidão Profissional (PAP) de final de curso, mencionando “*se só estiver a assistir o júri acho que consigo, mas se estiverem também alunos vai ser difícil*” (sic).

Outro acontecimento citado foi quando, após as férias escolares, regressou à escola. Menciona que o mal-estar se iniciou logo quando entrou no autocarro e que se prolongou na escola, referindo sintomatologia ansiosa, principalmente somática, como, falta de ar, medo, tremores e a sensação de que ia entrar em pânico. A paciente associa este mal-estar à “*tristeza acumulada*” (sic) que sente pela falta de suporte social na escola, mencionando que “*as pessoas reparam mais quando estou sozinha do que quando estou acompanhada*” (sic). Face ao agravamento da sintomatologia a paciente não conseguiu entrar na sala de aula e foi levada para a psicóloga da escola. Nesta situação R refere que “*eles (os colegas de turma) não quiseram saber e deixaram as minhas coisas cá fora. Uma perguntou a uma funcionária, mas foi por interesse e não por preocupação. Outra mandou mensagem, mas não sei se lhe cheguei a responder*” (sic).

R descreve também um episódio recente em que frequentou pela primeira vez uma discoteca. Perante este ambiente a paciente apresentou sintomatologia ansiosa “*fiquei parada que nem uma estátua, só pensei tirem-me daqui, eu nem me conseguia mexer*”

(sic), refere que é uma situação que não quer voltar a repetir, não percebendo a razão que a levou a sentir-se assim pois “*não me surgiam pensamentos, apenas não me sentia bem*” (sic). Contudo, posteriormente menciona “*não conseguia dançar (...) se eu dançasse ia-me sentir muito envergonhada e ia parecer que os outros estavam a olhar para mim*” (sic). A paciente apresentou falta de ar e teve de sair da discoteca. Já cá fora refere não sentir mal-estar.

R menciona “*odeio estar com muita gente, nessas situações costumo ficar sem ar (...) não gosto muito de ouvir ruído*” (sic) e, por isso, evita frequentemente locais onde isso pode acontecer. Consequentemente, não tem ido às visitas de estudo organizadas pelo colégio referindo “*não gosto, não me sinto bem no meio daquela multidão*” (sic).

A paciente refere utilizar fones uma vez sentir-se mais segura, pois acredita que com estes as pessoas não a vão abordar, conseguindo desta forma limitar as suas interações sociais.

Outras problemáticas atuais referidas pela paciente são o facto de se apegar demasiado às pessoas com quem se relaciona afetivamente, referindo que “*quando as coisas terminam é muito difícil*” (sic), sendo que face ao novo relacionamento a paciente menciona “*estou a tentar controlar a minha obsessão*” (sic), demonstrando grande preocupação por sentir que se estava a aproximar demasiado do namorado. Para além disso, R refere dificuldades em controlar os sentimentos de raiva como uma problemática atual “*sinto muita raiva por algumas pessoas que às vezes tenho muita vontade de lhes bater e a lei é o que me impede, eu não gosto de violência, mas às vezes os meus punhos até se fecham*” (sic).

Atualmente a paciente demonstra baixa autoestima, bem como sentimentos de inutilidade: “*Acho que sou inútil na vida das pessoas*” (sic), “*As pessoas descartam-me com muita facilidade*” (sic), “*Chorei e como já era de esperar ninguém ligou*” (sic), “*Ninguém gosta de mim*” (sic), “*Não vou desenhar porque não consigo*” (sic).

História pessoal:

R refere uma infância “*normal*” (sic), adaptando-se bem ao nascimento da irmã mais nova.

A nível escolar reporta ter mantido, de uma forma geral, um rendimento escolar satisfatório. A partir do 5º ano de escolaridade refere uma maior introversão e isolamento, revelando não se ter adaptado bem aos colegas. No 8º ano mudou de escola e recorda uma melhor adaptação apesar de não se sentir identificada com os colegas. No 10º ano

ingressou no colégio, onde se encontra atualmente, no curso de design e refere uma boa adaptação, tanto aos colegas como ao curso. Saliencia que foi nesta altura que encontrou pela primeira vez amigos. Todavia, atualmente já não mantém estas amizades.

R define-se como bissexual. Aquando da primeira consulta não namorava, mas já tinha tido várias relações afetivas, muitas delas descritas como sendo abusivas “*eu era a escrava dele*” (sic). A última rutura tinha acontecido no verão passado, com uma pessoa do mesmo sexo. Demonstra descontentamento com o último relacionamento afetivo “*metia-me impressão ela ter muitas amizades (...) quase não tinha tempo para mim*” (sic), mas descreve a rutura como tendo sido uma situação “*difícil*” (sic) uma vez que, como mencionado anteriormente, considera ser uma pessoa que cria uma grande dependência pelos outros porque “*muitas vezes não me sinto suficiente (...) mas tenho vindo a tentar controlar esta minha obsessão*” (sic).

Atualmente a paciente encontra-se num novo relacionamento afetivo com uma pessoa do sexo oposto e, ao fim de uma semana, descreve-o como “*a relação mais saudável que já tive*” (sic). Conheceu o namorado através da internet. Não vivem na mesma cidade, mas planeiam os seus encontros com uma frequência quinzenal, sendo que usam o comboio ou autocarro para se deslocarem ao local combinado.

Acerca da informação que partilha com os seus pais sobre o seu novo relacionamento afetivo, refere que estes sabem que se encontra num relacionamento, porém omite, e chega mesmo a mentir, acerca de outras informações “*já estou habituada a ter de mentir tudo aos meus pais (...) eles têm-me como uma criança (...) nunca iam aceitar eu ir para longe ter com ele*” (sic). Em contrapartida, R considera a relação com a irmã com sendo de confiança e, por isso, “*ela sabe tudo sobre mim, nomeadamente sobre o meu relacionamento*” (sic).

R é a irmã mais velha, e tem uma irmã de 12 anos. O pai tem 52 anos e é professor e a mãe tem 43 anos e é responsável por um minimercado.

Relativamente à educação de R, a paciente refere ter crescido num meio reservado e muito conservador, justificando isso pelo facto de viver num meio rural pequeno “*cresci num meio mais reservado, a convivência que tenho é apenas mais por casa e as coisas ficam longe*” (sic) e pela mãe já ter crescido numa família muito conservadora.

Descreve a relação com a mãe como “*já foi pior*” (sic), mas considera-a como excessivamente preocupada, levando a paciente desde cedo a mentir sobre as decisões que tomava acerca das suas saídas “*ela não é muito liberal por isso eu dizia que ia para*

um lado e a seguir ia para outro” (sic). Ocasionalmente a mãe descobria que R não tinha ido para o local referido.

Menciona que a mãe é uma pessoa que pensa muito na opinião dos outros e na imagem que a família tem de manter, interferindo nas relações interpessoais da paciente. R relata episódio em que a mãe lhe diz *“ninguém te pode ver com ele (ex-namorado), porque pode estragar a nossa imagem”* (sic). Recorda também situação em que estava a comer e a mãe lhe diz *“se continuares a comer assim ninguém te vai querer”* (sic) referindo *“sei que ela não diz por mal, espero eu”* (sic). R refere que, frequentemente, quando sai com amigos ou com o namorado, a mãe lhe fala em drogas, sexo ou doenças e, por vezes, chora em frente à paciente por medo com o que lhe possa acontecer, sendo que a paciente explica *“ela tem medo de que eu seja drogada”* (sic).

No que diz respeito à relação com o pai a paciente demonstrou ao longo do acompanhamento psicológico não querer abordar esse tema. Apenas numa sessão R referiu *“ele é muito nervoso”* (sic).

Futuramente R ambiciona ingressar na faculdade e tirar um curso superior de arte e design.

Processo de Avaliação Psicológica

A avaliação psicológica é um processo técnico-científico de recolha de dados, estudo e interpretação de informação acerca dos fenómenos psicológicos resultantes da relação do indivíduo com a sociedade, incluindo a utilização de várias técnicas, tais como, entrevista, observação, testes psicológicos e questionários. É um processo que deve fornecer informações importantes ao psicólogo que o permita desenvolver hipóteses diagnósticas e prognósticos (Borsa & Lins, 2017).

De acordo com Leal (2010) a entrevista *“é uma relação formal, face-a-face, em que através sobretudo da dimensão verbal, se utiliza um conjunto de técnicas com vista à obtenção de uma certa qualidade e quantidade de informação”* (Leal, 2010, p. 58). A entrevista semiestruturada é a mais utilizada na avaliação psicológica onde o psicólogo define um conjunto de temas a serem abordados de modo a obter a informação necessária (Borsa & Lins, 2017).

A utilização de testes psicológicos é uma parte importante deste processo de avaliação psicológica devido à sua objetividade, contudo não é o suficiente para se avaliar um indivíduo, uma vez que se deve ter em consideração todos os fatores biopsicossociais (Borsa & Lins, 2017).

Inicialmente, a recolha de dados acerca da história de vida e do problema atual da paciente foi realizado através da entrevista psicológica e da observação clínica. Na segunda sessão foi-lhe solicitado o preenchimento da Escala de Liebowitz para Ansiedade Social (Liebowitz, 1987), pedido ao qual a paciente prontamente aceitou demonstrando empenho e motivação na realização da tarefa.

A Escala de Liebowitz para Ansiedade Social (Liebowitz, 1987) consiste numa escala com boas características psicométricas (Heimberg et al., 1999) que avalia a ansiedade social. Contém 24 itens, 13 referentes a situações de desempenho e 11 a situações de interação social, sendo que cada item é classificado quanto ao grau de desconforto e medo sentido e, em seguida, quanto ao evitamento. A paciente obteve uma pontuação total de 108 pontos o que é indicativo de uma fobia social muito grave. De referir também que apresentou uma pontuação parcial de 54 pontos para escala Ansiedade/Medo e igualmente uma pontuação de 54 pontos para a escala Frequência de Evitamento. Os resultados apresentados sugerem que a paciente efetivamente apresenta ansiedade e medo face a situações em que é exposta a uma possível avaliação dos outros e, face a essas situações, recorre a estratégias de evitamento.

Diagnóstico diferencial

De acordo com a observação psicológica, história clínica e os resultados obtidos no teste psicológico aplicado, foram levantadas hipóteses de diagnóstico que conduziram à interrogação do diagnóstico prévio de um **Transtorno de Ansiedade Generalizada 300.02 (F41.1)**, tendo sido também estabelecidas como hipóteses clínicas plausíveis um **Transtorno de Personalidade Evitativa 301.82 (F60.6)** e/ou um **Transtorno de Ansiedade Social (Fobia Social) 300.23 (F40.10)**.

O **Transtorno de Ansiedade Generalizada** é descrito por um padrão de ansiedade e preocupação excessiva em diversos eventos e atividades, nomeadamente, o desempenho escolar ou profissional (critério A), onde o indivíduo apresenta dificuldades em controlar essa preocupação (critério B) e de evitar que esses pensamentos interfiram no seu funcionamento social ou profissional, devido ao sofrimento clinicamente significativo associado (critério D). Esta ansiedade e preocupação deve apresentar-se por pelo menos 3 dos seguintes sintomas: inquietação ou sensação de estar com os nervos à flor da pele (critério C1), fatigabilidade (critério C2), dificuldade em concentrar-se ou sensação de “branco na mente” (critério C3), irritabilidade (critério C4), tensão muscular (critério C5) ou perturbação do sono (critério C6).

Apesar da paciente apresentar quase todos os critérios para este diagnóstico, R em situações onde não sente medo de ser avaliada negativamente, não apresenta sintomatologia ansiosa, o que aconteceu, por exemplo, no período de férias escolares. Apesar de no Transtorno de Ansiedade Generalizada existir ansiedade e preocupação excessiva face a situações de desempenho, esta preocupação existe independentemente se estão ou não ser avaliados. Assim, face aos critérios de diagnóstico e à história do problema da paciente, considero que este diagnóstico prévio não se aplica.

O **Transtorno de Personalidade Evitativa** é descrito por um padrão difuso de inibição social, sentimentos de inadequação e hipersensibilidade à avaliação negativa, fazendo com que o indivíduo não se envolva em atividades no trabalho que exijam contacto interpessoal, devido a medo de crítica, desaprovação ou rejeição (critério 1), evite fazer novas amizades (critério 2), apresente dificuldades em falar sobre si em relacionamentos íntimos por medo da exposição, ridicularização e/ou vergonha (critério 3), apresente uma preocupação excessiva com críticas ou rejeições em situações sociais (critério 4), inibição em situações interpessoais novas, devido a sentimentos de inadequação (critério 5) e sentimentos de inferioridade relativamente aos outros (critério 6) não se envolvendo em novas atividades por estas poderem causar constrangimento (critério 7). O diagnóstico de um Transtorno de Personalidade Evitativa caracteriza-se pela presença de pelo menos quatro dos critérios mencionados. A paciente preenche quatro dos critérios (critério 1, 4, 5 e 6).

O **Transtorno de Ansiedade Social** caracteriza-se por medo ou ansiedade acentuados face a uma ou mais situações sociais em que o indivíduo é exposto a uma possível avaliação por outras pessoas (exemplos, interações sociais, ser observado e situações de desempenho) (critério A), o indivíduo receia demonstrar sintomas de ansiedade que serão avaliados negativamente (critério B), as situações sociais quase sempre provocam medo ou ansiedade (critério C) e, por isso, são evitadas ou suportadas com intenso medo ou ansiedade (critério D), sendo que este medo ou ansiedade é desproporcional à ameaça real apresentada pela situação social (critério E). Percorrendo os critérios deste transtorno, verifica-se que a paciente preenche todos os critérios para este diagnóstico. Perante situações sociais, principalmente com pessoas da sua faixa etária, exhibe pensamentos de medo e sintomatologia ansiosa, receando demonstrar sintomas de ansiedade perante os outros. Refere sentir que os outros a vão julgar negativamente e, por isso, evita ou suporta essas situações com intenso medo e ansiedade desproporcionais à ameaça real.

A paciente apresenta critérios para o Transtorno de Ansiedade Social e para o Transtorno de Personalidade Evitativa uma vez que ambos são caracterizados por inibição social, sentimentos de inadequação e hipersensibilidade a avaliações negativas. Contudo, o Transtorno de Personalidade Evitativa é marcado por um padrão de funcionamento persistente, inflexível, de longa duração e presente em vários contextos (Moultier & Stein, 1999), logo pacientes com este transtorno apresentam maiores défices nas capacidades sociais comparativamente a pacientes com um possível diagnóstico de Transtorno de Ansiedade Social. Desta forma, e tendo em conta a história do problema, nomeadamente a gravidade e persistência da sintomatologia clínica, a hipótese diagnóstica apresentada é de que estamos perante uma paciente com um possível **Transtorno de Ansiedade Social (Fobia Social) 300.23 (F40.10)**.

Formulação do Caso

R é uma jovem que atualmente apresenta um desconforto severo e incapacitante face a situações sociais e de desempenho, interferindo significativamente com o seu funcionamento interpessoal e escolar.

A história clínica e as problemáticas trazidas pela paciente permitiu identificar os fatores que influenciaram o desenvolvimento desta problemática, nomeadamente os fatores precipitantes (fatores que levaram ao início do problema atual), predisponentes (fatores que colocam a pessoa em risco de desenvolver um problema), manutenção (fatores que estendem ou preservam o problema) e de proteção (fatores que atenuam o impacto do risco).

As problemáticas psicológicas apresentadas por R parecem ter se agravado significativamente perante um stressor de vida. Assim, parece-nos que o **fator precipitante** deste mal-estar foi o afastamento dos colegas que tinha na escola que, como referido pela paciente, eram os primeiros amigos que teve desde o seu percurso escolar e, por isso, tinham muita importância para a mesma. Os relacionamentos de amizade fazem parte do desenvolvimento de um indivíduo e, principalmente durante a adolescência, estes relacionamentos apresentam um papel primordial, uma vez que é durante este período que os jovens desenvolvem a sua autonomia em relação aos pais, tornando-se assim os pares uma fonte significativa de apoio social e emocional (Gorrese & Ruggieri, 2012), sendo esta rutura uma experiência dolorosa. O motivo da rutura, como terminou e quem “fez” a rutura são também fatores determinantes para as reações emocionais que podem decorrer desta rutura, originando tristeza ou, por outro lado felicidade/alívio (Flannery &

Smith, 2021). No caso de R a ruptura surgiu da parte dos colegas, devido a terem criado uma suposição de que a paciente tinha falado mal do desenho de um colega. Para além de sentir tristeza pelo afastamento dos colegas a paciente sentiu-se injustiçada e desvalorizada por terem feito uma falsa acusação e não acreditarem nela.

Existem também fatores que colocam a pessoa em risco de desenvolver uma Perturbação de Ansiedade Social. Há evidências científicas de que fatores genéticos e ambientais desempenham um papel significativo no desenvolvimento do Transtorno de Ansiedade Social (Rapee & Spence, 2004). Além disso, a personalidade, como por exemplo indivíduos com tendência à inibição comportamental e medo de julgamento, apresentam uma maior probabilidade de desenvolver um Transtorno de Ansiedade Social (Cremers & Roelofs, 2016). As problemáticas trazidas por R apontam para vários **fatores predisponentes**, nomeadamente o estilo parental que deu origem ao estabelecimento de uma vinculação insegura (1), fraco suporte social percebido (2), traços de personalidade (3), questões genéticas/hereditárias ou de modelagem (4).

(1) O estilo parental crítico, punitivo, controlador, rígido e superprotetor, pautado pela agressividade do pai e pela superproteção da mãe, que é condicionada por aquilo que os outros possam vir a pensar das atitudes da sua família, faz com que esta limite as atividades de R, com medo do julgamento dos outros, contribuindo assim para o desenvolvimento de uma vinculação insegura, e consequente desenvolvimento de um Transtorno de Ansiedade Social. Para além disso, o desenvolvimento desta vinculação insegura poderá estar na origem dos relacionamentos frágeis e fugazes que R tem estabelecido na adolescência e início da idade adulta.

(2) e (3) Desde criança a paciente aparentou apresentar traços de personalidade de alguma timidez, introversão e inibição comportamental que foram mais evidenciados aquando da entrada para a escola, altura em que o processo de socialização ganha contornos bastante importantes para o desenvolvimento psicológico infantil. Durante a infância e parte da sua adolescência R, encontrou-se mais isolada e introvertida devido à dificuldade evidenciada em adaptar-se aos estabelecimentos de ensino que frequentou, nem se identificar com os colegas, o que é indicativo do fraco suporte social que apresentava, sendo que a falta de suporte social é um dos fatores de risco para o desenvolvimento de uma Perturbação de Ansiedade Social (Furmark, et al., 1999). A paciente apresenta um histórico de relacionamentos amorosos

fugazes e alguns abusivos. Durante esses relacionamentos R reconhece sentir uma dependência emocional pelo companheiro/a, o que pode ser uma forma de esta tentar compensar a falta de suporte emocional percebido. Face ao término desses relacionamentos a paciente apresentava sentimentos de rejeição e um grande sofrimento emocional. Perante estes episódios a paciente poderá ter ativado padrões de pensamento disfuncionais (esquemas cognitivos disfuncionais) a partir dos quais cada indivíduo organiza e interpreta as suas experiências, influenciando assim a atitude da paciente em relação a si, às experiências que vivencia e à forma como perspetiva o futuro.

- (3) Apesar da mãe de R não apresentar nenhum diagnóstico de alguma perturbação psicológica, face ao exposto pela paciente, são notórias as dificuldades que esta apresenta perante a avaliação dos outros, limitando as suas atividades e as de R com medo de julgamentos. E existem evidências científicas que demonstram que as questões da modelagem parental de preocupações sociais, a exposição restrita a situações sociais e os padrões de educação, como é o caso de padrões de superproteção (Hudson & Rapee, 2000; Lieb, et al., 2000) parecem ter uma contribuição para o desenvolvimento do Transtorno de Ansiedade Social. Relativamente ao pai, apesar de este apresentar algumas problemática que R tenta omitir, não apresentamos informação suficiente que permita obter alguma conclusão.

Tendo em conta estas experiências precoces, a paciente poderá ter desenvolvido desde criança esquemas cognitivos disfuncionais que face a um acontecimento de vida negativo (fator precipitante) estes esquemas foram ativados, levando assim a erros no processamento da informação, originando os pensamentos automáticos negativos que têm trazido consequências ao nível comportamental, motivacional, emocional, cognitivo e somático.

Poderá ter sido desenvolvido um Esquema Precoce Mal-Adaptativo de Isolamento Social devido à dificuldade que R apresentou desde cedo em criar amizades e em ter relacionamentos duradouros. A recente rutura das amizades poderá ter confirmado o esquema anteriormente desenvolvido o que levou a paciente a sentir-se rejeitada e humilhada, aumentando esta dificuldade na interação social. Consequentemente, em situações sociais a paciente revela crenças disfuncionais como “*vão me julgar*” (sic),

“vão achar-me estranha” (sic), levando desta forma a desvalorizar o seu desempenho social, sendo revelado a formação do Esquema Precoce Mal-Adaptativo de Defeito.

Relativamente aos **fatores de manutenção** existe uma autorrepresentação negativa acerca de si, nomeadamente que não se sente suficiente, que não é boa no que faz e que ninguém gosta dela. A razão para estas distorções cognitivas estarem presentes, deve-se às dificuldades de interação e rejeições que tem apresentado desde cedo. Para além disso, o padrão de educação mantido pelos pais poderá ser um fator de manutenção para as dificuldades sentidas por R. Apesar destes fatores que contribuem para o agravamento da problemática, existem **fatores proteção** que poderão auxiliar de um modo positivo a evolução no processo de melhoria, nomeadamente o suporte da irmã que parece ser uma fonte de apoio para a paciente.

Enquadramento Concetual e Processo de Intervenção Psicológica

Os Transtornos de Ansiedade são caracterizados por compartilharem sintomas de medo e ansiedade excessivos ou persistentes (Craske, et al., 2011), sendo o medo uma resposta emocional a uma ameaça real ou percebida e a ansiedade uma antecipação a uma possível ameaça futura (Americna Psychiatric Association, 2013).

O Transtorno de Ansiedade Social é um dos tipos de Transtornos de Ansiedade e caracteriza-se pelo medo ou ansiedade excessiva e intensos em situações sociais, onde o indivíduo pode ser avaliado pelos outros.

De todas as perturbações psiquiátricas, os Transtornos de Ansiedade são os que apresentam uma maior taxa de prevalência (Thibaut, 2002), de 14,5% para os Transtornos de Ansiedade e de 2,8% para o Transtorno de Ansiedade Social (Alonso & Lépine, 2007).

A TCC é uma forma de intervenção psicológica que tem demonstrado eficácia em diversos transtornos psicológicos, nomeadamente nos Transtornos de Ansiedade (Beck, 2011).

A combinação de técnicas preconizadas pela TCC, como a exposição juntamente com a reestruturação cognitiva, tem sido a forma de intervenção psicológica mais estudada para casos de Transtorno de Ansiedade Social. A exposição por si só tem demonstrado ser um tratamento eficaz (Al-Kubaisy et al., 1992; Alström et al., 1984; Gillian et al., 1984), mas como a principal característica do Transtorno de Ansiedade Social é o medo da avaliação negativa (componente cognitiva), a combinação de técnicas de exposição e a reestruturação cognitiva poderá aumentar a eficácia do tratamento (Pontoski, 2010; Wong, Gordon & Heimberg, 2021), sendo que a literatura tem

demonstrado que a TCC apresenta eficácia para indivíduos com Transtorno de Ansiedade Social (Goldin et al., 2012; Ledley et al., 2009; Pontoski et al., 2010; Rodebaugh, Holaway & Heimberg, 2004), nomeadamente a utilização combinada de técnicas de exposição e de reestruturação cognitiva (Barlow, 2016; Heimberg et al., 1990; Mattick & Peters, 1988).

Tendo em conta a história clínica, idiosincrasias da paciente e o diagnóstico pré-definido estabeleci objetivos gerais e específicos para a intervenção, bem como estratégias a utilizar, contudo, o protocolo estabelecido foi-se flexibilizando ao longo do processo tendo em conta as novas problemáticas trazidas por R para as consultas.

O caso de R foi-me encaminhado a 20 de dezembro de 2021, sendo que a paciente já tinha iniciado o processo de intervenção psicológica com outro profissional com quem realizou duas sessões. Após o encaminhamento o processo e a informação recolhida foi-me fornecida.

O processo de intervenção contou com um total de oito sessões (6+2) ao longo de aproximadamente oito meses. Por motivos profissionais e por residirem longe do centro hospitalar, os pais de R apresentavam dificuldades em trazer a paciente à consulta e, por isso, as sessões realizaram-se mensalmente, sendo que, com alguma frequência, a paciente pedia reagendamento da consulta por não conseguir comparecer na data marcada.

Apesar de R já ter sido anteriormente informada acerca da mudança de profissional, a primeira consulta iniciou-se com o esclarecimento e consentimento desta mudança. Em seguida, os principais objetivos da sessão foram compreender o motivo do pedido de apoio, recolher informação acerca da história clínica da paciente e iniciar o estabelecimento de uma aliança terapêutica e relação empática, garantindo confidencialidade e aceitação incondicional (empatia, atitude calorosa, demonstração de preocupação, interesse e cuidado), de forma a envolver a paciente na intervenção e, consequentemente, facilitar o atingimento dos objetivos. Nesta sessão, a paciente quis iniciar por abordar o histórico de relacionamentos afetivos, fugazes e alguns abusivos que apresenta, uma vez que muito recentemente tinha iniciado um novo relacionamento, apresentando receios com o futuro do mesmo. Desta forma, pareceu desde logo importante reforçar a importância de se dar a conhecer a outras pessoas, mas atuando com cautela devido à própria referir “*sou uma pessoa de ir muito depressa e de me apegar demasiado às pessoas*” (sic).

Seguidamente, foi dada continuidade à recolha de informação, já iniciada pelo psicólogo que deu início ao acompanhamento. Foi recolhida informação acerca da história de vida de R, nomeadamente, a infância, adolescência, dinâmica familiar, percurso escolar e relações afetivas. De denotar que ao explorar a história familiar, R abordou questões referentes ao relacionamento que apresenta com a mãe e com a irmã, mas não referenciando o pai. Enquanto estagiária, percebi que era uma questão que a paciente possivelmente não queria abordar e, por ser a primeira consulta, não persisti nessa exploração, denotando que seria um tema importante a questionar numa próxima sessão.

Como mencionado anteriormente, relativamente ao percurso escolar a paciente atualmente apresenta dificuldades em frequentar a escola devido à falta de suporte social que sente nesse contexto, expondo a razão que a levou a perder as amizades que anteriormente apresentava. Quando questionada sobre a tentativa de falar com os colegas de forma a poder esclarecer o sucedido a paciente diz ter tentado fazer, mas que os colegas ficaram contra ela. Face a esta exploração, a paciente refere que desde esse acontecimento que apresenta dificuldades agravadas ao nível da interação social, principalmente em situações em que sente que poderá ser julgada pelos outros, referindo que é um aspeto que quer trabalhar em consulta uma vez sentir que tem condicionado a sua vida. Demonstrou assim já ter idealizado algumas temáticas que pretendia abordar na intervenção psicológica, mostrando-se disposta a expor e explorar as problemáticas que apresenta.

No final da sessão, foi entregue à paciente como tarefa para casa a folha de “registo de auto-monitorização dos pensamentos automáticos negativos” seguido de psicoeducação acerca do racional dos pensamentos automáticos negativos, de que as nossas reações emocionais resultam da interpretação que fazemos das situações/acontecimentos e não das situações em si, e que esses pensamentos automáticos são negativos e distorcidos, podendo ser pensamentos relacionados a si, ao mundo, ou ao futuro, levando a um aumento da ansiedade, bem como qual o objetivo, importância e como devia proceder ao preenchimento da tarefa.

A segunda sessão teve como objetivo inicial monitorizar o estado atual face ao relacionamento afetivo, uma vez que na sessão anterior foi notória a preocupação sentida pela paciente. Posteriormente, o principal objetivo da sessão foi recolher dados acerca da história da problemática apresentada, nomeadamente, o início, a duração, a

sintomatologia associada bem como as consequências que tem acarretado para a vida de R.

Para além das dificuldades ao nível da interação social mencionadas pela paciente na consulta anterior, foi notório nesta sessão a baixa autoestima e sentimentos de inutilidade que apresenta, que podem estar associados às dificuldades que esta refere em estabelecer amizades, bem como ao histórico de relacionamentos afetivos frágeis e fugazes que apresenta. Desta forma, foi devolvido à paciente o facto de as pessoas poderem não saber lidar com a expressão dos sintomas de ansiedade que apresenta e, por isso, afastam-se.

Após a exploração dos problemas atuais apresentados foi solicitado à paciente o preenchimento de uma escala de avaliação psicológica, sendo que primeiramente foi explicado qual o objetivo e o motivo da sua utilização. A paciente aceitou prontamente realizar o preenchimento da escala.

No final da sessão seria feita a revisão da tarefa para casa, contudo a paciente não realizou a tarefa, mencionando que desde a última sessão não tinha ocorrido nenhum acontecimento/situação que tivesse despoletado emoções e pensamentos que a levassem a fazer esse registo. Desta forma, foi novamente explicado à paciente a importância da realização desta tarefa.

A sessão seguinte teve como objetivos principais a devolução dos resultados obtidos na escala de avaliação psicológica aplicada e, posterior psicoeducação do racional cognitivo-comportamental da ansiedade social, nomeadamente das componentes da ansiedade: fisiológica (reações corporais), cognitiva (pensamentos) e comportamental (o que a pessoa faz quando se sente ansiosa), enfatizando a componente comportamental, sobretudo os comportamentos de fuga e evitamento utilizados como forma de reduzir a ansiedade a curto prazo, mas a longo prazo como uma barreira na vida dos pacientes, uma vez limitar várias oportunidades. Recorremos a experiências pessoais da paciente para identificar estas componentes, identificando estratégias de coping desadaptativas, como a utilização frequente de fones que a paciente usa como forma de limitar as suas interações sociais, o pedir a familiares e amigos para falarem por isso em público e o evitamento de locais com muita gente. Desta forma, incentivei R a, gradualmente, não utilizar estas estratégias que foi adquirindo, bem como à exposição *in vivo* das situações que tem evitado, iniciando esta exposição por situações menos evocadoras de ansiedade e, progredindo gradualmente para situações mais difíceis. Em seguida, foi discutida a ansiedade social normal e patológica explicando o seu valor adaptativo, e o seu contínuo,

onde algumas pessoas raramente sentem qualquer ansiedade social e outras vivenciam uma ansiedade muito forte e com muita frequência, sendo que a maioria das pessoas encontra-se entre estes dois extremos. E o racional de ligação entre os pensamentos, emoções e comportamentos, demonstrando à paciente que a forma como esta pensa influencia as suas emoções e consequentemente o seu comportamento. Face ao exposto, foi definido, em conjunto com a paciente, os objetivos da intervenção psicológica.

Seguidamente, a paciente tomou a iniciativa de querer mostrar a tarefa para casa, referindo que havia ocorrido uma situação que queria abordar em consulta. R realizou a tarefa apontando dados de duas situações, querendo iniciar a exploração pela situação que lhe estava a causar mais angústia. A situação/acontecimento registada é referente ao *“primeiro dia de aulas do 3º período”* onde a paciente regista ter sentido um *“loop de pensamentos desconfortáveis”*, não registando especificamente quais foram esses pensamentos. No que concerne às emoções sentidas registou *“tristeza, medo e pânico”* e ao comportamento *“chorar, falar, ficar isolada o dia inteiro, faltar alguns dias à escola”*. Após a apresentação da situação, exploramos o conteúdo. A paciente refere ter apresentado vários sintomas somáticos *“no fim do 2º período já estava a sentir-me com falta de ar, e mal pôs os pés no autocarro isso voltou, falta de ar, pânico, medo, tremores. Não sei explicar porque sinto este pânico quando vou para o colégio. É tanta tristeza acumulada que uma pessoa explode”* (sic). Nesse dia, depois da viagem de autocarro onde já apresentava vários sintomas de mal-estar, a sintomatologia agravou-se consideravelmente quando ia entrar para a sala de aula, não o tendo feito e, por isso, foi encaminhada por uma auxiliar para a psicóloga da escola. Perante esta situação demonstrou tristeza por sentir que os colegas não se importaram com ela *“eles não quiseram saber de mim, deixaram as minhas coisas cá fora. Uma perguntou a uma funcionária o que me tinha acontecido, mas foi por interesse e não por preocupação. Outra mandou mensagem, mas nem sei se lhe cheguei a responder”* (sic), contudo, face ao exposto pela mesma, poderá existir uma verdadeira preocupação dos colegas com a paciente. Desta forma, confrontei R com essa possibilidade ao que ela refere *“agora não vale a pena ninguém se tentar aproximar de mim na escola, depois de tudo o que eles fizeram comigo eu sinto-me é desconfortável em falar com eles”* (sic). Se por um lado a paciente demonstra tristeza pelo afastamento dos colegas, por outro lado não confia nos colegas acabando por afastar quem se tenta aproximar. R registou outro evento, contudo face ao tempo de a consulta ter terminado combinamos de dar continuidade à tarefa na próxima sessão.

Na quarta sessão a paciente compareceu entusiasmada referindo que ao chegar ao hospital para a consulta disse à mãe que queria ser ela a falar na secretaria, já que até então solicitava aos pais que o fizessem. Refere ter sido uma conquista e que se tem esforçado para se expor às situações que antes evitava “*socialmente tenho-me obrigado a falar mais, claro que me sinto nervosa, mas indo, e os nervos vão diminuindo (...) quantas mais vezes tentar melhor*” (sic). Reforcei positivamente R pela sua conquista, atribuindo o progresso à mesma, como sendo ela a responsável pelas mudanças positivas e incentivando à continuidade desta exposição. Em seguida, demos início à atividade que tinha ficado pendente na última consulta, explorando o outro evento registado na tabela de “registo de auto-monitorização dos pensamentos automáticos negativos”. O acontecimento mencionado é referente a um evento em que a paciente se encontrava sozinha num local público e estava um grupo de desconhecidos a falar ao seu lado, que se encontravam a fazer julgamentos acerca de outra pessoa. Face a esta situação a paciente refere ter-se sentido muito insegura interrogando-se “*como é que existem pessoas que vivem com o mal dos outros?*” (sic). Quando questionada acerca dos sentimentos de insegurança refere “*acho que sou inútil na vida das pessoas (...) as pessoas descartam-me com muita facilidade*” (sic). No registo não menciona mais nenhum pensamento, mas quando interpelada em consulta sobre pensamentos que surgiram perante aquela situação refere “*tristeza de mim*” (sic), não sabendo, contudo, explicar porque teve esse pensamento. Relativamente às emoções registou “*tristeza, ódio e raiva*” e ao comportamento que teve “*choro, silêncio, comprimidos*” referindo em consulta “*chorei e como já é de esperar ninguém ligou*” (sic). Após a identificação dos pensamentos automáticos negativos, foi feita reestruturação cognitiva utilizando a técnica da seta descendente para obtenção de uma visão mais realista e positiva do que os seus pensamentos automáticos negativos.

O objetivo principal desta sessão foi abordar a autoestima. Demos início a esta temática com a visualização de um pequeno vídeo onde pessoas de diferentes faixas etárias eram questionadas acerca do que mudariam no seu corpo, onde é possível ver, por exemplo, que as crianças diziam que não mudariam nada no seu corpo, apenas coisas imaginárias, onde um senhor com excesso de peso refere não mudar nada e uma senhora que refere anteriormente ter uma baixa autoestima e não gostar do seu cabelo, atualmente adora o cabelo e até o quer deixar crescer. Quando questionei R acerca do que lhe chamou atenção no vídeo esta referiu “*as crianças não querem mudar nada porque ainda não foram criticadas*” (sic). Ao explorar a chave-principal retida por R, esta relata uma

situação em que se sentiu criticada pela mãe “*comia alguma coisa e a minha mãe dizia que se eu continuasse a comer assim que ninguém me ia querer. Sei que ela não diz por mal, espero eu. A minha mãe cresceu numa família muito conservadora e, por isso, tem muito medo da opinião dos outros, e nós vivemos num meio muito pequeno, onde toda a gente se conhece, então ainda pior (...). Já com o meu ex namorado ela dizia que ninguém me podia ver com ele porque podia estragar a nossa imagem*” (sic). Esta situação vem confirmar a influência que o padrão de educação rígido, crítico e superprotetor tiveram na vida de R. Refere que por volta dessa altura “*tive uma fase em que não me sentia bem com o meu corpo e deixei de comer, mas acho que isso se deveu a pensamentos meus e não a acontecimento externos*” (sic), não demonstrando insight acerca de como o meio envolvente pode ter influência na forma como nos vemos, mesmo que em fases posteriores da vida. Demonstrou-se também autopunitiva, de que tudo o que lhe acontece é por culpa dos pensamentos que não deveria ter. Refere que nessa altura também se encontrava muito dependente do telemóvel e apresentava episódios de automutilação, tendo recebido apoio psicológico e apresentando melhorias.

O vídeo tinha como chave de conclusão a seguinte frase “*Ninguém nasce a odiar-se ou a odiar o seu corpo. A sociedade é que nos ensina a nos odiarmos por sermos quem somos*” assim, através desta frase, explorei com R a forma como os vários acontecimentos da sua vida, nomeadamente a forma como somos educados, podem ter influência na vida das pessoas. Ao explorar a questão dos padrões de educação recebida e tendo em conta o facto de R nunca ter referenciado a relação que tem com o pai, tentei explorar essa temática ao que a paciente menciona “*ele é muito nervoso*” (sic), sendo que quando questionada demonstra um grande desconforto, normalizando a sua afirmação e mudando o rumo da consulta.

No final da consulta e com o objetivo de obter o feedback da mãe da paciente, falei com R sobre qual a sua opinião em chamarmos a mãe à consulta, ao que a paciente aceitou prontamente. Ao questionar a mãe sobre a opinião acerca de R esta refere “*ela parece-me melhor, mas ela também me esconde muito os seus sentimentos então é difícil*” (sic), o que veio demonstrar novamente a pouca confiança que R tem na mãe, sendo que a mesma tem insight disso.

Na sessão seguinte, a paciente compareceu com sintomatologia ansiosa agravada devido a acontecimentos ocorridos desde a última sessão. Refere uma saída com amigos onde foram a uma discoteca “*nunca tinha ido a uma discoteca, quando entrei fiquei parada que nem uma estátua, só pensei tirem-me daqui, eu nem me conseguia mexer*”

(sic). Explorei com R os pensamentos que surgiram perante essa situação e ela refere “*se eu dançasse ia-me sentir muito envergonhada e ia parecer que os outros estavam a olhar para mim*” (sic). Foi realizada novamente reestruturação cognitiva face aos pensamentos automáticos negativos apresentados, bem como abordada as oscilações temporárias que podem ocorrer em períodos de melhoria.

Para além disso R, refere ultimamente sentir um mal-estar geral devido à aproximação da apresentação da PAP. Recorda evento passado em que teve de apresentar um relatório para a turma e “*não me saíam as palavras da boca (...) fiquei em pânico. Tenho medo que aconteça o mesmo na PAP*” (sic). Desta forma, foi proposto à paciente realizarmos um cenário em consulta em que teria de fazer uma breve apresentação do seu trabalho de modo a identificarmos pensamentos automáticos negativos que poderiam surgir de forma a ser feita uma reestruturação dos mesmos, contudo R refere que em consulta “*seria fácil, eu com a Dra. sinto-me à vontade, sentia-me livre para fazer a apresentação, mas com os meus colegas a ver é diferente*” (sic). Deste modo, sem a dramatização da situação tentei explorar com a paciente pensamentos que poderiam surgir perante a apresentação, de modo a ser feita uma reestruturação dos mesmos. Para além disso, abordamos estratégias como, por exemplo, a respiração diafragmática, explicando como se procede, para que perante situações de aumento da sintomatologia possa utilizar essas estratégias.

Devido a nesta altura o período de estágio se encontrar a terminar, no final da consulta informei a paciente de que o acompanhamento psicológico comigo brevemente teria de chegar ao fim, deixando contudo aberta a possibilidade de ela continuar este acompanhamento com outro profissional, nomeadamente o profissional com quem tinha iniciado este processo, dando espaço à R para esta perceber se se sentia preparada para deixar o acompanhamento ou se queria dar continuidade com outro profissional, sendo que poderia informar-me na próxima e última consulta que iríamos ter.

Na sexta e última sessão iniciamos por abordar o estado atual da paciente, especificamente a apresentação da PAP, “*a apresentação correu bem, só estava eu e o júri, o que também facilitou, sinto-me mais aliviada e, por isso ultimamente tenho-me sentido melhor*” (sic). Este acontecimento acabou por motivar R de que apesar dos seus medos é capaz de os ultrapassar com a ajuda das estratégias aprendidas ao longo da intervenção psicológica “*sinto-me mais preparada, tenho-me sentido melhor, mas por outro lado também tenho medo de ter uma recaída*” (sic). Desta forma, a consulta teve como principais objetivos fazer um balanço do processo terapêutico realizado, atribuindo

à paciente a responsabilidade pelas mudanças positivas, reconhecendo a possibilidade de recaídas, mas encorajando à utilização das estratégias aprendidas de forma a ultrapassar esses obstáculos. Por fim, foram abordados os objetivos futuros da paciente, finalizando assim o processo de intervenção psicológica.

Concluindo, foi notório ao longo das sessões de acompanhamento psicológico uma melhoria na capacidade em expressar os seus sentimentos, bem como o estabelecimento de uma aliança terapêutica. E, apesar das oscilações, com o decorrer da intervenção, notaram-se melhorias significativas.

Reflexão do caso

Dado o tempo de estágio e as dificuldades da paciente em comparecer de uma forma mais regular às sessões, percebi que seria difícil realizar todos os objetivos específicos do protocolo terapêutico previamente realizado, ponderando assim dar maior ênfase a aspetos que senti que poderiam trazer melhorias mais significativas, tendo em contas as idiosincrasias da paciente.

Um acompanhamento psicológico mais prolongado teria sido essencial para abordar aspetos que considero serem importantes para uma intervenção mais eficaz, nomeadamente a relação que apresenta com o pai. Enquanto estagiária considero que a problemática que apresenta com o mesmo, poderá estar a ter uma influência significativa no seu mal-estar. Contudo, apesar de ser um aspeto que tentei abordar com alguma frequência durante o acompanhamento, a paciente não demonstrou abertura para o fazer, apesar de considerar que foi estabelecida uma boa relação terapêutica.

A dramatização em consulta de situações de evitamento causadoras de grande ansiedade, também poderia ter sido um aspeto essencial a ter realizado, uma vez que perante a exposição *in vivo* dessas situações, existiram acontecimentos em que R sentiu que fracassou. Contudo, considero que a paciente não sentiu isso como uma derrota e demonstrou motivação para continuar a realização desta exposição.

Efetivamente este caso foi bastante desafiante para mim, por sentir que existiam chaves importantes que não tinha, e que poderiam estar a influenciar todo o processo terapêutico, como é o caso da possível problemática que apresentava com o pai, e pelo facto de a paciente se encontrar muito focada no desentendimento com os colegas de turma. Contudo, foi um caso bastante enriquecedor para mim e que contou com muita pesquisa e aprendizagem sobre a TCC, permitindo-me pôr em prática algumas das estratégias preconizadas pela mesma. Foi também um caso que trouxe uma gratificação

muito grande, uma vez sentir que, apesar de algumas recaídas, R demonstrou uma grande motivação ao longo de todo o processo, oferecendo melhorias significativas para o seu bem-estar.

Caso Clínico II

Identificação:

AF é uma jovem de 24 anos, tem o 12º ano de escolaridade e atualmente encontra-se desempregada, já tendo anteriormente exercido funções numa fábrica de palmilhas e num salão de beleza. Tem um meio-irmão de 18 anos. Vive com a mãe de 40 anos e com o namorado de 25 anos.

Motivo da consulta/Principais queixas:

O encaminhamento para a consulta de psicologia foi realizado pelo médico psiquiatra. O pedido englobava a presença de sintomatologia depressiva e ansiosa, tendo a proposta de intervenção psicológica sido feita pelo médico psiquiatra ao qual AF refere “*aceitei porque sei que preciso*” (sic).

As queixas referenciadas pela paciente focavam-se essencialmente na irritabilidade e impulsividade que apresenta “*aquilo que tiver de dizer eu digo, sou uma pessoa muito impulsiva e por qualquer motivo fico logo irritada (...). Não quero ser assim, sei que estou errada*” (sic).

Observação clínica:

A paciente compareceu às consultas sempre sozinha. Ao longo das sessões demonstrou-se orientada no tempo e no espaço, com um aspeto geral cuidado e com uma idade aparente congruente com a idade real. Apresentou um discurso rico em palavrões, apesar de organizado, claro e, por vezes, muito detalhado, repetindo várias informações de consulta para consulta. Exibiu uma postura colaborante, contacto ocular adequado e demonstrou ter *insight* acerca das suas dificuldades.

Ao nível do humor, este variou de eufímico a depressivo, demonstrando alguma labilidade emocional e irritabilidade ao abordar temáticas de maior sensibilidade.

História clínica:

A paciente refere desde criança receber acompanhamento psicológico e psiquiátrico. No entanto, nos últimos anos não tem recebido apoio psicológico após ter tido alta.

Apresenta histórico de automutilações na adolescência.

Quanto às terapêuticas farmacológicas, atualmente segue a terapêutica prescrita pelo seu médico psiquiatra.

História do problema:

AF apresenta como principal área problemática um aumento da sintomatologia depressiva e ansiosa, marcada por irritabilidade fácil, impulsividade e baixa tolerância à frustração. Características que têm tido um impacto significativamente negativo na sua vida.

A paciente refere não saber definir o momento e o evento que levou ao agravamento desta sintomatologia, mas considera que esta se iniciou provavelmente muito cedo, ainda em criança, quando começou a assistir à violência doméstica que o pai exercia sobre a mãe, sobre si e sobre uma outra companheira que o mesmo tinha. Para além disso, salienta alguns acontecimentos marcantes da sua vida, tais como, o afastamento dos pais pela CPCJ aos 6 anos e o assédio e importunação sexual sofrido pelo pai. O afastamento dos pais apresentou-se como um acontecimento marcado por grande angústia, revolta, rejeição e sentimentos de abandono “*a minha mãe preferiu ficar com o meu pai do que comigo*” (sic), sentimentos que ainda guarda até aos dias de hoje, uma vez referir não encontrar uma justificação para o que aconteceu. O assédio e a importunação sexual sofrido pelo pai foram eventos que a paciente sente que tentou normalizar ao longo da sua vida, mas que acabaram por trazer prejuízo significativo para sua vida, nomeadamente ao nível das suas vivências sexuais, bem como na forma como se vê fisicamente, levando a que atualmente associe algumas das dificuldades apresentadas a essas vivências traumática.

Relativamente à irritabilidade e impulsividade, desde sempre se recordar de ser uma pessoa que discute com muita frequência, referindo “*aquilo que tiver para dizer eu digo, sou muito direta (...) o que tiver a dizer digo, dou-a a quem doer (...) não penso no que vou dizer, só penso depois de já ter dito*” (sic). Contudo, refere não querer ser assim uma vez reconhecer que está errada. Apesar de considerar que desde sempre foi uma pessoa impulsiva, refere que recentemente e de, uma forma gradual, esta irritabilidade e impulsividade se tem vindo a agravar “*quando estou muito nervosa exagero nos meus comportamentos*” (sic), tem vontade de deitar tudo ao chão e se não tiver nada à mão ferra-se, descrevendo vários episódios em que teve dificuldades em controlar a sua impulsividade/irritabilidade e partiu para comportamentos agressivos tais como agredir o namorado, dar murros em objetos, atirar objetos para o chão e auto agredir-se. AF descreve alguns acontecimentos representativos desta dificuldade. Durante uma discussão com a sua mãe, esta atira-lhe o telemóvel, evidenciando a presença de

comportamentos agressivos da parte da mesma, provocando uma contrarresposta da parte de AF que, por sua vez, atira o telemóvel para o chão e parte-o.

Outros eventos representativos desta impulsividade ocorrem quando a paciente discute com o namoro, sendo agressiva verbalmente e fisicamente, já o tendo agredido por duas vezes. Para além disso, com mais frequência tende a ter comportamentos como partir objetos.

Em situações fora do ambiente familiar a paciente refere apresentar também uma grande impulsividade, já tendo sido agressiva verbalmente num jantar de amigos, onde não gostou de um comentário de um colega, acabando por entrar numa discussão pautada por grande agressividade verbal.

Para além disso, em situações que diretamente não se encontram relacionadas com a paciente, esta frequentemente intervém agressivamente, como foi o caso de um acontecimento relatado em que se encontrava num parque de estacionamento e um senhor ocupou a vaga de uma senhora, que demonstrou o seu descontentamento. Perante esta situação interveio agressivamente para defender a senhora.

Para além da impulsividade e irritabilidade, AF apresenta outros sintomas depressivo-ansiosos, tais como, presença de somatização, queixando-se de cefaleias de tensão (tendência para tensão nervosa, interior e muscular), padrão de sono descrito com pouca qualidade, tendo dificuldades em adormecer, alterações de humor durante o dia, esquecimentos frequentes, relatados também pelo namorado, desmotivação em realizar atividades que antes lhe davam prazer e, com alguma frequência, agitação psicomotora.

História pessoal:

AF nasceu de uma gravidez não planeada quando a sua mãe tinha 16 anos de idade. Em criança viveu com os pais, um meio-irmão e uma outra mulher que o pai tinha, mãe do seu meio-irmão. Descreve a sua infância como tendo sido marcada por vários episódios de violência, principalmente entre os pais e entre o pai e a outra companheira. Refere que o pai vinha frequentemente alcoolizado para casa, batia nas duas mulheres e ponha-as nuas no exterior de casa. Perante estes acontecimentos a paciente recorda esperar o pai adormecer para ir abrir a porta às mulheres, salientando *“limpei muitas vezes o sangue que a minha mãe deixava quando o meu pai lhe batia”* (sic). A paciente frequentemente ficava responsável pelo seu meio-irmão, que ainda era bebé, e relembra tentá-lo distrair para que este não ouvisse as discussões e a violência instalada na casa.

Aos 6 anos de idade a paciente e o seu meio-irmão, que na altura tinha 3 meses, foram afastados dos pais pela CPCJ. Iam para uma instituição, mas a tia paterna e a avó da paciente ficaram com ambas as guardas.

Sobre os anos em que ficou a cargo da tia paterna e da avó descreve “*houve coisas boas e coisas más*” (sic). Refere uma hiperprotecção por parte da tia e da avó e relembra a existência de rivalidade entre quem tinha a sua guarda e os seus outros avós, uma vez que ambas as partes queriam participar na educação de AF e do seu meio-irmão. Recorda também a existência de alguma pobreza, referindo não ter passado fome, mas andar sempre com a mesma roupa e ter pouca higiene. Para além disso, destaca que, a nível monetário, sempre deram mais coisas ao seu meio-irmão do que a ela, recordando que nessa altura ficava magoada, contudo salienta “*mas a minha maior revolta é com o meu pai e com a minha mãe*” (sic).

Relativamente ao seu percurso escolar, AF refere ter sido uma aluna mediana, apresentando, no entanto, uma reprovação e, por isso, tendo terminado o 12º ano com 19 anos. Salienta, de uma forma geral, ter apresentado uma boa relação com os colegas e professores, mas nunca ter feito muitas amizades. Destaca apenas a sua melhor amiga, amizade que já tem há vários anos, com quem apresenta uma relação de confiança, referindo que tudo o que precisa recorre a essa amiga.

Aos 17 anos, quando a mãe já se encontrava separada do pai a paciente voltou a ir viver com a mãe onde se encontra atualmente. Contudo, o pai continuava a frequentar com alguma regularidade a casa da mãe. Nessa mesma altura separou-se do seu meio-irmão tendo este ido viver com a sua progenitora.

Os seus pais trabalhavam numa sucata, sendo o pai o proprietário e a mãe funcionária da mesma. Apesar de já se encontrarem separados há cerca de 7 anos, continuam a frequentar o mesmo local de trabalho, e sobre este tema AF refere “*a minha mãe ainda está obcecada pelo meu pai e tem ciúmes das outras mulheres*” (sic). Para além disso, demonstra uma grande angústia e revolta ao mencionar que “*a minha mãe preferiu ficar com o meu pai do que comigo*” (sic), salientado que quando foi retirada aos pais que esta podia ter preferido ficar com a filha e deixar o marido, mas que isso não aconteceu. A paciente acaba mesmo por se considerar como o “*escudo*” (sic) da mãe, recordando que chegou a sofrer de violência por parte do pai por defender a mãe e que mesmo assim “*a minha mãe preferiu-o a ele*” (sic).

Relativamente à relação que apresenta com a mãe refere que “*não é uma boa nem uma má relação*” (sic), mas sente que a mãe a vê como uma amiga e não como uma filha

“a minha mãe diz que sou a melhor amiga dela e que ela é a minha melhor amiga. Ela acha que sabe tudo da minha vida (...). Ela gosta de me vir contar tudo, principalmente quando é para vir falar mal do meu pai, mas eu tenho pouca paciência” (sic). AF vê a mãe como uma fonte de suporte e alguém em quem pode confiar, contudo refere que isso nem sempre acontece *“a minha mãe está lá para mim, mas que não seja ao mesmo tempo que o meu pai, porque senão ela vai acudir o meu pai primeiro”* (sic), recordando evento ao qual estava doente, tendo ligado à mãe, ao que esta lhe referenciou que naquele momento não podia ir para casa porque estava em casa do pai a fazer-lhe um chá porque ele estava mal disposto.

AF mantém contacto com o pai, mas diz que *“ele só é pai de nome”* (sic). Refere que este comparativamente aquando era criança está menos violento, mas *“às vezes parece psicopata, vai buscar as coisas que mais gosto para me magoar”* (sic) (os seus cães e o namorado). Menciona *“se precisar de falar sei que ele me vai ouvir e isso antes não acontecia”* (sic) e julga que atualmente ele está a tentar remediar o passado. Contudo, recorda acontecimento recente em que o pai a insultou e a paciente chateou-se com o mesmo, tendo deixado de lhe falar. Como forma de compensação o pai deu-lhe um carro, mas a paciente refere *“isso não resolve o que ele fez”* (sic).

Atualmente o seu meio-irmão, CF, tem 18 anos e apresenta problemas com álcool e drogas. Apesar de já ter estado internado em duas instituições diferentes apresenta um histórico de recaídas.

AF é fumadora e já consumiu drogas, referindo que a tia a culpabiliza pelo meio-irmão atualmente ser consumidor. CF recusa-se a ter contacto com o pai e a paciente descreve situação recente em que após uma discussão entre ambos o pai agrediu CF violentamente.

No que diz respeito às relações afetivas, a paciente refere apenas um relacionamento de cinco anos com DP. DP tem atualmente 25 anos e apresentou uma infância também vivenciada num ambiente de violência doméstica, tendo por isso vivido a maior parte do tempo com os avós. Atualmente DP vive com a paciente e a mãe da mesma. AF salienta uma má relação com a mãe de DP, referindo que esta *“só quer ter a atenção do DP”* (sic), recordando episódio em que ela fez uma aparente tentativa de suicídio recorrendo a uma ingestão medicamentosa voluntária. Contudo, a paciente refere que esta não tomou os comprimidos, estando estes debaixo da cama. A mãe de DF é acompanhada em psiquiatria e psicologia.

AF menciona uma boa relação com o DP, mas refere que as problemáticas que apresenta com a sogra acabam por interferir no seu relacionamento afetivo “*ele quer estar ao lado da mãe, mas também quer estar ao meu lado (...). Está-me sempre a dizer que temos de deixar os problemas dos nossos pais de lado, mas nem sempre é fácil*” (sic). Este relacionamento afetivo é marcado por vários términos ao longo dos 5 anos.

Durante o acompanhamento psicológico ocorreram duas ruturas neste relacionamento afetivo. Uma das ruturas surgiu quando durante uma discussão AF agrediu fisicamente o namorado. Refere já não ser a primeira vez que isso acontece e recorda acontecimento passado, que levou a um dos términos do relacionamento, quando durante uma discussão AF deu um “*estalo*” (sic) ao namorado, mostrando-se arrependida “*sei que nada justifica o que fiz (...) o que mais haveria de fazer era dar com a cabeça na parede e não lhe bater*” (sic). Apesar da rutura e de DP ter saído de casa, a paciente refere que continuaram a trocar mensagens, e que este lhe referenciou que também não esteve bem na situação. Gradualmente, AF voltou a encontrar-se com o ex-namorado e reconciliaram-se, referindo nessa altura “*sinto que o DP já compreende o meu problema e acaba por lidar comigo de forma diferente (...). Acho que ele tem tido mais consciência. Se fosse antes eu berrava e ele também, e agora não*” (sic). Pouco tempo depois da reconciliação AF refere, novamente, não se sentir compreendida pelo namorado e este não ajudar nas lidas domésticas. Após várias discussões em que AF refere “*tenho-me exaltado, mas consigo parar*” (sic), uma nova discussão surge e leva novamente à rutura do relacionamento “*não me consegui controlar, dei com a cabeça na parede, e ele ainda diz que só faço filmes e que me faço de coitada, então não me consegui controlar, dei dois murros no carro e fiquei logo com o braço negro*” (sic).

No que diz respeito à vida sexual, AF refere nunca ter tido uma vida sexual satisfatória uma vez não sentir prazer sexual. Questiona-se se isso não poderá ser da medicação que toma. Diz que tem dores a ter relações sexuais. Salienta que atualmente, ainda se encontra pior uma vez que numa das ruturas mais recentes o namorado envolveu-se sexualmente com outra pessoa “*eu sei que ele esteve com outra pessoa quando estivemos chateados e agora, quando tenho relações com ele, lembro-me disso e não consigo fazer*” (sic).

Aquando da abordagem acerca das dificuldades ao nível da satisfação sexual a paciente chora e diz ter muita vergonha do seu corpo e nunca ter conseguido falar com ninguém sobre um acontecimento ocorrido durante a sua adolescência. O pai de AF fazia comentários acerca do seu corpo “*ele dizia, já estás a ficar com umas maminhas grandes,*

e ponha as mãos nas minhas mamas” (sic) e, frequentemente, fazia comparações com o corpo da mãe e da outra companheira que tinha, dizendo *“isto sim é que é um corpo”* (sic). Para além disso, recorda que enquanto tomava banho, com alguma frequência, o pai ia para a casa de banho e ficava a olhar para a paciente.

No que diz respeito à situação profissional AF está desempregada há aproximadamente um ano e refere encontrar-se desmotivada em procurar um novo emprego, salientando *“não sei para onde me virar”* (sic).

Processo de avaliação Psicológica

A recolha de dados acerca da história de vida e história do problema atual foi realizada através da entrevista psicológica e da observação clínica. Na terceira consulta foi solicitado o preenchimento do BSI e da Escala de Depressão de Auto-Avaliação de Zung.

O BSI (Canavarro, 1999) consiste num inventário breve que avalia sintomas psicopatológicos. Apresenta uma consistência interna de boa a razoável para todas as dimensões avaliadas, com o α de *Cronbach* a variar de 0.71 a 0.85 (Derogatis & Melisaratos, 1983). Tem 53 itens com uma escala de resposta tipo Likert e dá-nos o ponto de vista clínico de nove dimensões de sintomatologia (somatização, obsessões-compulsões, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranóide e psicoticismo) e três índices globais (índice geral de sintomas, índice de sintomas positivos e total de sintomas positivos) (Derogatis & Melisaratos, 1983).

A Escala de Depressão de Auto-Avaliação de Zung (Zung, 1965) é um instrumento que, como o nome indica, avalia o nível de depressão. É uma escala constituída por 20 itens com uma escala de resposta tipo Likert. Possui uma pontuação mínima de 20 pontos e máxima de 80 pontos, sendo que valores mais elevados são indicativos de uma maior sintomatologia depressiva.

No BSI a paciente apresentou valores acima da média para todos os domínios avaliados (tabela 8), como sendo indicadores de sintomatologia/patologia clinicamente significativa.

Tabela 8

Resultados obtidos pela paciente no BSI

| | Resultados obtidos |
|----------------------------|--------------------|
| Somatização | 1,57 |
| Obsessões-Compulsões | 2,83 |
| Sensibilidade Interpessoal | 2,25 |
| Depressão | 3,00 |
| Ansiedade | 2,17 |
| Hostilidade | 5,00 |
| Ansiedade Fóbica | 1,00 |
| Ideação Paranóide | 3,40 |
| Psicoticismo | 2,20 |

Na Escala de Auto-Avaliação de Depressão de Zung AF apresentou um resultado de 58 valores o que sugere a presença de uma depressão grave.

Os resultados expostos sugerem que a paciente apresenta sintomas psicopatológicos, nomeadamente sintomatologia depressiva clinicamente significativa.

Formulação do caso:

Tendo em conta a observação psicológica, história clínica, resultados obtidos nos instrumentos aplicados e de acordo com os critérios do DSM-V podemos afirmar que estamos perante uma jovem que atualmente apresenta um possível **Transtorno Depressivo Maior** com marcada sintomatologia ansiógena.

O **Transtorno Depressivo Maior** caracteriza-se por um período de pelo menos duas semanas durante as quais existe a presença de um humor depressivo ou a perda de interesse ou prazer em quase todas atividades (critério A), sendo que devem estar presentes cinco, ou mais, dos seguintes critérios: humor deprimido (critério 1), diminuição do interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades (critério 2), alterações do peso ou do apetite (critério 3), insônia ou hipersônia (critério 4), agitação ou lentificação psicomotora (critério 5), fadiga ou perda de energia (critério 6), sentimentos de inutilidade ou culpa (critério 7), capacidade para pensar ou se concentrar diminuída ou indecisão (critério 8) e pensamentos recorrentes de morte (critério 9). Estes sintomas devem causar sofrimento clinicamente significativo e prejuízo para o funcionamento do indivíduo (critério B) e não serem decorrentes dos efeitos fisiológicos

de substâncias ou outra condição médica (critério C), o episódio depressivo não deve ser explicado por outros transtornos (e.g., transtorno esquizoafetivo, esquizofrenia, transtorno delirante) (critério D) e não deve existir presença de episódios maníacos ou hipomaníacos (critério E). A paciente preenche o critério A (A1, A2, A4, A5, A8), B, C, D e E, apresentando critérios suficientes para a possível presença deste diagnóstico.

AF é uma jovem adulta que atualmente apresenta um possível Transtorno Depressivo Maior, marcado por grande impulsividade e irritabilidade fácil, características que têm interferido significativamente no seu funcionamento. A sua história clínica e as problemáticas apresentadas permitem identificar fatores que influenciaram o desenvolvimento desta problemática, nomeadamente os fatores precipitantes, predisponentes, de manutenção e de proteção.

As problemáticas psicológicas apresentadas por AF parecem ter se agravado significativamente perante um stressor de vida. Assim, parece-nos que o **fator precipitante** deste agravamento poderá ter sido a sua ida, aos 17 anos, para casa da mãe, altura em que sofreu episódios de assédio e de importunação sexual por parte do pai. Apesar dos pais da paciente já se encontrarem separados aquando do seu regresso a casa da mãe, como mencionado anteriormente o pai ainda frequentava com alguma regularidade a casa da mãe, tendo sido nesse período que AF sofreu de assédio e importunação sexual por parte do pai. A investigação científica tem demonstrado que a experiência de sofrer de violência sexual está associado a um risco aumentando de desenvolvimento posterior de um Transtorno Depressivo Maior, bem como de outros transtornos psicológicos (Burnam et al., 1998; Cruz et al., 2021; Dworkin 2020; Saunders et al., 1992). Para além disso, uma revisão integrativa da literatura realizada por Cruz et al. (2021) demonstrou que existem inúmeras consequências originadas pela vivência de violência sexual durante a infância e a adolescência, tais como, por exemplo, baixa autoestima, dificuldades de sono, aversão ao sexo devido à repulsa sentida pelo toque, dificuldades em atingir um orgasmo, utilização de drogas e alcoolismo. Desta forma, é notório que várias das dificuldades atuais apresentadas por AF, tais como a baixa autoestima e a insatisfação sexual, poderão estar relacionadas ao assédio e importunação sexual sofrido por parte do pai durante a sua adolescência. Para além disso, o facto de já ter consumido drogas poderá ser também uma consequência destas vivências traumáticas.

No que diz respeito aos **fatores predisponentes** para o desenvolvimento de um Transtorno Depressivo Maior a literatura tem demonstrado que a etiologia destes transtornos é multifatorial, podendo estar associado a fatores hereditários e fatores

ambientais, tais como, por exemplo, abuso sexual, físico ou emocional, negligência física e emocional durante a infância, exposição a violência doméstica ou separação precoce dos pais (Li, D'Arcy & Meng). Vários dos fatores mencionados pela literatura foram vivenciados pela paciente durante a sua infância e adolescência, podendo assim a exposição à violência doméstica que sofreu até aos 6 anos de idade, os maus-tratos por parte do pai que a agredia quando esta defendia mãe, o padrão de educação negligente que apresentou, o assédio e a importunação sexual sofrida por parte do pai e a separação dos pais, serem considerados como fatores predisponentes para o desenvolvimento do Transtorno Depressivo Maior de AF. Para além disso, a vinculação insegura que apresenta, a angústia e sentimentos de abandono sentidos pelos acontecimentos vivenciados durante a sua infância, e o aparente padrão de funcionamento de grande impulsividade da mãe, tendo em conta as questões da modelagem parental, poderão ser também fatores que contribuíram para o desenvolvimento deste transtorno marcado por grande impulsividade e irritabilidade.

Relativamente aos **fatores de manutenção**, o facto de a paciente continuar a viver num ambiente de grande impulsividade por parte da mãe, não se sentir compreendida, tanto pela mãe como pelo namorado, as constantes ruturas no relacionamento afetivo que apresenta, a baixa autoestima e a vida sexual insatisfatória que apresenta, possivelmente devido ao assédio e importunação sexual sofrido pelo pai, poderão ser fatores de manutenção para as dificuldades sentidas por AF. Por outro lado, a relação de amizade, de confiança e apoio que apresenta com a sua melhor amiga poderá ser um **fator de proteção**, auxiliando a evolução no processo de melhoria.

Enquadramento Concetual e Processo de Intervenção Psicológica

O Transtorno Depressivo Maior é um dos transtornos mentais mais comuns e é considerado como uma das principais causas de incapacidade em todo o mundo, uma vez acarretar efeitos duradouros ou recorrentes que podem afetar drasticamente a qualidade de vida dos indivíduos (World Health Organization, s.d.).

Segundo a *World Health Organization* (WHO) a prevalência estimada deste transtorno nos cuidados de saúde primários é de 10.4% (World Health Organization [WHO], 2001), apresentando uma maior prevalência em pessoas do sexo feminino (Culbertson, 1997; Curran et al., 2020; Pappa et al., 2020).

A TCC é uma abordagem psicológica com forte suporte empírico para a sua eficácia em vários transtornos psicológicos como é o caso dos transtornos depressivos

(Kazantzis et al., 2018), não existindo nenhuma contraindicação à sua utilização (Gautam et al., 2020).

Tendo em conta as problemáticas apresentadas pela paciente, o plano de intervenção psicológico foi baseado nos pressupostos da TCC, visando o apoio através da aprendizagem de estratégias, planeadas em conjunto com a paciente de forma a promover as mudanças desejadas. Desta forma foram definidos os principais objetivos da intervenção psicológica, que foram flexíveis tendo em conta as novas problemáticas trazidas pela paciente.

O caso de AF foi-me encaminhado a 15 de dezembro de 2021 e contou com um total de nove sessões ao longo de aproximadamente sete meses. As consultas inicialmente apresentaram uma periodicidade quinzenal, sendo que ao longo da intervenção passaram gradualmente a ser mensalmente.

A primeira sessão teve como principal objetivo iniciar o estabelecimento de uma aliança terapêutica e relação empática, garantindo a confidencialidade e aceitação incondicional (empatia, atitude calorosa, demonstração de preocupação, interesse e cuidado) de forma a envolver a paciente na intervenção e, conseqüentemente, facilitar o atingimento dos objetivos, compreender o motivo do pedido de acompanhamento psicológico, bem como dar início à recolha de informação acerca da história clínica da paciente. Nesta sessão, a paciente demonstrou abertura em falar acerca das problemáticas apresentadas, iniciando por explicar as vivências negativas apresentadas durante a sua infância, denotando-se logo nesta sessão a revolta e sentimentos de abandono que apresentava em relação aos pais. Para além disso, como mencionado anteriormente, ao expor os episódios de assédio de importunação sexual sofrido pelo pai, a paciente demonstrou tentar normalizar o sucedido. Desta forma, abordei com a paciente que esta normalização pode ter sido apreendida por modelagem pela mãe, uma vez que esta sofreu durante muitos anos de violência doméstica e normalizava a situação, continuando a estar com o ex marido mesmo depois de se encontrarem separados, demonstrando assim que a sua mãe não rejeita o pai, o que faz com que AF também não sinta liberdade em expressar possíveis sentimentos menos positivos que tem pelo pai, nomeadamente ódio pelo sucedido.

A sessão seguinte teve como objetivo dar continuidade à recolha da história clínica da paciente, enfatizando a história do problema atual, nomeadamente, o início, a duração, a sintomatologia associada, bem como as conseqüências que tem acarretado para a sua vida. A paciente refere sintomatologia depressiva e ansiosa, focando-se

essencialmente na impulsividade e irritabilidade que tem apresentado, como sendo os sintomas que mais têm tido inferência no seu funcionamento, sendo esta a principal área que a paciente refere querer trabalhar ao longo da intervenção psicológica. Assim, nesta sessão, defini em conjunto com a AF os objetivos da intervenção.

No final da sessão, foi entregue à paciente como tarefa para casa a folha de “auto-registo da avaliação das capacidades sociais” sendo que lhe foi explicado qual o objetivo, importância e como devia proceder ao preenchimento da tarefa.

A terceira sessão inicia-se com uma problemática trazida pela paciente. A rutura do seu relacionamento afetivo. Refere que após uma discussão com o namorado, onde o agrediu fisicamente, este saiu de casa e ainda não regressou, contudo continuam a trocar mensagens. Desta forma, foi incentivada a comunicação com o namorado de forma a compreenderem, em conjunto, o que pretendem para futuro do relacionamento. Após explanada a problemática trazida pela paciente, e tendo em conta a recolha da história do problema atual da sessão anterior, foi solicitado à paciente o preenchimento de duas escalas de avaliação psicológica, explicando qual o objetivo e motivo da sua utilização. A paciente aceitou prontamente proceder ao preenchimento das mesmas.

A quarta sessão teve como objetivo inicial monitorizar o estado atual da rutura do relacionamento afetivo que apresentava, sendo que a paciente apenas referenciou que pouca coisa tinha mudado. Em seguida, foi feita a devolução dos resultados obtidos nos testes psicológicos administrados na sessão anterior e, posterior psicoeducação acerca do racional cognitivo-comportamental da depressão, nomeadamente o racional de ligação entre pensamentos, emoções e comportamentos, utilizando experiências específicas da paciente, o modelo cognitivo para a depressão e as suas possíveis manifestações (emocionais, psicológicas, cognitivas, neurovegetativas e sociais).

Seguidamente, foi feita a revisão da tarefa para casa, onde a paciente fez o registo de uma situação marcada por grande impulsividade “*mandei dois murros em cima da mesa e disse queres que te levante a voz?*” (sic), classificando, de 0-10, a satisfação com a sua reação com um 2. Após a exploração do acontecimento, nomeadamente dos pensamentos ocorridos e o que gostava de ter feito, foi feita reestruturação cognitiva, utilizando a técnica da seta descendente, discutindo e refletindo com a paciente formas alternativas de vivenciar essa mesma situação, demonstrando que perante uma mesma situação a forma como cada um a vivencia, tem influência na forma como se comporta.

A quinta sessão iniciou-se pela abordagem da reconciliação com DP. AF refere “*sinto que o DP já compreende o meu problema e acaba por lidar comigo de forma*

diferente (...). Acho que ele tem tido mais consciência. Se fosse antes eu berrava e ele também, e agora não” (sic).

Em seguida, e tendo em conta que o principal objetivo desta sessão era abordar os sentimentos de revolta e abandono que apresenta em relação aos pais, por sentir que quando aos 6 anos foi retirada aos mesmos, estes preferiram ficar um com outro do que ficarem com a filha, realizei com a paciente a dinâmica da estátua familiar. Desta forma, com a ajuda de objetos presentes no gabinete, pedi à paciente para fazer a sua estátua familiar, explicando que poderia colocar quem quisesse e para ter em consideração quem queria colocar perto e longe de si. Desta forma, a paciente colocou o namorado próximo a ela, com apenas um pequeno afastamento colocou a melhor amiga e logo em seguida a mãe, por último, colocou o pai num canto da sala, longe dela, dizendo que quer que ele fique de costas. Após a realização da estátua foi explorada a inclusão e distanciamento ou não distanciamento de cada elemento, bem como os sentimentos associados a cada elemento incluído, e feita uma reflexão acerca da sua estátua em geral. Foi notório que apesar de AF ainda apresentar alguns conflitos com a mãe, já se sente mais próxima desta, em contrapartida, o pai considera-o como uma pessoa que quer manter distante de si, apesar de considerar que este *“tem tentado remediar o passado” (sic)*. Ainda que com a existência de várias ruturas, a paciente considera o namorado como a pessoa mais próxima de si, considerando-o como a sua fonte de suporte, bem como a sua melhor amiga que, apesar de não tão próxima quanto o namorado, coloca-a próxima de si. Tendo em conta a sua estátua em geral, a paciente diz *“estou feliz pelos que tenho, apesar de haver dias e situações que me fazem lembrar as coisas más” (sic)*.

A sexta sessão apresentou o mesmo objetivo que a sessão anterior. Nesta foi proposta a elaboração de uma dinâmica denominada *“técnica da cadeira vazia”*. Esta técnica consiste no paciente se sentar em frente a uma cadeira vazia e falar com ela como se fosse alguém. A ideia consiste no paciente escolher a pessoa com quem quer falar, normalmente alguém com quem vivenciou um acontecimento significativo, de forma a entrar em contato emocional com o evento e concluí-lo. A paciente escolheu falar com a mãe e com o pai, dizendo que já tentou ter esta conversa com os mesmos, mas sem sucesso porque estes não apresentam respostas para ela.

Desta forma, a paciente foi colocada em frente a uma cadeira vazia e incentivada a ter a conversa que queria ter com os pais. A paciente refere *“porque é que fizeram isso? Porque é que preferiram um ao outro em vez de aos filhos? Deviam ter deixado um ao outro e tomarem conta da vossa filha” (sic)*. Perante estas interrogações, explorei em

conjunto com AF quais as respostas e possíveis justificações que os pais lhe poderiam dar, sendo que o principal objetivo desta dinâmica, foi perceber se AF sente que se encontra preparada para perdoar os pais, diminuindo a mágoa que traz do passado, bem como obter possíveis respostas para as atitudes dos pais, claro sem nunca descartar o seu sofrimento emocional. Foi notório que apesar de AF conseguir encontrar algumas justificações para as atitudes dos pais, ainda não se encontra preparada para perdoá-los.

Na sétima sessão a paciente apresentou-se com humor deprimido agravado e, por isso, iniciamos por explorar a possível causa deste agravamento. AF refere que apesar da reconciliação com o namorado depois de terem comunicado acerca do afastamento e das dificuldades que apresentam em se compreenderem entre si, menciona irritabilidade principalmente ao final do dia “*estes 15 dias sinto que andei muito instável, no final do dia estava sempre irritada*” (sic), referindo desmotivação em realizar às suas tarefas, bem como em procurar emprego. Face ao exposto sugeri como tarefa de casa o registo de atividades e a classificação do humor, incentivando a paciente à implementação de atividades prazerosas, explicando que o ciclo vicioso da depressão frequentemente nos desmotiva na realização de atividades que antes nos davam prazer, levando a que não realizemos essas atividades, originando culpa e, por conseguinte, mais sintomatologia depressiva. Contudo, ao contrariamos essa desmotivação, realizando atividades, fará com que apresente uma melhoria dos sintomas depressivos e, conseqüentemente, uma maior motivação. Para além disso, incentivei a paciente à procura ativa de emprego.

Em seguida, foi feita a revisão da tarefa para casa, onde a paciente fez o registo de uma situação ocorrida desde a última consulta. A situação é referente a uma discussão que teve com a mãe, sendo que a paciente classifica a satisfação com a sua reação com um 5 “*dei um 5 porque acho que dentro do que aconteceu não explodi tanto como antes costumava fazer*”. Foi explorado o acontecimento e feita reestruturação cognitiva, utilizando a técnica da seta descendente. Após a exploração a paciente refere “*eu sabia que era impulsiva, mas o facto de falar, escrever e me dizerem-me tem me ajudado*” (sic). Desta forma, reforcei positivamente AF pelas suas melhorias, atribuindo o progresso à mesma, como sendo ela a responsável pelas mudanças positivas.

A sessão seguinte teve como objetivo inicial abordar o estado atual da paciente ao que a mesma referiu “*tenho estado melhor*” (sic), tomando a iniciativa de querer abordar a realização da tarefa para casa. A paciente fez o registo de várias atividades realizadas, nomeadamente a procura de emprego, focando-se essencialmente nesse aspeto. Refere

“quero abrir uma loja de roupa, já tenho uma reunião marcada com um amigo do meu pai que tem uma loja e que disse que me ajudava” (sic). Reforcei positivamente AF.

Seguidamente, demos início ao principal objetivo da sessão que foi ajudar a paciente a aprender a relaxar. Desta forma, foi realizada uma sessão de relaxamento, utilizando a técnica da respiração diafragmática e o Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson, entregando no final, um guião auditivo do mesmo e incentivando à utilização autónoma desta técnica. A paciente apresentou uma boa adesão às técnicas de relaxamento, referindo *“nos primeiros minutos foi difícil não pensar noutras coisas, mas depois consegui focar-me”* (sic).

A nona sessão tinha como principal objetivo fazer um balanço do processo terapêutico realizado de forma a iniciarmos o processo de finalização da intervenção psicológica comigo, tendo em conta as melhorias apresentadas pela paciente e a aproximação do final do estágio. Contudo, a paciente compareceu à consulta com humor deprimido agravado, chorando em consulta referindo *“tive consulta com o médico psiquiatra e como já me encontrava melhor reduzimos a medicação, mas agora não me tenho sentido bem”* (sic), referindo acontecimento em que após discussão com o namorado dá murros no carro. Desta forma, explorei com a paciente a possibilidade de existirem recaídas ao longo do processo de melhoria, uma vez que este é construído com avanços e recuos, e encorajando à utilização das estratégias aprendidas de forma a ultrapassar esses obstáculos. No final da sessão expliquei à paciente a possibilidade de realizarmos mais uma consulta, contudo o acompanhamento psicológico comigo brevemente teria de chegar ao fim, deixando, contudo, aberta a possibilidade de esta continuar este acompanhamento com outro profissional, dada a recaída apresentada e a sentir que ainda havia muito para trabalhar com AF. A paciente demonstrou-se reticente em iniciar um novo acompanhamento com outro profissional, referindo que na próxima consulta decidiria.

Foi agendada a décima e última sessão, contudo no dia marcado a paciente ligou para o serviço, pedindo para que lhe ligasse. Na hora da consulta contactei a paciente que me referenciou não poder comparecer à consulta devido à mãe ter partido o pé e se encontrar com ela no hospital. Para além disso, apresentou-se com um humor deprimido e lábil emocionalmente devido a uma nova rutura no seu relacionamento afetivo. Perante esta situação, de uma forma muito breve, e em formato de “teleconsulta”, fiz um pequeno balanço do processo terapêutico realizado, atribuindo à paciente a responsabilidade pelas mudanças positivas, reconhecendo a possibilidade de recaídas, mas encorajando-a à

utilização das estratégias aprendidas de forma a ultrapassar esses obstáculos. Para além disso, incentivei AF em manter acompanhamento psicológico com outro profissional, ao que a mesma aceitou.

Reflexão do caso

O seguimento deste caso fez-me refletir na complexidade da psicologia e dos transtornos psicológicos. Muitas vezes temos uma visão pré-definida da sintomatologia associada a cada transtorno psicológico, mas a verdade é que cada transtorno se pode manifestar de diferentes formas, como foi visível neste caso em que a sintomatologia depressiva se refletia principalmente ao nível da impulsividade e irritabilidade, o que me fez no início do processo de intervenção, duvidar muitas vezes se realmente AF se enquadrava num quadro de depressão maior.

Este caso foi um dos primeiros a ser-me encaminhado durante o estágio, e sendo AF uma paciente comunicativa, que logo desde o início do acompanhamento quis partilhar várias informações, uma das maiores dificuldades sentidas foi a de saber gerir tanta informação partilhada. Para além disso, ao longo do acompanhamento a paciente repetia muita informação o que acabou por dificultar o atingimento de alguns objetivos. Contudo, senti que após termos definido em consulta os objetivos da intervenção e impondo alguns limites, esta dificuldade foi amenizada.

Por apresentarmos idades muito próximas senti que AF estabeleceu desde início uma aliança terapêutica forte que permitiu entrar em esferas mais pessoais da sua vida, sem nunca esquecer os limites em termos de terapeuta-utente, mas considerando que foi uma mais-valia para o processo de melhoria.

Devido à complexidade do caso e tendo em conta o número de sessões realizadas considero que ficaram muitos objetivos e temas por aprofundar, tendo por isso incentivado a paciente em manter o acompanhamento psicológico com outro profissional. Considero que seria essencial intervenção ao nível da sexualidade, bem como explorada e aprofundada as vivências traumáticas sofridas pelo assédio e importunação sexual que sofre por parte do pai, uma vez considerar que será essencial AF perceber e expor o que sente e não foi dito em relação a essas vivências.

Apesar do final de intervenção atípico, que me trouxe sentimentos agrídoces, senti que foi um caso desafiante e que me enriqueceu muito, nomeadamente aquando da utilização de técnicas como a técnica da cadeira vazia e da estátua familiar, uma vez serem

técnicas das quais não tinha grande conhecimento, contanto por isso com muita pesquisa e orientação para a sua utilização.

Reflexão Final

No final da elaboração deste relatório, onde visei narrar toda a experiência do estágio curricular, leva-me a vivenciar um misto de emoções. Por um lado sentir que chegou ao fim esta tarefa desafiante que é a de experienciar a prática clínica, por outro lado a certeza de que foi o melhor ano acadêmico, carregado de descobertas, aprendizagens e com a convicção de que a prática profissional de um psicólogo apesar de árdua é encantadora.

Antes de iniciar a prática autônoma das consultas os receios foram muitos, o que fazer perante determinada situação? Como lidar com as idiossincrasias de cada paciente? E de cada problemática? Contudo ao longo do estágio senti que frequentemente a consulta fluía, o que me foi tranquilizando. Para além disso, o estudo e a aprendizagem contínua autônoma acabaram por ser uma forma de diminuir os receios sentidos.

Como descrito ao longo do relatório foram várias as dificuldades e os receios sentidos, porém com a orientação e supervisão recebido esses receios e dificuldades foram-se atenuando.

Olho para esta experiência com a certeza de foi uma experiência positiva, enriquecedora e que me trouxe mais preparação para exercer esta profissão, que tantos a descrevem como, “ajudar os outros”, e que tanto me alegra.

Referências bibliográficas

- Al-Kubaisy, T., Marks, I. M., Logsdail, S., Marks, M. P., Lovell, K., Sungur, M., & Araya, R. (1992). Role of exposure homework in phobia reduction: A controlled study. *Behavior Therapy*, 23(4), 599-621. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(05\)80224-2](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(05)80224-2)
- Alonso, J., & Lépine, J. P. (2007). Overview of key data from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD). *Journal of Clinical Psychiatry*, 68, 3-9.
- Alström, J. E., Nordlund, C. L., Persson, G., Harding, M., & Ljungqvist, C. (1984). Effects of four treatment methods on social phobic patients not suitable for insight-oriented psychotherapy. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 70(2), 97-110. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1984.tb01187.x>
- American Psychiatric Association (2013). *DSM-V: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (5ª Ed.). Climepsi Editores.
- APA Dictionary of Psychology (s.d.). Neuropsychological Assessment. <https://dictionary.apa.org/>
- Azevedo, A. V. D. S., & Crepaldi, M. A. (2016). Psychology within a general hospital: Historical, conceptual, and practical aspects/A Psicologia no hospital geral: aspetos históricos, conceituais e práticos. *Estudos de Psicologia*, 33(4), 573-586.
- Barkowski, S., Schwartze, D., Strauss, B., Burlingame, G. M., & Rosendahl, J. (2020). Efficacy of group psychotherapy for anxiety disorders: a systematic review and meta-analysis. *Psychotherapy Research*, 30(8), 965-982. <https://doi.org/10.1080/10503307.2020.1729440>
- Barlow, D. H. (2016). *Manual clínico dos transtornos psicológicos: tratamento passo a passo*. (5ªed.). Artmed Editora.
- Beck, J. S. (2013). *Terapia cognitivo-comportamental*. (2ª ed). Artmed Editora.
- Beck, J. S. (2011). Cognitive-behavioral therapy. *Clinical textbook of addictive disorders*, 491, 474-501.
- Benton, A. L. (1994). Neuropsychological assessment. *Annual review of psychology*, 45, 1. <https://doi.org/10.1146/annurev.ps.45.020194.000245>
- Burnam, M. A., Stein, J. A., Golding, J. M., Siegel, J. M., Sorenson, S. B., Forsythe, A. B., & Telles, C. A. (1988). Sexual assault and mental disorders in a community population. *Journal of consulting and clinical psychology*, 56(6), 843-850. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.56.6.843>

- Canavarro, M. C. S. (1999). Inventário de sintomas psicopatológicos-BSI. In Simões, M. R., Gonçalves, M., & Almeida, L. S., *Testes e Provas Psicológicas em Portugal*.
- Cené, C. W., Johnson, B. H., Wells, N., Baker, B., Davis, R., & Turchi, R. (2016). A narrative review of patient and family engagement: the “foundation” of the medical home. *Medical care*, 54(7), 697-705.
<https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000000548>
- Coen, R. F., Flynn, B., Rigney, E., O'Connor, E., Fitzgerald, L., Murray, C., Dunleavy, C., McDonal, M., Delaneu, D., Merriman, N., & Edgeworth, J. (2011). Efficacy of a cognitive stimulation therapy programme for people with dementia. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 28(3), 145-147.
<https://doi.org/10.1017/S0790966700012131>
- Cruz, M. A. D., Gomes, N. P., Campos, L. M., Estrela, F. M., Whitaker, M. C. O., & Lírio, J. G. D. S. (2021). Impacts of sexual abuse in childhood and adolescence: an integrative review. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26, 1369-1380.
<https://doi.org/10.1590/1413-81232021264.02862019>
- Culbertson, F. M. (1997). Depression and gender: an international review. *American Psychologist*, 52(1), 25-31. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.52.1.25>
- Curran, E., Rosato, M., Ferry, F., & Leavey, G. (2020). Prevalence and factors associated with anxiety and depression in older adults: Gender differences in psychosocial indicators. *Journal of Affective Disorders*, 267, 114-122.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.02.018>
- Craske, M. G., Rauch, S. L., Ursano, R., Prenoveau, J., Pine, D. S., & Zinbarg, R. E. (2011). What is an anxiety disorder?. *Focus*, 9(3), 369-388.
<https://doi.org/10.1176/foc.9.3.foc369>
- Cremers, H. R., & Roelofs, K. (2016). Social anxiety disorder: a critical overview of neurocognitive research. *Wiley Interdisciplinary Reviews: Cognitive Science*, 7(4), 218-232. <https://doi.org/10.1002/wcs.1390>
- Derogatis, L. R., & Melisaratos, N. (1983). The brief symptom inventory: an introductory report. *Psychological medicine*, 13(3), 595-605.
<https://doi.org/10.1017/S0033291700048017>
- Dworkin, E. R. (2020). Risk for mental disorders associated with sexual assault: A meta-analysis. *Trauma, Violence, & Abuse*, 21(5), 1011-1028.
<https://doi.org/10.1177/1524838018813198>

- Flannery, K. M., & Smith, R. L. (2021). Breaking up (with a friend) is hard to do: An examination of friendship dissolution among early adolescents. *The Journal of Early Adolescence*, 41(9), 1368-1393.
<https://doi.org/10.1177/0272431621100226>
- Furmark, T., Tillfors, M., Everz, P. O., Marteinsdottir, I., Gefvert, O., & Fredrikson, M. (1999). Social phobia in the general population: prevalence and sociodemographic profile. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 34(8), 416-424. <https://doi.org/10.1007/s001270050163>
- Gautam, M., Tripathi, A., Deshmukh, D., & Gaur, M. (2020). Cognitive behavioral therapy for depression. *Indian journal of psychiatry*, 62(2), 223-229.
https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_772_19
- Gerogianni, G., Babatsikou, F., Polikandrioti, M., & Grapsa, E. J. I. U. (2019). Management of anxiety and depression in haemodialysis patients: the role of non-pharmacological methods. *International Urology and Nephrology*, 51(1), 113-118. <https://doi.org/10.1007/s11255-018-2022-7>
- Gillian, B., Anne, C., Mary, M., Peter, A., & Michael, G. (1984). Exposure and anxiety management in the treatment of social phobia. *Journal of consulting and clinical Psychology*, 52(4), 642-650. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.52.4.642>
- Groth-Marnat, G. (2007). *Handbook of psychological assessment*. (4^a ed.). John Wiley & Sons.
- Goldin, P. R., Ziv, M., Jazaieri, H., Werner, K., Kraemer, H., Heimberg, R. G., & Gross, J. J. (2012). Cognitive reappraisal self-efficacy mediates the effects of individual cognitive-behavioral therapy for social anxiety disorder. *Journal of consulting and clinical psychology*, 80(6), 1034-1040.
<https://doi.org/10.1037/a0028555>
- Gorrese, A., & Ruggieri, R. (2012). Peer attachment: A meta-analytic review of gender and age differences and associations with parent attachment. *Journal of youth and adolescence*, 41(5), 650-672. <https://doi.org/10.1007/s10964-012-9759-6>
- Harvey, P. D. (2022). Clinical applications of neuropsychological assessment. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 14(1), 91–99.
<https://doi.org/10.31887/DCNS.2012.14.1/pharvey>
- Hebben, N., & Milberg, W. (2009). *Essentials of neuropsychological assessment*. (2^a ed.) Series Editors.

- Heimberg, R. G., Horner, K. J., Juster, H. R., Safren, S. A., Brown, E. J., Schneier, F. R., & Liebowitz, M. R. (1999). Psychometric properties of the Liebowitz social anxiety scale. *Psychological medicine*, 29(1), 199-212.
<https://doi.org/10.1017/S0033291798007879>
- Heimberg, R. G., Dodge, C. S., Hope, D. A., Kennedy, C. R., Zollo, L. J., & Becker, R. E. (1990). Cognitive behavioral group treatment for social phobia: Comparison with a credible placebo control. *Cognitive Therapy and Research*, 14(1), 1-23.
<https://doi.org/10.1007/BF01173521>
- Hudson, J. L., & Rapee, R. M. (2000). The origins of social phobia. *Behavior modification*, 24(1), 102-129. <https://doi.org/10.1177/0145445500241006>
- Kazantzis, N., Luong, H. K., Usatoff, A. S., Impala, T., Yew, R. Y., & Hofmann, S. G. (2018). The processes of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 42(4), 349-357.
<https://doi.org/10.1007/s10608-018-9920-y>
- Kim, H. S., & Kim, E. J. (2018). Effects of relaxation therapy on anxiety disorders: a systematic review and meta-analysis. *Archives of psychiatric nursing*, 32(2), 278-284. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2017.11.015>
- Krishna, M., Jauhari, A., Lepping, P., Turner, J., Crossley, D., & Krishnamoorthy, A. (2011). Is group psychotherapy effective in older adults with depression? A systematic review. *International journal of geriatric psychiatry*, 26(4), 331-340.
<https://doi.org/10.1002/gps.2546>
- Leal, I. P. (1999). *Entrevista Clínica e Psicoterapia de Apoio*. (2ª ed.). Placebo Editora.
- Leal, I. (2010). *Entrevista Clínica e Psicoterapia de Apoio* (2ªed.). Placebo Editora.
- Ledley, D. R., Heimberg, R. G., Hope, D. A., Hayes, S. A., Zaider, T. I., Van Dyke, M., Turk, C. L., Kraus, C., & Fresco, D. M. (2009). Efficacy of a manualized and workbook-driven individual treatment for social anxiety disorder. *Behavior Therapy*, 40(4), 414-424. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2008.12.001>
- Li, M., D'Arcy, C., & Meng, X. (2016). Maltreatment in childhood substantially increases the risk of adult depression and anxiety in prospective cohort studies: systematic review, meta-analysis, and proportional attributable fractions. *Psychological medicine*, 46(4), 717-730.
<http://dx.doi.org/10.1017/S0033291715002743>
- Liebowitz, M. R. (1987). Social phobia. *Modern Problems in Pharmacopsychiatry* 22, 141–173.

- Lieb, R., Wittchen, H. U., Höfler, M., Fuetsch, M., Stein, M. B., & Merikangas, K. R. (2000). Parental psychopathology, parenting styles, and the risk of social phobia in offspring: a prospective-longitudinal community study. *Archives of general psychiatry*, 57(9), 859-866. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.57.9.859>
- Lins, M., & Borsa, J., (2017). *Avaliação Psicológica: Aspectos teóricos e práticos*. Editora Vozes
- Markowitz, J. C. (2014). What is supportive psychotherapy? *Focus*, 12(3), 285-289. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.12.3.285>
- Mattick, R. P., & Peters, L. (1988). Treatment of severe social phobia: effects of guided exposure with and without cognitive restructuring. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(2), 251-260. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.56.2.251>
- McDermut, W., Miller, I. W., & Brown, R. A. (2001). The efficacy of group psychotherapy for depression: A meta-analysis and review of the empirical research. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8(1), 98-116. <https://doi.org/10.1093/clipsy.8.1.98>
- McRoberts, C., Burlingame, G. M., & Hoag, M. J. (1998). Comparative efficacy of individual and group psychotherapy: A meta-analytic perspective. *Group dynamics: Theory, research, and practice*, 2(2), 101-117. <https://doi.org/10.1037/1089-2699.2.2.101>
- Moutier, C. Y., & Stein, M. B. (1999). The history, epidemiology, and differential diagnosis of social anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60(9), 4-8.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (2016). *O Perfil dos Psicólogos da Saúde*. https://recursos.ordemdospsicologos.pt/files/artigos/o_perfil_dos_psic_logos_da_sa_de.pdf
- Pappa, S., Ntella, V., Giannakas, T., Giannakoulis, V. G., Papoutsis, E., & Katsaounou, P. (2020). Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Brain, behavior, and immunity*, 88, 901-907. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.026>
- Piras, F., Carbone, E., Faggian, S., Salvalaio, E., Gardini, S., & Borella, E. (2017). Efficacy of cognitive stimulation therapy for older adults with vascular dementia. *Dementia & neuropsychologia*, 11, 434-441. <https://doi.org/10.1590/1980-57642016dn11-040014>

- Pontoski, K. E., Heimberg, R. G., Turk, C. L., & Coles, M. E. (2010). Psychotherapy for social anxiety disorder. *Textbook of anxiety disorders*, 167(5), 501-521. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511777578.025>
- Rapee, R. M., & Spence, S. H. (2004). The etiology of social phobia: Empirical evidence and an initial model. *Clinical psychology review*, 24(7), 737-767. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2004.06.004>
- Ribeiro, J. L. P., & Leal, I. P. (1996). Psicologia clínica da saúde. *Análise psicológica*, 14, 589-599.
- Rodebaugh, T. L., Holaway, R. M., & Heimberg, R. G. (2004). The treatment of social anxiety disorder. *Clinical Psychology Review*, 24(7), 883-908. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2004.07.007>
- Saunders, B. E., Villepontoux, L. A., Lipovsky, J. A., Kilpatrick, D. G., & Veronen, L. J. (1992). Child sexual assault as a risk factor for mental disorders among women: A community survey. *Journal of interpersonal violence*, 7(2), 189-204. <https://doi.org/10.1177/088626092007002005>
- Spector, A., Thorgrimsen, L., Woods, B. O. B., Royan, L., Davies, S., Butterworth, M., & Orrell, M. (2003). Efficacy of an evidence-based cognitive stimulation therapy programme for people with dementia: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 183(3), 248-254. <https://doi.org/10.1192/bjp.183.3.248>
- Thibaut, F. (2022). Anxiety disorders: a review of current literature. *Dialogues in clinical neuroscience*, 19(2), 87-88. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2017.19.2/fthibaut>
- Wahass, S. H. (2005). The role of psychologists in health care delivery. *Journal of family & community medicine*, 12(2), 63-70.
- Wong, J., Gordon, E. A., & Heimberg, R. G. (2012). Social anxiety disorder. *Handbook of evidence-based practice in clinical psychology*, 2, 621-649. <https://doi.org/10.1002/9781118156391.ebcp002027>
- Wolff, J. L., & Roter, D. L. (2008). Hidden in plain sight: medical visit companions as a resource for vulnerable older adults. *Archives of internal medicine*, 168(13), 1409-1415. <https://doi.org/10.1001/archinte.168.13.1409>
- World Health Organization (s.d.). *Depression*. World Health Organization. Consultado a 21 de dezembro de 2022. https://www.who.int/health-topics/depression#tab=tab_1

- World Health Organization (WHO) (2001). Relatório Mundial da Saúde (1ªed.).
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42390/WHR_2001_por.pdf;jsessionid=ECF248B5B404CDB5920BA69CB5653BF0?sequence=4
- Yalom, I. D., & Leszcz, M. (2005). *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*. (5ª ed.). Basic Books.
- Zung, W. W. (1965). A self-rating depression scale. *Archives of general psychiatry*, 12(1), 63-70.
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.1965.01720310065008>

Anexos

Anexo I – Objetivos a desenvolver durante o período de estágio e bibliografia a utilizar.

1

OBJETIVOS A DESENVOLVER DURANTE O PERÍODO DE ESTÁGIO:

OBJETIVO GERAL:

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

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS POR TRIMESTRE:

▪ **NO PRIMEIRO TRIMESTRE:**

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

▪ **NO SEGUNDO TRIMESTRE:**

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

▪ **NO TERCEIRO TRIMESTRE:**

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

- ✓ Realização de "**RELATÓRIO DE ESTÁGIO**" final (relatório de actividades referentes às experiências desenvolvidas no local de estágio, no qual deverá ser sintetizada e integrada a experiência acumulada ao longo do estágio, a descrição de actividades e a actividade clínica), o qual deve ser composto por:
 - Considerações Introdutórias;
 - Motivo da escolha;

- Caracterização da Instituição e das Actividades;
- Casos Clínicos acompanhados: para cada caso clínico deverá ser elaborada uma "**História Clínica**" composta por:
 - Diagnóstico de acordo com o DSM-IV-TR;
 - Dados Biográficos;
 - Motivo da Consulta (Hipótese Diagnóstica);
 - Dificuldades Actuais;
 - Resultados das Escalas de Auto-Resposta;
 - Formulação Cognitivo-Comportamental;
 - Protocolo Terapêutico (Intervenção);
 - *Feedback* Terapêutico;
 - Comentário Teórico;
 - Referências Bibliográficas;
 - Comentário Pessoal;
 - Bibliografia Específica ao caso clínico.
- ✓ Realização de um "**Trabalho Teórico**" e sua apresentação oral na *Reunião de Serviço* da Unidade de Psicologia em Penafiel.

NOTA: serão realizadas "**Reuniões Clínicas**" de periodicidade semanal, com a duração de uma hora (segundas-feiras, das 9h às 10h).

Bibliografía a utilizar

- ALLEN FRANCES, M. D., & RUTH ROSS, M. A. (1996). *DSM-IV – Case Studies. A Clinical Guide to Differential Diagnosis*. American Psychiatric Press, Inc;
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (1994). *DSM-IV – Diagnostic and Statistical manual for mental disorders*. (4th Ed.). Washington: American Psychiatric Association;
- BECK, A. T., EMERY, G., & GREENBERG, R. L. (1985). *Anxiety disorders and phobias: a cognitive perspective*. New York: Basic Books;
- BECK, A. T., WILLIAMS, J. M. G. & SCOTT, J. (1992). *Cognitive Therapy in clinical practice*. London & New York;
- BECK, J. S. (1995). *Cognitive Therapy: basics and beyond*. New York: Guilford Press;
- CABALLO V. E. (1996). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos - trastornos por ansiedad, sexuales, afectivos y psicóticos*. (Vol. 1). Siglo veintiuno editores, México, Espanha;
- FREEMAN, A., PRETZER, J., FLEMING, B. & SIMON, K. (1990). *Clinical applications of cognitive therapy*. New York: Plenum Press;
- GONÇALVES, O. F. (1990). *Terapia comportamental: Modelos teóricos e manuais práticos*. Porto: Edições Jornal de Psicologia;
- GONÇALVES, O. F. (1993). *Terapias cognitivas: Teorias e Práticas*. Porto: Edições Afrontamento;
- HAWTON, K., SALKOVSKIS, P. M, KIRK, J. & CLARK, D. M. (1989). *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems: a practical guide*. Oxford: Oxford University Press;

- JOYCE-MONIZ, L.(1979). *A Modificação do Comportamento*. Livros Horizonte;
- SCOTT, J. WILLIAMS, J. M. G. & BECK, A. T. (1992). *Cognitive Therapy: a Clinical Casebook*, Routledge, Londres.

Anexo II – Guião da respiração diafragmática elaborado pela estagiária.

A realizar num ambiente com luminosidade baixa e música relaxante.

“Posicione-se de forma que se sinta o mais confortável possível e feche os olhos. Preste atenção à sua respiração à medida que inspira e expira.

Imagine que existe um balão no seu diafragma que deve ser cheio com a inspiração. Inspirar pelo nariz e conter o ar 5 a 6 segundos e depois esvaziar pela boca.

Coloque a mão no diafragma para sentir a respiração.

Inspire como se estivesse a cheirar uma flor e expire como se estivesse a sopra uma vela.

Cheirar uma flor, 1, 2, 3, 4, 5, soprar uma vela (repetir algumas vezes).

Sinta o movimento das mãos quando inspira e quando expira. As mãos elevam quando inspira e baixam quando expira.

Este movimento das mãos é uma forma de confirmar que está a fazer uma respiração calma e profunda. Mantenha a sua respiração assim, calma e profunda.”

Anexo III – Guião adaptado do relaxamento muscular progressivo de Jacobson elaborado pela estagiária.

A realizar num ambiente com luminosidade baixa e música relaxante.

“Vamos agora relaxar o nosso corpo. Coloque as mãos ao longo do corpo mantendo a respiração calma e profunda.

1. Pescoço

Imagine que é uma boneca de trapos e que a sua cabeça é um pião e vai girar lentamente de um lado para o outro.

Continue (manter durante 15 segundos).

Vamos agora manter a cabeça no centro e assegurar que a respiração continua calma e profunda (manter a descontração durante 30 segundos).

2. Rosto

Foque a agora a sua atenção nos músculos do rosto. Quando eu disser AGORA puxe o queixo até ao peito e aguarde nessa posição.

AGORA...

A tensão que sente, mantenha (manter a contração durante 15 segundos).

Agora relaxe.

Sinta esta diferença de sensação entre os músculos tensos e agora relaxados (manter a descontração durante 30 segundos).

Gire a cabeça lentamente para que liberte toda esta tensão que foi acumulada (manter durante 10 segundos).

Vamos agora passar para os músculos da parte superior do rosto, olhos e testa. Quando eu disser AGORA vai puxar as sobrancelhas, tentando fazer rugas na testa.

AGORA...

Repare na tensão no seu rosto (manter a contração durante 15 segundos).

Relaxar, isso mesmo.

Repare na diferença na expressão quando está tenso e relaxado (manter a descontração durante 30 segundos).

Vamos passar agora para a parte inferior do rosto. Quando eu disser AGORA cerre os dentes e puxe os cantos da boca para trás como se estivesse a trincar uma chicla muito dura.

Esta é uma zona que costuma acumular muita tensão.

AGORA... Com força (manter a contração durante 15 segundos).

Relaxe (manter a descontração durante 30 segundos).

3. Mão e braço direito

Vamos passar agora para os músculos da mão e braço direito. Quando eu disser AGORA cerre a mão e dobre o braço, e com o cotovelo faça força no colchão e aperte a mão como se estivesse a espremer um limão.

AGORA... (manter a contração durante 15 segundos).

Relaxar.

Repare na diferença de sensações entre os músculos tensos e agora relaxados (manter a descontração durante 30 segundos).

4. Mão e braço esquerdo

Foque agora a atenção no seu braço e mão esquerda. Quando eu disser AGORA dobre o braço e aperte a mão como se estivesse a espremer a outra metade do limão.

AGORA...

E novamente os músculos estão tensos e provocam dor e desconforto (manter a contração durante 15 segundos).

Deixe agora cair o limão, relaxe e perceba a diferença entre um corpo tenso e um corpo relaxado (manter a descontração durante 30 segundos).

5. Ombros, costas e omoplatas

Vamos agora passar para os músculos dos ombros, costas e omoplatas. Quando eu disser AGORA vai puxar os ombros para trás, contendo a respiração.

AGORA... (manter a contração durante 15 segundos).

Libertar tensão, relaxar (manter a descontração durante 30 segundos).

Agora é importante recuperar os níveis de oxigénio fazendo a respiração diafragmática. Cheire uma flor, sobre uma vela (repetir algumas vezes).

6. Perna e pé direito

Vamos agora passar para a parte inferior do corpo, a perna e pé direito. Quando eu disser AGORA vou pedir que levante a perna e aperte os dedos.

AGORA...

Sinta o desconforto, a tensão (manter a contração durante 15 segundos).

Relaxou, desça a perna, relaxe e perceba a diferença entre estar tenso e agora relaxado (manter a descontração durante 30 segundos).

7. Perna e pé esquerdo

Vamos agora focar a atenção na perna e pé esquerdo. Quando disser AGORA eleve a perna e aperte os dedos.

AGORA...

Isto é tensão, sinta a dor, aguarde (manter a contração durante 15 segundos).

Relaxe. Pode pousar a perna no colchão e sinta a diferença entre estar tenso e estar relaxado (manter a descontração durante 30 segundos).

Agora vamos tentar perceber se existe algum músculo que não conseguiu relaxar.

Se sente que existe algum músculo que ainda não está relaxado procurem relaxá-lo agora (pausa de 30 segundos).

Neste momento o seu corpo está completamente relaxado.”

Anexo IV – Sessões elaboradas e dinamizadas pela estagiária para o grupo de estimulação neuropsicológica.

Sessão 5 e 6 – Exercícios de estimulação da memória

Através de uma apresentação PowerPoint é explicado ao grupo as tarefas a realizar durante a sessão. Os exercícios encontram-se expostos no PowerPoint e os participantes recebem uma folha de resposta onde vão respondendo às questões.

PowerPoint exercício 1



Instrução:

irão aparecer várias fotografias de caras de pessoas, uma de cada vez.

Olhe para cada uma delas com muita atenção e procure lembrar-se delas.





(...)

*apresentação de 16 rostos

Instrução:

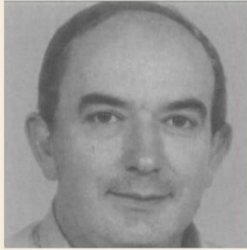
Agora irão aparecer mais fotografias, três de cada vez.

Olhe com atenção para essas fotografias e indique qual a que já viu antes.

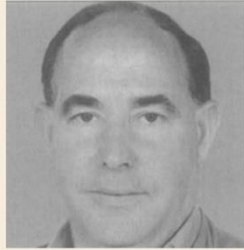
Exemplo:

Qual das imagens já viu anteriormente?

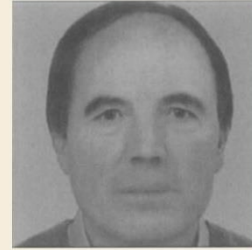
Escreva na folha se foi a opção **a)**, a opção **b)** ou a opção **c)**.



a)



b)



c)

Exemplo



a)

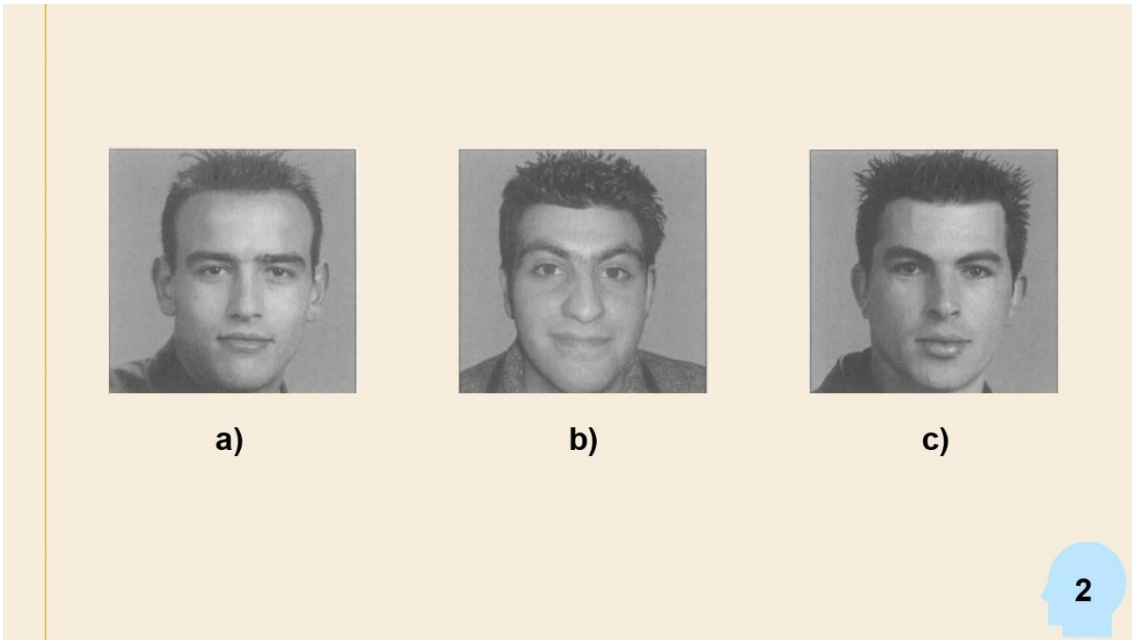


b)



c)

1



(...)

** São apresentadas as opções dos 16 rostos para que os pacientes escolham o que consideram ter visto anteriormente

Folha de resposta exercício 1



Exercícios de estimulação da memória

Exercício:

-Reconhecimento de faces

Em cada alínea escreva qual a resposta correta:

| Item exemplo | |
|--------------|--|
| 1) | |
| 2) | |
| 3) | |
| 4) | |
| 5) | |
| 6) | |
| 7) | |
| 8) | |
| 9) | |
| 10) | |
| 11) | |
| 12) | |
| 13) | |
| 14) | |
| 15) | |
| 16) | |



Exercício: Atenção às imagens

Instrução:

Observe cada imagem e depois responda às questões.

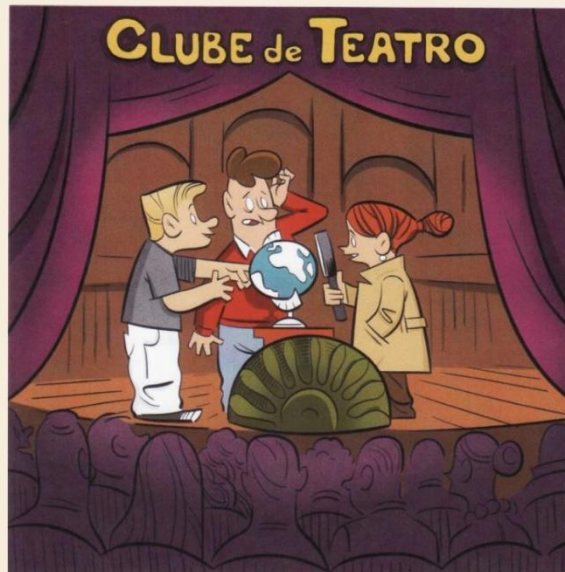
Imagem 1



Questões:

1. Quantas peças de roupa estão penduradas na corda?
2. Que peças de roupa são?
3. De que cor é a peça de roupa da esquerda?
4. Quantos cestos existem na imagem?
5. Quantas molas existem na imagem?

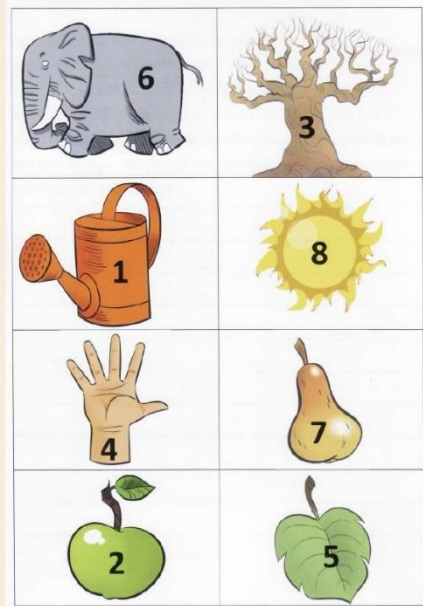
Imagem 2



Questões:

1. De que cor são as cortinas do palco?
2. O que é que os alunos estão a observar?
3. Quantos menino(s) e menina(s) há na imagem?
4. O que é que a menina do lado direito tem na mão?
5. De que cor são as calças do menino do lado esquerdo?
6. Onde é que o menino do meio tem a mão?

Imagem 3



Questões:

1. Que número está na imagem da mão?
2. Que número está na imagem da árvore?
3. Onde está o número 5?
4. Quantas imagens há ao todo?
5. Quantas imagens verdes existem?
6. Quantos animais existem?

Folha de resposta exercício 2

Exercício:
-Atenção às imagens

Imagem 1:

1. Quantas peças de roupa estão penduradas na corda?

2. Que peças de roupa são?

3. De que cor é a peça de roupa da esquerda?

4. Quantos cestos existem na imagem?

5. Quantas molas existem na imagem?

Imagem 2:

1. De que cor são as cortinas do palco?

2. O que é que os alunos estão a observar?

3. Quantos menino(s) e menina(s) há na imagem?

4. O que é que a menina do lado direito tem na mão?

5. De que cor são as calças do menino do lado esquerdo?

6. Onde é que o menino do meio tem a mão?



Imagem 3:

1. Que número está na imagem da mão?

2. Que número está na imagem da árvore?

3. Onde está o número 5?

4. Quantas imagens há ao todo?

5. Quantas imagens verdes existem?

6. Quantos animais existem?

Exercício: Memória da lista



Instrução:

Memorize a seguinte lista de palavras e, em seguida, registre quais as palavras que se recorda.

Lista 1

Alface

Mesa

Amarelo

Lista 1

Lista 2

Jardim

Vermelho

Carro

Loja

Lista 2

Lista 3

Maça

Caderno

Calças

Gato

Árvore

Lista 3

Fim!
Obrigada pela atenção

Folha de resposta exercício 3

Exercício:
-Memória da lista

Quais as palavras que se recorda da lista?

Lista 1:

Lista 2:

Lista 3:

Anexo V – Exemplos de relatórios de avaliação psicológica e neuropsicológica

Exemplo 1.

Página 1 de 2

RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA

| |
|--|
| DOENTE: PROCESSO CLÍNICO N.º: PEDIDO EFETUADO POR: AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA PEDIDA: DESEMPENHO INTELECTUAL |
|--|

IDENTIFICAÇÃO:

| |
|--|
| |
|--|

História Clínica:

Quando questionada sobre as atuais queixas a paciente demonstra não apresentar insight acerca das suas dificuldades, referindo não apresentar dificuldades.

PROCEDIMENTOS DE AVALIAÇÃO

- Escala de Inteligência de Wechsler para Adultos – 3.ª edição (WAIS-III) para avaliação do desempenho intelectual.
- Comportamento Observado

AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO INTELECTUAL

- Escala de Inteligência de Wechsler para Adultos – 3.ª edição (WAIS-III), cujos resultados são os seguintes:

- Q. I. VERBAL = 64: MUITO INFERIOR (INCAPACIDADE INTELECTUAL SEVERA);
- Q. I. DE REALIZAÇÃO = 60: MUITO INFERIOR (INCAPACIDADE INTELECTUAL SEVERA);
- **Q. I. TOTAL = 60: MUITO INFERIOR (INCAPACIDADE INTELECTUAL SEVERA).**

Face ao exposto conclui-se, através da evidência dos resultados da prova que, a doente apresenta um **RENDIMENTO INTELECTUAL MUITO INFERIOR**, quando comparado com pessoas da sua faixa etária.

Analisando os resultados de Q.I. supracitados, podemos dizer que, a doente apresenta:

- Dificuldades significativas ao nível da riqueza e tipo de linguagem, compreensão e fluência verbal;
- Dificuldades muito significativas ao nível da compreensão, relações conceptuais, pensamento abstrato e associativo;
- Dificuldades significativas ao nível da concentração, raciocínio e cálculo numérico, e utilização automática de símbolos;
- Dificuldades significativas ao nível da atenção concentrada e memória auditiva imediata;
- Dificuldades significativas ao nível dos conhecimentos gerais, assimilação de experiências e memória remota;
- Algumas dificuldades ao nível do juízo prático, compreensão e adaptação a situações sociais.
- Dificuldades muito significativas ao nível da memória e agudeza visuais;
- Dificuldades muito significativas ao nível da memória visual imediata, previsão associativa e rapidez motora;
- Algumas dificuldades ao nível da percepção visual, relações espaciais e coordenação viso-motora;
- Dificuldades significativas ao nível da capacidade de processamento de informação visual e do raciocínio abstrato;
- Algumas dificuldades ao nível da percepção e compreensão de situações sociais e captação de sequências causais.

COMPORTAMENTO OBSERVADO

A paciente demonstrou cooperação e empenho ao longo da avaliação. Apresentou-se orientada no tempo e no espaço, bem como um aspeto cuidado.

É de salientar o pouco insight que a paciente apresenta acerca das suas dificuldades.

De acordo com a observação e prova administrada verificam-se, portanto, défices em diversas funções intelectuais. Salientado défices ao nível da riqueza e tipo de linguagem, compreensão, fluência verbal, relações conceptuais, pensamento abstrato e associativo. Também ao nível da concentração, raciocínio e cálculo numérico, utilização automática de símbolos, bem como ao nível da memória, agudeza visual, previsão associativa, rapidez motora e capacidade de processamento de informação visual.

ATENTAMENTE,

A 21 DE FEVEREIRO DE 2022

Exemplo 2.

RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA

DOENTE:
PROCESSO CLÍNICO N.º:
DATA DE NASCIMENTO:
PEDIDO EFETUADO POR:
AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA PEDIDA: DETERIORAÇÃO MENTAL

IDENTIFICAÇÃO:

PROCEDIMENTOS DE AVALIAÇÃO

- *Avaliação Cognitiva de Addenbrooke;*
- Comportamento Observado.

AVALIAÇÃO DA DETERIORAÇÃO MENTAL

Foi administrada a prova *Avaliação Cognitiva de Addenbrooke* cujos resultados são os seguintes:

- ATENÇÃO E ORIENTAÇÃO: NORMATIVO

Orientação: Sem comprometimento

Retenção: Sem comprometimento

Atenção e Cálculo: Ligeiro comprometimento

- MEMÓRIA: NORMATIVO

Evocação: Sem comprometimento

Memória anterógrada: Sem comprometimento

Memória retrógrada: Sem comprometimento

Memória de evocação: Sem comprometimento

Reconhecimento: Sem comprometimento

- FLUÊNCIA VERBAL: DÉFICE COGNITIVO LIGEIRO

- LINGUAGEM: NORMATIVO

Escrita: Ligeiro comprometimento

Repetição: Ligeiro comprometimento

Nomeação: Sem comprometimento

Compreensão: Sem comprometimento

Leitura: Sem comprometimento

- VISUO-ESPACIAL: NORMATIVO

Capacidade visuo-espacial: Ligeiro comprometimento

Percepção: Sem comprometimento

Comportamento Observado

O paciente apresentou-se orientado no tempo e no espaço e demonstrou cooperação e empenho ao longo da avaliação.

IMPRESSÕES CLÍNICAS, INFERÊNCIAS E CONCLUSÕES

- Apenas se verificam défices cognitivos ligeiros ao nível da fluência verbal.

ATENTAMENTE,

A 3 DE MAIO DE 2022

Anexo VI – Publicações redes sociais

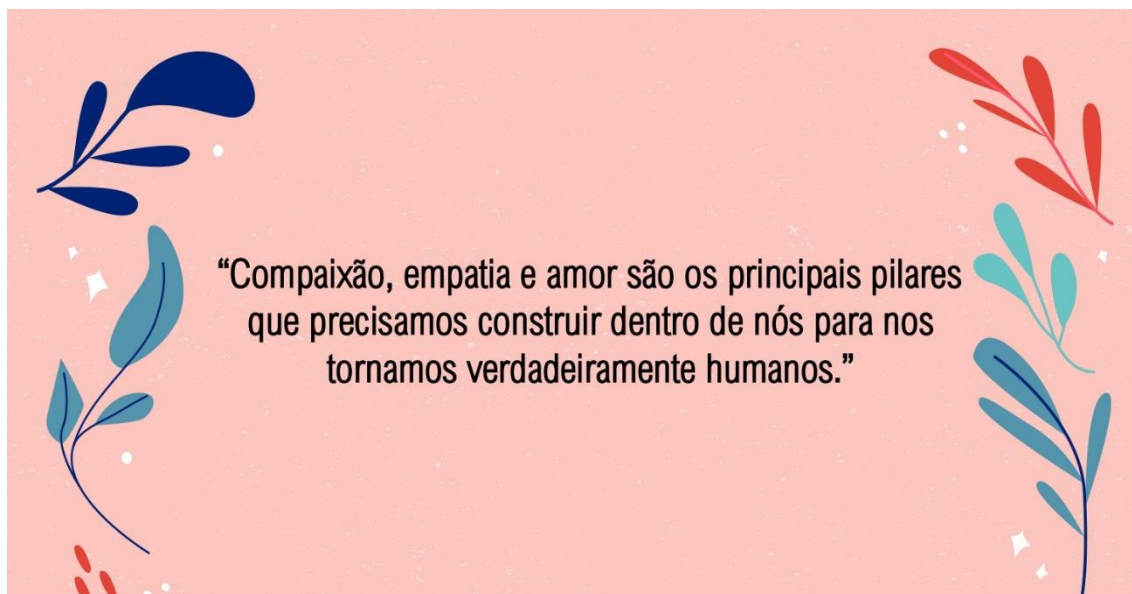
Publicação – Dia do doente

Celebra-se hoje, dia 11 de fevereiro, o Dia Mundial do Doente.

Neste dia, o Serviço de Psicologia XXXXXXXXXXXX quer relembrar a importância de o doente ser visto como um todo, e não apenas em função da sua patologia, salientado também que deve ser tido sempre em consideração o impacto psicológico que as diversas doenças acarretam.

Não deve ser esquecido que o doente antes de tudo é uma pessoa, e não apenas um organismo que necessita de tratamento. É um ser total que possui família, cultura, crenças e valores, que tem um passado e um futuro.

Desta forma deixamos uma mensagem de força e esperança a todos aqueles que lutam contra alguma doença e congratulando todos os prestadores de cuidados de saúde que se dedicam, diariamente, aos seus doentes para que estes se sintam tratados com dignidade, respeito, atenção e qualidade.



Sabia que Portugal é o 4º país da OCDE com mais casos de pessoas com demência por 1000 habitantes?

Estima-se que em 2021 tenham existido 21.9 casos por 1000 habitantes e que em 2050 essa prevalência aumente para 39.2.

Sintomas e sinais a que deve estar atento:

Alterações de memória

- Dificuldades em lembrar-se de coisas mais recentes;
- Fazer sempre as mesmas perguntas.

Perda da capacidade em fazer as tarefas diárias

- Conduzir para um lugar que conhece;
- Lembrar-se das regras de um jogo;
- Completar uma tarefa no trabalho.

Desorientação espacial e temporal

- Não saber onde se encontra e como lá chegou;
- Demorar a encontrar o caminho para casa;
- Perda da noção das datas.

Isolamento

- Perda de interesse em atividades sociais;
- Abandono de atividades que antes lhe davam prazer, como ver um jogo de futebol.



Trocar o lugar das coisas

- Colocar as coisas em lugares onde não costuma e depois ser incapaz de lembrar-se de como as colocou lá.

Problemas de linguagem

- Esquecimento de palavras;
- Utilização de palavras desadequadas;
- Fazer pausas ao comunicar para se lembrar das palavras.

Alterações do humor e da personalidade

- Tornar-se confusos, desconfiados, deprimidos, com medo ou ansiosos;
- Irritar-se com facilidade, por exemplo, em casa, no trabalho e com amigos.

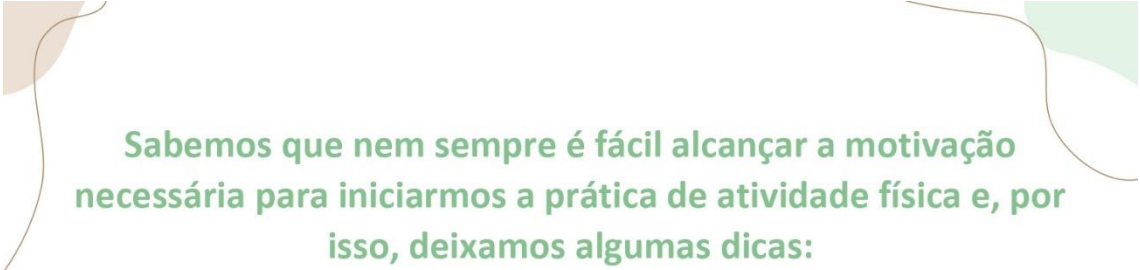
A deteção precoce da demência apresenta várias vantagens. Não hesite em procurar ajuda!

A prática regular de atividade física é um importante aliado da saúde mental!



Alguns dos benefícios da atividade física na saúde mental:

- Aumento do bem-estar físico, emocional e psíquico;
- Reduz o stresse;
- Alivia os sintomas de doenças mentais;
 - Melhora a qualidade de sono;
 - Melhora a autoestima;
- Melhora o desempenho cognitivo (exemplos: capacidade de concentração, memória e criatividade).



Sabemos que nem sempre é fácil alcançar a motivação necessária para iniciarmos a prática de atividade física e, por isso, deixamos algumas dicas:

- Escolha uma atividade que goste (exemplos: caminhadas, natação, hidroginástica, dança, zumba, corrida);
 - Arranje companhia, mesmo que à distância de um ecrã, para que possam partilhar o treino;
 - Peça ajuda a um profissional do desporto.
- 