



CESPU

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

RELATÓRIO DE ESTÁGIO CURRICULAR EM PSICOLOGIA DA SAÚDE E NEUROPSICOLOGIA

Daniela Sofia Costa

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



CESPU
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Gandra, 1 de julho de 2023



CESPU

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Daniela Sofia Costa

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

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO CURRICULAR EM
PSICOLOGIA DA SAÚDE E NEUROPSICOLOGIA**

Trabalho realizado sob a Supervisão de

Dra. Vera Almeida

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Eu, Daniela Sofia Vieira Moreira da Costa, declaro ter atuado com absoluta integridade na elaboração deste trabalho, confirmo que em todo o trabalho conducente à sua elaboração não recorri a qualquer forma de falsificação de resultados ou à prática de plágio (ato pelo qual um indivíduo, mesmo por omissão, assume a autoria do trabalho intelectual pertencente a outrem, na sua totalidade ou em partes dele). Mais declaro que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros autores foram referenciadas ou redigidas com novas palavras, tendo neste caso colocado a citação da fonte bibliográfica.

Agradecimentos

Não posso deixar de expressar o meu mais sincero agradecimento a quem contribuiu, de alguma forma, para que a realização deste trabalho fosse possível.

Desta forma, quero deixar expresso o meu agradecimento:

À minha orientadora de estágio, pela partilha de sabedoria, empenho e disponibilidade com que abraçou este desafio;

Ao IUCS e aos meus Professores, por me permitirem adquirir ferramentas necessárias para a realização do mesmo e que contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional.

Aos meus Pais e Tios, por toda a atenção, carinho e dedicação. Por terem inculcido em mim sempre bons valores aliados à importância de uma educação de excelência. Enfim, por serem a minha âncora, a minha maior rede de suporte e motivação para continuar a investir sempre mais em mim e desta forma fazerem de mim a pessoa que sou hoje.

Às minhas irmãs, pelo exemplo de força e superação, por estarem sempre presentes, pela preocupação e por todos os conselhos.

A todos, um obrigado do fundo do coração!



CESPU
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Lista de abreviaturas e Siglas

AP – Avaliação Psicológica

DPSM – Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental

IUCS – Instituto Universitário de Ciências da Saúde

MCC – Modelo Cognitivo-Comportamental



Índice

Introdução.....	6
Capítulo I	7
1. Caracterização dos locais de estágio.....	7
2. Papel do Psicólogo Hospitalar	8
3. Descrição das Atividades de Estágio	9
3.1 Consultas de acompanhamento psicológico.....	10
3.2. Avaliação psicológica e neuropsicológica	12
3.3. Atividades de grupo realizadas	14
3.3.1. Grupo de Relaxamento	14
3.3.2 Grupo de Intervenção em Luto	15
3.3.3 Outras atividades desenvolvidas	16
Capítulo II	17
Estudo de Caso	17
1.1 Dados de identificação	17
1.2 Motivo de encaminhamento.....	17
1.3. Genograma.....	17
1.4 Fontes de informação	18
1.5 História Pessoal e Familiar	18
1.6. Informação Médica relevante e Psicofarmacologia.....	21
1.7 Observação do Estado Mental e do Comportamento	21
1.8 Diagnóstico.....	22
1.9 Intervenção	23
1.10 Processo de intervenção	24
1.11. Reflexão Pessoal sobre o Caso Clínico	29
Conclusão	30
Referências bibliográficas	32

Índice de Anexos

Anexo 1- Cronograma das atividades

Anexo 2 – Exemplo de Relatório de avaliação Psicológica

Anexo 3- Instrumentos de Avaliação Psicológica

Anexo 4- Descrição das Sessões de Grupo de Relaxamento

Anexo 5- Descrição das Sessões de Grupo de Pais Enlutados

Anexo 6- Apresentação PowerPoint: Luto Complicado

Anexo 7- Folheto informativo: Luto Complicado

Anexo 8- Apresentação PowerPoint: Viver com Ostomia

Anexo 9- Certificado de Participação

Introdução

No âmbito da Unidade Curricular de Estágio Curricular decorrido no Instituto Universitário de Ciências da Saúde (IUCS), foi elaborado o presente relatório, sendo referente ao ano letivo de 2022/2023.

O estágio curricular é indispensável no processo de formação em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia. Acontece no segundo ano de mestrado e permite a interligação entre a formação teórica e o mundo profissional, aliando a teoria à prática. Dota-se de elevada importância pelo facto de permitir a aplicação de conhecimentos adquiridos ao longo do curso e a aquisição de novos, na experiência clínica.

O estágio Curricular decorre no 2º ano de mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia, tendo decorrido entre dia 4 de outubro de 2022 a 11 de julho de 2023, orientado pela Dr.ª Noémia Carvalho e Dra. Vera Almeida e teve uma grande importância na minha jornada profissional. Este relatório de estágio será composto por 2 capítulos. No primeiro capítulo, é descrita a caracterização dos locais de estágio, o papel do psicólogo em contexto hospitalar e respetivas atividades realizadas nesse âmbito. O segundo capítulo assenta na descrição de dois estudos de casos clínicos avaliados durante o estágio. Por fim, está presente uma reflexão crítica da experiência académica desenvolvida.

Capítulo I

1. Caracterização dos locais de estágio

O Estágio Curricular decorreu num Centro Hospitalar, constituído por duas unidades.

Este Centro Hospitalar oferece uma vasta rede de serviços, tais como: Departamento de Emergência; Cuidados Intensivos e Anestesiologia; o Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental; o Departamento de Medicina; Bloco Operatório; Cirurgia; Cirurgia do Ambulatório; Consulta Externa; Endocrinologia; Esterilização; Farmácia; Ginecologia/Obstetrícia; Imagiologia; Imuno-hemoterapia; Medicina Dentária; Medicina Física e Reabilitação; Unidade do Pé Diabético; Neonatologia; Neurologia; Oftalmologia; Ortopedia; Otorrinolaringologia; Patologia Clínica; Pediatria; Saúde, Higiene e Segurança no Trabalho e Urologia.

Relativamente ao Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental (DPSM), este é composto por 13 gabinetes de Psiquiatria, 6 de Pedopsiquiatria, 5 de Psicologia, 2 de Hospital de Dia, 1 de Enfermagem, 2 de Psicoterapia, 2 de Soroterapia que disponibilizam 8 cadeirões, 2 de Assistente Social e 2 de Serviço Administrativo. É constituído pelos seguintes serviços: Psiquiatria, Pedopsiquiatria, Psicologia, Serviço Social e Serviço Administrativo. Estes, por sua vez, são coordenados pelos seguintes profissionais: Diretor do Serviço da Psiquiatria de Adultos, Diretora de Serviço da Psiquiatria da Infância e da Adolescência; Diretora do Serviço de Psicologia; Coordenadora do Serviço Social e Coordenador do Serviço Administrativo. Este departamento é dirigido pelo Diretor do DPSM; Administradora Hospitalar do DPSM; e pela Enfermeira da Direção do DPSM.

Os pacientes que dão entrada no DPSM vêm encaminhados pelo Centro de Saúde da sua área de residência, por consulta Interna ou por recorrência ao serviço de urgência e, na sua grande maioria, consistem em casos de perturbações do foro neurótico, perturbações de natureza psicótica e perturbações da personalidade, os quais podem ser posteriormente conduzidos ao Internamento ou Consulta Externa. A estes pacientes será dada alta assim que preencherem os critérios natureza técnica, ou, por falta sem devida justificação, no caso dos pacientes de consulta externa.

São vários os serviços que compõem o Serviço de Psiquiatria, entre eles: Consulta Externa, Internamento, Soroterapia, Hospital de Dia, Domiciliária, Unidade de Consulta



CESPU

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

de Ligação, Serviço administrativo e Serviço Social. Este serviço é composto por: 24 médicos psiquiatras especialistas; 19 psiquiatras internos; 6 médicos pedopsiquiatras especialistas; 8 pedopsiquiatras internos; 12 psicólogos, sendo 12 técnicos superiores e 3 técnicos superiores de saúde; 3 técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica (Terapeuta Ocupacional); 33 enfermeiros que dão resposta a consulta externa, internamento e apoio domiciliário; 12 assistentes técnicos administrativos; e 19 assistentes operacionais.

O serviço de Psicologia atende ou acompanha indivíduos de todas as faixas etárias. Relativamente à faixa etária da infância e adolescência, disponibiliza-se Consulta externa (individual ou grupal), Consulta Comunitária e integração em diversos grupos multidisciplinares. Em relação à faixa etária adulta, é disponibilizada: Consulta Externa individual ou grupal, como por exemplo, a Intervenção de grupo no luto complicado; consultas cas terapêuticas, e ainda intervenção multidisciplinar em várias equipas hospitalares, tais como: Equipa de Ostromizados e Cuidados Paliativos.

2. Papel do Psicólogo Hospitalar

A Psicologia hospitalar tem como principal enfoque trabalhar os aspetos positivos do indivíduo e do seu estilo de vida afetivo, familiar e profissional. É um ramo da psicologia que se caracteriza pela presença do psicólogo nas equipas de saúde. O qual contribui para o controle, prevenção e reabilitação de pacientes (Silva et al., 2019). Por sua vez, a Psicologia da Saúde é um ramo da psicologia que se caracteriza como sendo uma ciência que procura compreender a influência de fatores biológicos, sociais e comportamentais na saúde e na doença (APA, 2003). Com base nos seus princípios, técnicas e conhecimentos científicos visa proceder à avaliação, diagnóstico, tratamento e prognóstico de um caso e, desta forma, visa modificar e prevenir a doença. O Psicólogo da Saúde desempenha as suas funções em diferentes locais, entre os quais, os hospitais.

Tal como referido anteriormente, o Hospital é uma instituição que abrange um vasto leque de especialidades. Dada a sua complexidade e, de forma a fornecer os melhores



CESPU

**INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

cuidados ao doente, as diferentes especialidades devem operar em conjunto, ou seja, devemos estar perante equipas de saúde multidisciplinares. O psicólogo hospitalar integra estas equipas, com vista ao melhor auxílio possível ao doente e aos seus familiares (Gomes & Tonetto, 2007).

Após encaminhamento do doente para acompanhamento psicológico, e com base na queixa principal apresentada, o doente é orientado para o psicólogo hospitalar que está a abordar maioritariamente esses casos. A primeira consulta consiste na entrevista psicológica que representa um dos meios privilegiados de avaliação psicológica. Esta, tem enfoque em diferentes aspetos de vida do sujeito que vão sendo explorados também aos longo das consultas seguintes, de acordo com o desenvolvimento das mesmas. Entre os aspetos a serem explorados, destaca-se: queixa atual, antecedentes psiquiátricos prévios, aspetos de nível social, profissional e familiar, funcionamento pré mórbido, etc.

Com base nestas informações obtidas sobre o paciente e com base também no seu comportamento observável, o psicólogo desenha um plano de intervenção. O mesmo, é personalizado e adequado a cada paciente, podendo este recorrer a testes de avaliação psicológica que irão ajudar na decisão do plano terapêutico mais adequado ao caso. Posteriormente, dar-se-á seguimento às consultas, que poderão ser individuais ou grupais (por exemplo, Grupo de Intervenção em luto complicado ou Grupo de depressivos), quando assim se justifica.

O psicólogo funciona como “bóia de salvação” para o paciente que se encontra em sofrimento e como muleta que auxilia na sua recuperação. Quando o psicólogo entende que o paciente se encontra estável e capaz de “caminhar” sem essa moleta, é dada alta. Também poderá ser dada alta em caso de faltas injustificadas.

3. Descrição das Atividades de Estágio

O estágio decorreu entre 4 de outubro de 2022 e 11 de julho de 2023, com um total de 440h. Inicialmente o horário semanal estabelecido para estágio foi: Terças entre as 13h



e as 20h numa das unidades e Quartas entre as 9h e as 13h, em outra unidade. A partir de janeiro, as horas de estágio aumentaram, passando a abranger também segundas-feiras, das 9h às 13h e das 11h às 13h, correspondentemente. De ressaltar ainda que os horários de estágio não foram fixo, sendo ajustados de acordo com a necessidade e disponibilidade de ambas as partes. Em Anexos, encontra-se disponível o cronograma das atividades realizadas ao longo do ano de estágio (Anexo 1).

3.1 Consultas de acompanhamento psicológico

O meu estágio curricular iniciou com a Observação de consultas individuais e em grupo, em outubro e assim se manteve até janeiro. Durante as consultas individuais, pude observar o acompanhamento psicológico prestado, bem como, a avaliação psicológica (AP) e neuropsicológica realizada.

Este período permitiu-me observar diferentes quadros psicopatológicos, tais como: Perturbação neurocognitiva, Perturbação de Luto Complicado, Perturbação depressiva, Perturbação de ansiedade, Perturbação Obsessivo-compulsiva, Perturbação bipolar, Perturbação pós Stress traumático, Perturbação Sintomas Somáticos; Perturbação disruptiva de controlo de impulsos e do comportamento. Entre outros, tive também a oportunidade de observar problemas de foro relacional, tanto familiar como conjugal, casos de violência doméstica e reações de ajustamento.

Tive a oportunidade de observar uma consulta em contexto de cuidados paliativos. Aqui, é fornecido apoio psicológico, visando, sobretudo o alívio do sofrimento e a promoção da dignidade do paciente. A intervenção do psicólogo passa pela ajuda na compreensão da sua doença, conforto do paciente, ajuda na clarificação e concretização de últimos desejos de vida e ajuda na despedida entre paciente paliativo, familiares e amigos, dando auxílio também a estes últimos.

Foi possível também participar em diferentes grupos terapêuticos, nomeadamente, o Grupo de intervenção em Luto e grupo de Relaxamento. Foi possível perceber: os critérios de inclusão em grupo, o funcionamento desta co-terapia, a estrutura/ seguimento



CESPU

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

das sessões, condições espaciais e materiais necessários para a realização dos mesmos. No fim de cada consulta, seja este individual ou grupal, foram partilhadas opiniões, pontos de vista e reflexões acerca da problemática e do seguimento do caso, entre mim e a Orientadora, o que permitiu o esclarecimento/ clarificação de algumas dúvidas e uma maior compreensão do caso. Esta fase de observação foi essencial para o primeiro contacto com a prática clínica pois permitiu a minha integração no contexto hospitalar, observação efetiva de conteúdos aprendidos na teoria e agora aplicação prática dos mesmos. Além disso, foi possível aprender também sobre os sistemas informáticos que permitem o registo de informação do paciente, o S. Clínico e o AIDA. Desta forma, a Observação permitiu-me a preparação para uma prática clínica autónoma.

Em janeiro, iniciei a minha prática clínica com observação por parte da minha orientadora nas primeiras consultas, e, posteriormente, de forma autónoma. Ao longo dos restantes meses de estágio, foram-me atribuídos 17 pacientes para acompanhamento psicológico individual.

Antes de cada primeira consulta, verificava o motivo de encaminhamento do paciente com o objetivo de perceber qual a problemática a abordar, o que me permitia traçar de antemão uma “guide line”. Iniciava então a consulta pela minha breve apresentação, seguindo-se a anamnese. Neste momento, procurava perceber alguns dados sobre o paciente, nomeadamente, a nível pessoal, social e laboral. Isto é, procurava dar resposta a questões tais como: com quem vive, respetivas idades, historial de doenças e atividade laboral; motivo do encaminhamento; história de doença atual e passada; envolvimento social/ suporte social; atividade laboral desempenhada/ atividade profissional; entre outros aspetos. A partir daqui, e tendo em conta o assunto que trazia o paciente à consulta, era desenhado um programa terapêutico personalizado e assim se seguiam as consultas seguintes.

A abordagem psicológica mais abordada foi a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC). Esta abordagem tem foco no presente, nos pensamentos, sentimentos e comportamentos e visa a redução do sofrimento emocional e o aumento do

comportamento adaptativo com base no significado que o indivíduo atribui à experiência. Por sua vez, este significado é contruído com base nas suas crenças ou valores (Ito & al., 2008).

A TCC assenta na teoria cognitiva e na teoria comportamental, e debruça-se sobre a forma como os indivíduos se sentem e explicam os eventos da vida, o que se constitui como um fator essencial na tomada de ação (He & al., 2017). Esta é uma metodologia estruturada, de curto prazo e diretiva, que permite a resolução de problemáticas tais como: Luto Complicado, Transtorno de ansiedade, Depressão, entre outros.

Desta forma, a TCC enfatiza a reestruturação cognitiva e o indivíduo apresenta um papel ativo no seu tratamento, onde procura identificar perceções distorcidas e pensamento negativo e disfuncional e o substitui por pensamento mais lógico e funcional (Powell, & al., 2008). Outras técnicas utilizadas consistiram em: dessensibilização sistemática, relaxamento, modificação cognitiva, treino de assertividade, controle de stress e resolução de problemas (Leichsenring et al., 2006).

3.2. Avaliação psicológica e neuropsicológica

A Avaliação Psicológica tem como principal objetivo, entre outros, a compreensão de processos psicológicos do paciente e traços de personalidade do mesmo. Já a Avaliação Neuropsicológica tem como objetivo traçar um diagnóstico diferencial, identificar comprometimento em determinadas áreas e avaliar o grau de deterioração mental. Para tal, o profissional de saúde recorre a testes neurológicos e psicológicos específicos e validados para a população portuguesa (2003 cit in Vieira et al. 2007). A aplicação destes, tem como objetivo explorar determinadas hipóteses de diagnóstico diferencial previamente estabelecidas, bem como, a presença ou ausência de défice cognitivo e nível de funcionamento do indivíduo, permitindo ao profissional de saúde desenhar o programa terapêutico adequado à situação. De ressaltar que a avaliação neuropsicológica não se baseia apenas em resultados de testes aplicados, mas também na entrevista clínica e

observação comportamental. Posteriormente, os seus resultados são interpretados tendo em conta idiosincrasias do paciente (Vieira et al., 2007).

Durante o meu estágio curricular, foram solicitadas imensas avaliações psicológicas e neuropsicológicas sobretudo pelo médico psiquiatra, mas também pelo tribunal e médico de família, com o intuito de auxiliar em diagnósticos, verificar défices cognitivos existentes e nível de incapacidade, psicopatologia ou traços de personalidade. Estes, tinham muitas vezes, como finalidade, a averiguação da necessidade de reforma e baixa médica por incapacidade.

A avaliação normalmente decorria em apenas uma consulta, pelo que, nessa mesma, era feita uma pequena anamnese do paciente, aplicada a avaliação e informado o paciente de que os resultados da mesma seriam devidamente tratados e colocados à disposição do médico que efetuou o pedido. Posteriormente, procedia-se então à análise, cotação e interpretação dos dados obtidos, o que me permitia a realização de um Relatório de avaliação psicológica (Anexo 2).

Inicialmente, tive a oportunidade de observar as consultas o que me capacitou de autonomia necessária para a realização das mesmas. É possível contabilizar a aplicação de 25 avaliações psicológicas e neuropsicológicas, através dos seguintes instrumentos (Anexo 3):

- Escala de Inteligência de Wechsler para Adultos–3ª Edição (WAIS-III – Ferreira et al., 2008);
- Addenbrooke’s Cognitive Examination (ACE-III – Peixoto et al., 2018);
- Teste de Inteligência Não Verbal (TONI 2 – Brown et al., 1995);
- Questionário Mini-Mult (Kincannon, 1968);
- Rorschach (Adrados, 1982);
- Symptom Checklist-90 Revised (SCL 90-R - Derogatis & Unger, 2009);

Desta forma, pude perceber quais os instrumentos mais adequados tendo em conta o tipo de avaliação requerida e respetiva aplicação, análise e interpretação dos seus resultados.

3.3. Atividades de grupo realizadas

Um grupo terapêutico é um conjunto de indivíduos que partilham uma mesma dificuldade/ problemática e que podem tirar proveito positivo do mesmo. O estágio curricular permitiu-me estar presente na realização de dois grupos terapêuticos: Grupo de Relaxamento e Grupo de Pais em Luto.

3.3.1. Grupo de Relaxamento

O Grupo de Relaxamento destina-se a indivíduos cuja ansiedade se encontra em valores muito elevados, influenciando negativamente o seu bom funcionamento. Este grupo terapêutico tem como objetivo a aprendizagem de formas corretas de respiração abdominal, bem como, de várias técnicas de relaxamento para posterior treino no dia a dia do indivíduo.

O Grupo de Relaxamento no qual tive oportunidade de participar decorreu no Hospital de Amarante contou com 10 pacientes que apresentavam sintomas de ansiedade e realizou-se entre 16.10.2022 e 21.12.2023, com sessões semanais de 1 horas, realizadas às quartas-feiras às 9h, totalizando 11 sessões. É possível verificar o programa das sessões que foi previamente definido, no anexo 4.

Relativamente a esta temática, a Ansiedade, elaborei uma apresentação PowerPoint educativa acerca do mesmo e que teria uma finalidade psicoeducativa no Grupo de Relaxamento. Elaborei ainda um folheto informativo com esta temática, para ser entregue aos elementos do grupo.

Participar do Grupo de Relaxamento foi o meu primeiro contacto com um grupo terapêutico e mostrou-se extremamente importante na medida em que me permitiu

perceber os critérios para construção do mesmo, técnica e toda a sua dinâmica de funcionamento e benefícios.

3.3.2 Grupo de Intervenção em Luto

O Grupo de Luto destina-se a indivíduos que se encontram a passar por um processo de luto complicado e tem como objetivo a aprendizagem de diversos conteúdos acerca do processo de luto, partilha de experiências, expressão de emoções, entreajuda entre os membros do grupo, entre outros aspetos.

O Grupo de Luto no qual tive oportunidade de participar decorreu num Centro Hospitalar e contou com 13 pais enlutados que apresentavam Critérios de Luto complicado. Realizou-se entre 15.11. 2022 e 25.07.23, com sessões mensais de 1 horas, realizadas às terças-feiras às 19h, totalizando 10 sessões. Tendo em conta que o horário das sessões de Grupo de Intervenção em Luto é um horário privilegiado para consultas individuais dada maior disponibilidade de gabinetes livres, a minha participação no grupo foi interrompida após a terceira sessão. É possível verificar o programa das sessões em que estive presente, no anexo 5.

Elaborei uma apresentação PowerPoint com a temática de Luto Complicado (Anexo 6) e procedi à sua apresentação na segunda sessão de grupo de Intervenção em luto. Esta atividade teve um carácter educativo e visou educar os enlutados sobre o processo de luto e as suas particularidades. Elaborei também um folheto informativo, que foi entregue aos participantes do grupo (Anexo 7).

Participar do Grupo de Luto foi, com certeza, uma mais-valia no meu percurso académico, dando-me as ferramentas necessárias para a minha futura prática clínica enquanto profissional de saúde.



CESPU
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

3.3.3 Outras atividades desenvolvidas

Particpei na Reunião Científica- “A criança com necessidades especiais”, que decorreu no Centro Hospitalar (Anexo 9). Realizei, ainda, uma apresentação PowerPoint para psicoeducação sobre Viver com Ostomia (Anexo 8).

Capítulo II

Estudo de Caso

No decorrer do estágio curricular, acompanhei vários casos clínicos. Neste capítulo irei apresentar um deles.

Para preservar a confidencialidade da utente, esta será nomeada por “L”.

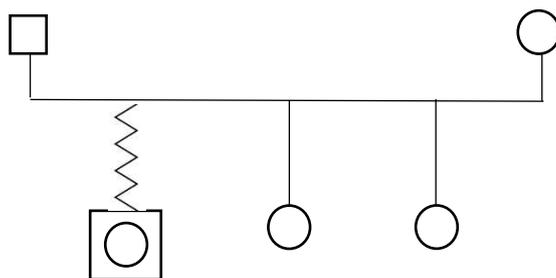
1.1 Dados de identificação

L. nasceu a 13.09.2001, tem 21 anos, é do sexo feminino e é estudante. A utente é solteira e natural de Portugal, residindo no distrito do Porto com a mãe, o pai e 2 irmãs mais novas. Esta paciente encontra-se no último ano de licenciatura na Escola Superior de Media Artes e Design (ESMAD), de momento a realizar estágio.

1.2 Motivo de encaminhamento

L. foi encaminhada pelo médico psiquiatra devido a Sintomas de Ansiedade e isolamento social. Quando questionada sobre o motivo da consulta, L. refere ser muito ansiosa com ocorrência de ataques de pânico, dificuldade na expressão de emoções e dificuldades de relacionamento social. Foi possível explorar inseguranças e traumas de infância relativos a situações de bullying.

1.3. Genograma





CESPU

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Legenda:



Homem



Mulher



Relação conflituosa



Paciente

1.4 Fontes de informação

Foi utilizada a entrevista clínica e Consulta do Processo Clínico para recolha da história clínica de L.

1.5 História Pessoal e Familiar

L nasceu a 13.09.2001 e é a mais velha de uma fratria de 3 irmãs. Nasceu de uma gravidez planeada e desejada. A mãe tem atualmente 44 anos e trabalha em confeitaria, o pai tem 50 anos e é serralheiro. As irmãs têm 8 e 17 anos são estudantes.

Não frequentou o Pré-escolar, ficando aos cuidados dos avós, com quem saía de casa, passeava e brincava no campo.

Aos 6 anos, ingressou na escola primária. Tinha má relação com colegas, funcionários e professores. Relata que “brincava sozinha, sentia-me excluída” Sic. Refere ainda má adaptação à escola: "Acho que nunca me adaptei bem a escola" Sic. Relata episódio em que aos 8 anos, estava a realizar uma prova de avaliação e se sentiu mal, pelo que, pediu autorização à professora para se levantar e sair da sala. Autorização essa que lhe foi negada, tendo acabado por vomitar na sala de aula, sentindo-se humilhada na frente de toda a turma. Relata outra situação em que se sentiu mal ao subir umas escadas, pediu auxílio e a professora ignorou, sendo mais uma vez “gozada” pelos colegas. Diz ter sido



CESPU

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

após este período que percebeu “ que as pessoas não eram boas” e começou a isolar-se”.
Passou para o ensino básico com boas notas pois era boa aluna.

No ensino básico também não criou ligação com nenhum colega e ficava sozinha nos intervalos. Não mantinha contacto com professores nem funcionários. Aqui sofreu Bullying “Gozavam muito comigo”, pelo que, trocou de turma no seu 6º ano. E foi neste ano, aos 12 anos, que começou a ter ideação suicida, sem plano de passagem ao ato. Manteve-se boa aluna.

No secundário voltou a ter pessoas da sua turma que recorda terem “gozado” consigo anteriormente. Neste período manteve-se sem relação com colegas, mas com boa relação com funcionários e professores. Também aqui, se manteve com boas notas.

Terminado o Ensino Secundário, L. queria ingressar no curso de Ciências Biomédicas, mas foi impossibilitada devido à sua média ser inferior à que necessitava para tal. Os pais de L, influenciados pelos tios e porque a comparavam sempre com a prima, não lhe deram opção de escolha e este ingressou no curso de enfermagem. Curso este que a mesma não queria. Neste período, L alertou os pais para o facto de terem de levar o avô ao médico, pois estaria num processo demencial e os mesmos não lhe “deram ouvidos”, dando apenas “ouvidos” aos tios, que desvalorizavam a situação. Frequentou durante 2 anos este curso, com muito sacrifício pois não gostava e no seu segundo ano de faculdade, o avô foi diagnosticado com Demência e L. diz ter ficado “ a sentir-se culpada por não se ter imposto mais”. Foi aqui que chegou ao seu limite. L. deixou de comer, de dormir, começou a manifestar comportamento de automutilação (arranhava-se) e permaneceram os pensamentos suicidas dado o sofrimento pelo qual estava a passar. Foi neste momento que revelou aos pais por tudo o que tinha passado nos seus anos de escola, até então escondido.

Posteriormente, teve a oportunidade de ingressar em outro curso académico. Escolheu o curso de Design Imobiliário e Espaços, em Vila do Conde. Mudou-se para esta cidade para estudar, onde partilhou casa com 2 rapazes durante 2 anos e diz ter-se

sentido muito bem pois dava-lhe independência de que necessitava. Deixou de ter ideação e conseguiu fazer amizades.

Chega à nossa consulta muita ansiosa por 2 motivos. Encontrava-se em fase de exames e estes eram uma fonte de ansiedade para si, e, por outro lado, por se encontrar no último ano de faculdade, aproximava-se o período de estágio. O qual iria ser realizado numa empresa na sua área de residência, pelo que, teria de voltar a viver em sua casa o que sentia “retirar liberdade” Sic, provocando-lhe elevados níveis de ansiedade.

Uma outra preocupação explanada pela própria na primeira consulta, era relativa a relacionamentos amorosos. A própria, passou por 2 terminos recentemente. Quando iniciou as consultas teria terminado há 3 meses um relacionamento que durou 9 meses, alegadamente devido a falta de comunicação por parte de L. Anteriormente, já tinha tido um relacionamento de 5 meses que terminou por lhe provocar sentimentos de insegurança, “ele deixava-me insegura” Sic.

L., queixa-se de dificuldade na expressão de emoções, de dificuldade de relação com os pais “A relação é de altos e baixos”, “Queixam-se quando não falo e quando falo dizem para me calar” Sic., e dificuldade de comunicação com os mesmos: “Dizem que enquanto viver debaixo do teto deles, eles é que mandam” Sic.

Neste momento, verificava-se ausência de relacionamento social, tendo deixado de sair e de comunicar com os amigos de faculdade. Acusa os pais de não lhe permitirem sair nem conhecer gente nova.

Entretanto, iniciou o estágio no início do mês de março de 2023 numa empresa de mobiliária, com a duração de 5 meses. Refere que está a gostar, que está a correr bem, mas que “as pessoas são falsas, falam nas costas” Sic.

Após este período, ingressará no mercado de trabalho, o que a deixa ansiosa e constantemente preocupada com o que virá no futuro. Quando o estágio terminar, pretende trabalhar alguns anos por conta de outrem para juntar dinheiro para alavancar o



seu próprio negócio e sente que não é apoiada pelos pais. Mais uma vez, sente que os pais não depositam confiança em si e nas suas capacidades. L. apresenta uma relação conflituosa com os pais, com muita dificuldade de comunicação com estes e registo de várias discussões. Exemplo dessas discussões são os diferentes pontos de vista no que diz respeito aos limites de poder de superiores hierárquicos no trabalho. O pai defende que no trabalho tem de obedecer piamente aos superiores, sem questionar e permitir-se ser desrespeitado verbalmente. L. Refere que este a acusa de ser irrealista por querer criar a sua própria empresa em que não haja discriminação e que haja bom ambiente.

1.6. Informação Médica relevante e Psicofarmacologia

Verificando o seu processo clínico, foi possível perceber que L. está medicada com antidepressivos (Sertralina e Trazodona), um antipsicótico (Quetiapina) e ansiolíticos (Loflazepato). Em SOS poderá tomar também o ansiolítico Victan. Relativamente a doença psiquiátricas ou psicológicas na família, L. refere a ausência de doença psiquiátrica, dizendo que “são apenas stressados” (Sic).

1.7 Observação do Estado Mental e do Comportamento

L. apresentou-se à primeira consulta ansiosa, com uma postura reservada, pouco comunicativa, com dificuldade em se expressar e com dificuldade em manter contacto ocular.

Paciente vígil e orientada no tempo e no espaço, com comportamento adequado e colaborante. Discurso coerente, lógico e organizado, com diferenciação psicológica, insight e humor depressivo, bastante chorosa.

Com o avançar das consultas, facilmente e rapidamente se desenvolveu uma relação terapêutica de confiança, mostrando-se mais confiante em partilhar vivências, mais aberta a comunicar e mais relaxada.



CESPU

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

1.8 Diagnóstico

Tendo em conta a história Clínica de L., pode verificar-se que a mesma preenche os critérios para Perturbação de Ansiedade, categoria Perturbação de Pânico e Perturbação de Ansiedade Generalizada (APA, 2014).

A Perturbação de Ansiedade está associada a resposta emocional a ameaça iminente real ou percebida (medo) e a antecipação de ameaça futura (ansiedade) com perturbações comportamentais relacionadas. Como resposta ao medo, destacam-se os ataques de pânico. Na Perturbação de Pânico, o indivíduo sofre ataques de pânico inesperados recorrentes e encontra-se persistentemente apreensivo ou preocupado devido à eventualidade de voltar a sofrer ataques de pânico ou alterações desadaptativas de comportamento devido a estes ataques. Estes ataques são abruptos, caracterizados por medo ou desconforto intenso, acompanhados por sintomas físicos e/ou cognitivos (APA, 2014).

Tendo em conta os critérios desta perturbação, verifica-se que L., apresenta ataques de pânico recorrentes e inesperados acompanhados por: taquicardia, tremores, sensação de falta de ar e medo de perder o controle (Critério A); pelo menos um dos ataques foi seguido de um mês de apreensão ou preocupação persistente acerca de ataques de pânico adicionais (Critério B); a utente nega consumos de substâncias, pelo que, a perturbação não é consequência dos efeitos psicológicos de uma substância ou de outra condição médica (Critério C) e a perturbação não é mais bem explicada por outro transtorno mental (Critério D).

A Perturbação de Ansiedade Generalizada apresenta-se como ansiedade e preocupação excessiva acerca de diferentes assuntos. A intensidade, duração ou frequência da ansiedade e preocupação é desproporcional face à possibilidade real ou ao impacto do evento antecipado. Existe uma dificuldade em controlar a preocupação e evitar a intrusão de pensamentos preocupantes na realização de tarefas em questão. Normalmente, preocupam-se como vários aspetos da vida diária (APA, 2014).

Observando os critérios da Perturbação de Ansiedade generalizada, é possível constatar que L. apresenta ansiedade e preocupação excessivas, na maioria dos dias por pelo menos seis meses, devido a diversos fatores. Nomeadamente, a época de exames em que se encontrava na primeira consulta, a preocupação excessiva em ter de regressar a casa para realizar estágio perto da sua área de residência, a ansiedade decorrente dos terminos dos seus relacionamentos amorosos recentes, do seu futuro no que toca a querer construir a sua própria empresa e preocupação excessiva com o estado de saúde do avô (Critério A). L. considera difícil controlar a preocupação, uma vez que estes pensamentos são automáticos e intrusivos (Critério B) e esta ansiedade e a preocupação estão associadas a sintomas tais como: Inquietação ou sensação de estar com os nervos à flor da pele, fadiga e tensão muscular (Critério C), tendo implicação a nível de funcionamento social pois L. procura evitar sair de casa (ainda que inconscientemente) e evitar contacto social com medo de se cruzar com antigos bullies, um dos gatilhos para os seus ataques de pânico (Critério D). A perturbação não se deve aos efeitos fisiológicos de uma substância pois L. nega consumos de substâncias (Critério E) e a perturbação não é mais bem explicada por outro transtorno mental (Critério F).

1.9 Intervenção

Realizaram-se 5 consultas, entre 10.02.23 e 11.07.23, cada uma com duração de 50 minutos e realizaram-se mensalmente, de acordo com a disponibilidade de ambas.

Procurou-se desenvolver uma relação terapêutica assente na confiança e confidencialidade, de forma a conseguir obter uma boa recolha de anamnese. Recorreu-se também ao processo clínico de L. para recolha de mais informação.

Construída esta relação terapêutica e tendo em conta o motivo da consulta, bem como, as principais preocupações da utente, foi desenhado um plano de intervenção que teve por base o Modelo Cognitivo-comportamental (MCC). Para tal, recorreu-se às suas diferentes técnicas, tais como: psicoeducação, pensamento socrático, técnicas de relaxamento,

reestruturação cognitiva, distratibilidade, controlo de pensamentos automáticos disfuncionais, controlo do stress, treino de assertividade e capacidade de comunicação.

1.10 Processo de intervenção

A primeira consulta consistiu na apresentação, identificação do motivo da consulta e recolha de anamnese. Procurou-se obter dados tais como: com quem vive, idades, presença de doença, existência ou não de acompanhamento psicológico e psiquiátrico anterior, escolaridade, ocupação atual e principais preocupações atuais.

A utente apresentou-se à consulta chorosa, com humor depressivo, bastante ansiosa, com dificuldade em manter contacto ocular e com grande capacidade de insight. Quando questionada sobre o motivo da consulta, a mesma referiu a sua dificuldade em expressar emoções. Referiu os seus 2 términos de relacionamento amoroso recentes que tiveram por base, sobretudo, a falta de comunicação e inseguranças por parte da mesma. Reforça ainda a sua ansiedade face a este assunto, tentando explicar a sua “timidez” (Sic), com base em episódio de Bullying que alegadamente sofreu durante os seus anos de escola, onde diz ter começado a sentir-se ansiosa e a ter vários ataques de pânico.

De momento, L., encontra-se a morar em casa dos pais pois está a realizar exames o que a incomoda, a deixa mais irritada, inquieta e com dificuldade em dormir. Ou seja, aumenta a sua ansiedade, dada a difícil relação que mantém com os mesmos, “de altos e baixos” (Sic), sendo estes muito rígidos e pouco compreensivos o que traz problemas com os mesmos. Gostava de viver sozinha ou longe de casa, diz que sentia “paz” quando vivia em Vila do Conde com 2 rapazes. Refere ainda que “Os pais se queixam quando não falo e quando falo dizem para me calar” (Sic) e que se sente “presa” pois estes não a deixam sair e conhecer novas pessoas, desejo que mantém, uma vez que neste momento não tem amigos. Relativamente à relação com as irmãs, diz que esta é “mais ou menos”. Refere ansiedade excessiva e preocupação constante com vários aspetos da sua vida, nomeadamente, a preocupação com os exames, a preocupação por ter voltado para casa,



a ansiedade causada pelo término de relacionamento. Diz que esta ansiedade é constante, com pensamentos intrusivos.

Assim, nesta primeira consulta, dei espaço a L. para expressar o que mais a preocupava no momento. Esta começou a referir as principais preocupações, de acordo com a importância que estas têm na sua vida. Para terminar a consulta e tendo em conta a referida falta de relacionamento social e elevada ansiedade, orientei a paciente para iniciar a prática de atividade física, por exemplo, ginásio, pois seria bom não só para ajudar a controlar a ansiedade, mas também para conhecer novas pessoas. Sugeri ainda que tivesse uma conversa com os pais em que explanasse o seu sentimento em relação às proibições que lhe são impostas, tentando desconstruir pensamentos disfuncionais.

Iniciei a segunda consulta questionando L. sobre como tem passado os seus dias. L., iniciou o estágio no início do mês de março numa empresa de mobiliária que tem a duração de 5 meses. Após este período, ingressará no mercado de trabalho o que a deixa bastante ansiosa e preocupada com o que virá do futuro.

Tem ocupado os seus dias com o estágio e sem relação social com amigos. Desde que deixou de morar em Vila do Conde, que deixou de ter contacto (pessoal e virtual) com os amigos, sendo que estes eram os únicos com quem mantinha um vínculo de amizade e diz não ter sentido necessidade de sair de casa. Tem projetos futuros bem delineados e está segura de que deseja alavancar um negócio por conta própria, cujos princípios assentam no respeito e bom ambiente entre os colaboradores. Porém, sente que os pais não a apoiam nesse seu sonho e que a acusam de ser irrealista “eles não acreditam, não confiam em mim” (Sic), o que a deixa bastante ansiosa.

Nesta consulta, tentei identificar onde iniciou a sua ansiedade excessiva e qual foi o gatilho. L., não frequentou o pré-escolar, ficando ao cuidado dos avós, com quem saía, passeava, brincava no campo e era uma criança feliz. Entrou para a escola primária com a idade esperada, era boa aluna, mas brincava sozinha e sentia-se excluída pelas outras crianças. Diz que a relação com colegas, funcionários e professores era “má” Sic., e que teve uma difícil adaptação à mesma: “Acho que nunca me adaptei bem a escola” (Sic).



CESPU

**INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

Refere que terá sido neste período que percebeu “que as pessoas não eram boas” (Sic). E começou a “isolar-se”.

Aos 11 anos, ingressou no Ensino básico, onde sofreu bullying, pelo que, trocou de turma no 6º ano. Aqui também não conseguiu criar ligação com nenhum colega e ficava sozinha nos intervalos. Diz que não tinha contacto com professores nem funcionários e que se manteve boa aluna.

No Ensino secundário, voltou a ter pessoas na sua turma que recorda terem gozado consigo anteriormente, o que a deixou muito ansiosa. Continuou sem criar vínculo com colegas, mas refere boa relação com funcionários e professores e o bom desempenho escolar manteve-se.

Terminado o Ensino Secundário, queria fazer Curso de Ciências Biomédicas, mas não obteve vaga para entrar. Os pais não concordaram com esta decisão e L. foi forçada a ingressar no curso de enfermagem. Fez 2 anos de faculdade e aí foi o seu limite. Deixou de comer, dormir, começou a arranhar-se e tinha pensamentos suicidas. Foi neste momento que contou aos pais por tudo o que tinha passado nos seus anos de escola. Os pensamentos suicidas começaram no ensino básico com 12 anos, após um episódio de bullying e "mantiveram-se sempre" (Sic), mas sem estruturação de passagem ao ato. Atualmente não se verifica ideação suicida. No segundo ano de faculdade de enfermagem o avô manifestou sintomas de demência e L. avisou os pais da necessidade de consulta médica, mas estes não acreditaram, “dando ouvidos novamente aos tios” (Sic) L. apresenta sentimento de culpa "por não se ter imposto mais" (Sic). No estágio sente que as pessoas são falsas "falam nas costas" (Sic), e que não pode confiar, pelo que, mais uma vez, não criou um vínculo seguro. Apesar disso, está a gostar e está a correr bem.

Para terminar a consulta, questioneei se iniciou a prática de atividade física, tal como sugerido na consulta anterior e a mesma disse que falou aos pais na possibilidade de entrar no ginásio e os mesmos recusaram e comprar-lhe um saco de boxe para praticar em casa. Antes de terminar a consulta, L. referiu ainda sentimentos de culpa em relação à doença do avô. Aliviei esses sentimentos e frisei a importância de substituir os



pensamentos automáticos negativos por pensamento mais racional e, descentrar a sua atenção.

Sugeri que iniciasse pequenas caminhadas na natureza e não ficasse em casa isolada. Uma vez que me falou de uma vizinha que era amiga de infância e com quem tinha boa relação e que foi perdendo, sugeri que enviasse mensagem, que falasse um pouco com ela, perguntasse como tem estado, relembresse bons momentos que passaram juntas, contasse as novidades que tem.... E, de certa forma, se possível, reestabelecer uma amizade.

L., apresentou-se na terceira consulta com uma postura bastante diferente, com um sorriso enorme, mais bem arranjada e visivelmente feliz. Começou a namorar com um jovem coreano de 28 anos, que conheceu num site de encontros e estava radiante. Perguntei se já teriam feito videochamada e a mesma disse que não, apenas conversavam por mensagem... alertei para os perigos na internet, de perfis falsos, mas a mesma estava certa de que não seria um perfil falso. Referiu que este tenciona vir a Portugal em agosto para passarem uma semana de férias juntos. Já contou a mãe sobre o namoro e a reação foi de desconfiança. Não ganhou coragem para contar ao pai, tencionando contar apenas em agosto quando ele cá estivesse. Aconselhei a que fosse comentando aos poucos que está a conhecer uma pessoa, com quem se está a dar bem... para que a notícia não seja um choque e alertei também para a possível má reação dos pais a esta mesma notícia. Nesta consulta trabalhamos a assertividade, competências de comunicação e desconstrução de pensamento disfuncional e substituição por pensamento mais lógico.

L. passava por um período conturbado pois neste espaço entre consultas, avistou uma menina da qual tinha sido vítima de bullying, o que constituiu um gatilho para a sua ansiedade, tendo tido mais um ataque de ansiedade. Relatou vários sintomas, que são característicos da ansiedade: tremores, taquicardia, sensação de falta de ar e calafrios. Expliquei que são sintomas típicos da ansiedade, fazendo uso da técnica da psicoeducação. Percebi que, devido a este episódio, L. evita sair de casa para conhecer



novas pessoas com medo de encontrar novamente com estas pessoas e voltar a ter ataque de pânico que lhe provoca sofrimento.

Antes de terminar a consulta, questionei como correu a conversa com os pais. Esta “não correu bem porque dizem que por morar na casa deles, tenho de obedecer” (Sic) e não permitem a prática de ginásio por uma questão monetária. Sem grande adesão à terapêutica: não iniciou caminhadas, não tentou reatar amizade com vizinha, ficou em casa fechada e tenciona começar a fazer box em casa. Ensinei respiração diafragmática e pedi que praticasse várias vezes ao dia. As sugestões dadas na consulta anterior mantiveram-se, pois, a mesma ainda não teria colocado em prática.

Na quarta consulta, veio acompanhada pela mãe. O que foi muito positivo e importante pois permitiu ter a conversa que não era possível de outra forma entre mãe e filha. Foi possível explicar os sentimentos e preocupações de ambas e chegar a um acordo.

A mãe de L. deixou claro que não apoia a decisão que esta tomou de passar 2 semanas com o namorado (com quem ainda não teve contacto pessoal) mas que aceita a sua decisão e que, caso não corra bem, não lhe voltará as costas.

Foi possível ainda abordar incongruências tais como: L. sente que a mãe não lhe permite ter amigos, mas, em contrapartida, a mãe diz que Liliana não quer ter pois diz-lhe várias vezes que pode usar o seu carro para sair com os amigos. A mãe de L. refere que este desejo de sair de casa, ir morar longe ou ir de férias com o suposto namorado, é uma forma de fuga à realidade. Refere conflito familiar em relação ao que está a viver com o avô Demênciado. L. chora e refere novamente a preocupação constante que tem em relação ao estado de saúde do mesmo.

Uma vez chegado ao fim o tempo da consulta, voltei a referir a importância de desporto, por exemplo, a prática de exercício físico em ginásio, com o objetivo de, por um lado diminuir a sua ansiedade e que, por outro lado, conheça e conviva com pessoas. Desta vez a mãe de L. concordou, vai proceder à sua inscrição no ginásio. Voltei a alertar para os perigos da internet e sobre as características de utentes com demência,



nomeadamente a nível de alterações comportamentais e orientei para a substituição de pensamento negativos disfuncionais do avô por pensamento mais lógico pois o avô encontra-se estável no momento, fazendo assim uso da técnica de reestruturação cognitiva. L. sente que, pela primeira vez, está a tomar uma decisão por si e que tem o apoio e confiança da mãe, o que a deixa bastante animada e ajuda no controlo da ansiedade.

Para terminar, e dado que o meu período de estágio terminara, sugeri o grupo de relaxamento, mas a mesma disse não se sentir confortável. Por esta razão, foi agendada mais uma consulta, a qual será a última comigo e a paciente foi informada de que, passará em consultas futuras a ser seguida por outro profissional.

A última consulta foi importante para perceber alguns aspetos que tinham ficado pouco esclarecidos em consultas anteriores e para perceber se havia algum assunto que achasse importante partilhar comigo e que não tivera oportunidade de partilhar anteriormente. Foi uma consulta de despedida.

1.11. Reflexão Pessoal sobre o Caso Clínico

L. foi o caso que escolhi para redação de Caso Clínico por se tratar de uma jovem com diagnóstico de Perturbação de Ansiedade. Esta, afeta, de facto, a sua qualidade de vida podendo tornar-se mesmo incapacitante caso não seja tratada.

Dada a postura com que se apresentou inicialmente à consulta, numa primeira análise, julguei que seria complicado intervir junto desta jovem, por esta se mostrar pouco confiante e muito calada. No entanto, e talvez devido à proximidade de idades, rapidamente se criou uma aliança terapêutica assente na confiança e confidencialidade. Aqui, pude perceber que esta jovem apresentava uma grande capacidade de insight, sendo já um assunto sobre o qual havia uma grande reflexão. A utente em questão, foi capaz de identificar facilmente o que lhe causava preocupação e o que estava na sua origem.



CESPU

**INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

Analisando o trajeto de vida de L., constata-se a dificuldade que é viver com esta problemática e a forma como ela tenta lidar com isso. É notória a evolução de L, que inicialmente se apresentou muito chorosa, muito tímida e calada e que, ao longo das sessões se foi mostrando uma jovem divertida e cheia de sonhos. Alguém que passou por um passado difícil e que apresenta capacidade de se reconstruir, não se rendendo aquilo que era esperado e desejado que ela fosse, por pressão de familiares.

L. continuará a ser acompanhada por uma psicóloga da instituição, em consultas individuais com o objetivo de dar continuidade ao processo psicoterapêutico desenvolvido até ao momento.

Conclusão

Chagado ao fim o meu estágio curricular e a elaboração deste relatório de estágio, tenho a oportunidade de refletir sobre esta que foi uma etapa bastante desafiadora na minha vida. Neste relatório, procurei sintetizar aquilo que foi o meu ano de estágio e a forma como me foi possível aplicar na prática aquilo que aprendi nas aulas teóricas.

Este estágio curricular teve a duração de 8 meses. Foram meses de muito empenho, estudo e sobretudo crescimento a nível pessoal e profissional.

Este estágio constitui-se como uma experiência bastante enriquecedora no meu percurso, como pessoa e como profissional, na medida em que me permitiu ter o primeiro contacto clínico com a fragilidade humana, com a vulnerabilidade e com o sofrimento do outro. Permitiu-me aprender a compreender o sentimento do outro quando nem mesmo ele se compreende, analisar e identificar sintomas, diagnosticar, traçar um plano de intervenção e dar um prognóstico. Aprender a importância e particularidades dos diferentes contextos: consulta individual, consulta grupal e internamento. Bem como, a grande variedade de situações que se constituem como sendo um problema para a pessoa, as diversas problemáticas abordadas, o que me deu bastante manejo dos diferentes temas. De salientar ainda a importância do estabelecimento de uma aliança terapêutica, assente

na confidencialidade e confiança, onde a empatia e respeito pelo outro deve estar sempre presente. Tudo isso foi fundamental para o sucesso na realização deste estágio curricular.

Muito devo às minhas orientadoras, pelo ensino e partilha de experiência, transmitindo-me muito saber, tranquilidade e confiança. A Orientadora foi incansável desde o primeiro momento e conseguiu na perfeição balizar entre me permitir ter autonomia necessária para desempenho das minhas funções. Tal como a Supervisora, facultou-me a supervisão/ apoio em tudo o que necessitei.

Fica o sentimento de gratidão pelo acolhimento fantástico de toda a equipa do Centro Hospitalar e a certeza de que há 4 anos tomei a decisão certa na minha vida.



CESPU

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Referências bibliográficas

- Agostinho, T. F., Donadon, M. F., & Bullamah, S. K. (2019). Terapia cognitivo-comportamental e depressão: Intervenções no ciclo de manutenção. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 15(1), 59–65. <https://doi.org/10.5935/1808-5687.20190009>
- American Psychiatric Association. (2014). DSM-V: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (5ª edição). Climepsi Editores.
- An, H., He, R.-H., Zheng, Y.-R., & Tao, R. (2017). Cognitive-Behavioral Therapy. *Advances in Experimental Medicine and Biology*, 1010, 321–329. https://doi.org/10.1007/978-981-10-5562-1_16
- Ávila-Espada, A. & Jiménez-Gómez, F. (2000). Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota - 2. Madrid: TEA Ediciones
- Gonçalves, M. A., Moura, O., Castro-Caldas, A., & Simões, M. R. (2017). Searching for a neurologic injury's Wechsler Adult Intelligence Scale-Third Edition profile. *Applied Neuropsychology: Adult*, 24(5), 457–464. <https://doi.org/10.1080/23279095.2016.1199429>
- Gonçalves, M. D. A., Simões, M. R., & Castro-Caldas, A. (2017). Interpreting WAIS-III performance after primary brain tumor surgery. *Applied Neuropsychology: Adult*, 24(1), 42–49. <https://doi.org/10.1080/23279095.2015.1084508>
- Ito, L. M., Roso, M. C., Tiwari, S., Kendall, P. C., & Asbahr, F. R. (2008). [Cognitive-behavioral therapy in social phobia]. *Revista Brasileira De Psiquiatria (Sao Paulo, Brazil: 1999)*, 30 Suppl 2, s96–s101. <https://doi.org/10.1590/s1516-44462008000600007>
- Leichsenring, F., Hiller, W., Weissberg, M., & Leibing, E. (2006). Cognitive-behavioral therapy and psychodynamic psychotherapy: Techniques, efficacy, and indications. *American Journal of Psychotherapy*, 60(3), 233–259. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2006.60.3.233>
- Lopes, P., Barreira, D.P. & Pires, A.M. (2001). Tentativa de suicídio na adolescência: avaliação do efeito de género na depressão e personalidade. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 2(1):47-57.

Machado, A., Baeta, É., Pimentel, P., & Peixoto, B. (2015). Psychometric and normative indicators of the Portuguese version of the Addenbrooke's cognitive examination-III. Preliminary study on a sample of healthy subjects. *Acta Neuropsychologica*, 13(2), 127–136.

Silva, N. M., Santos, M. A. D., Barroso, B. C. T., Rosado, S. R., Teles, A. A. D. S., &

Sonobe, H. M. (2019). Estratégias de Atendimento Psicológico a Pacientes Estomizados e seus Familiares. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 39, e178982.

<https://doi.org/10.1590/1982-3703003178982>

Tonetto, A. M., & Gomes, W. B. (2007). A prática do psicólogo hospitalar em equipe multidisciplinar. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 24, 89–98.
<https://doi.org/10.1590/S0103-166X2007000100010>

Vieira et al. (2007), Avaliação Psicológica, neuropsicológica e recursos em neuroimagem: novas prespectivas em saúde mental. *Aletheia*, 26, p. 181-195.

Weiner, Irving B.; Craighead, W. Edward (2010). A *Enciclopédia Corsini de Psicologia* || *Lista de Verificação de Sintomas-90-Revisada.* , (), –
. doi:10.1002/9780470479216.corpsy0970

Capítulo III- Anexos



CESPU

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Anexo 1- Cronograma das atividades

Atividade/ Mês	outubro	novembro	dezembro	janeiro	fevereiro	março	abril	maio	junho	julho
Observação de acompanhamento psicológico	■	■	■	■	■	■	■	■		
Observação de Avaliações Psicológicas e Neuropsicológicas		■	■	■	■	■				
Prática Clínica Supervisionada		■	■	■	■	■	■	■	■	■
Co-terapia em Grupo de Relaxamento	■	■	■	■	■	■				
Co-terapia em Grupo de Pais em Luto		■	■	■	■	■	■			
Realização do Capítulo I		■	■	■	■	■	■	■	■	
Realização do Capítulo II		■	■	■	■	■	■	■	■	■
Reflexão Final									■	■

Anexo 2 – Exemplo de Relatório de avaliação Psicológica

Relatório de Avaliação Psicológica

Doente: P.S

Data de nascimento: aaaa-mm-dd

Escolaridade: 4ª classe

COMPORTAMENTO OBSERVÁVEL

Humor Eutímio, discurso espontâneo, postura adequada e colaborante.

AVALIAÇÃO DE DÉFICES FUNCIONAIS

- Avaliação cognitiva de Addenbrook:

Atenção e Orientação

Orientação: Défice cognitivo moderado

Retenção: Ausência de défice cognitivo

Atenção e Cálculo: Défice cognitivo ligeiro

Memória

Memória de evocação: Défice cognitivo ligeiro

Memória anterógrada: Défice cognitivo ligeiro

Memória Retrograda: Défice cognitivo significativo

Reconhecimento: Ausência de déficit cognitivo

Fluência Verbal: Déficit cognitivo moderado

Linguagem

Compreensão: Déficit cognitivo moderado

Escrita: Ausência de déficit cognitivo

Repetição: Déficit cognitivo ligeiro

Nomeação: Déficit cognitivo ligeiro

Leitura: Ausência de déficit cognitivo

Visuo-espacial

Capacidade visuo-espacial: Déficit cognitivo ligeiro

Percepção: Ausência de déficit cognitivo

IMPRESSÕES CLÍNICAS, INFERÊNCIAS E CONCLUSÕES

- A avaliação do índice de deterioração mental aponta para percentis situados num nível deficiente, sugerindo uma provável deterioração mental.
- Verificam-se défices cognitivos ligeiros ao nível da Atenção e Orientação, Linguagem e Capacidade visuo-espacial, e défices cognitivos moderados ao nível da Fluência Verbal.
- Relativamente à memória, apresenta um déficit ligeiro, à exceção da memória retrograda, em que apresenta um déficit significativo.



CESPU

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

- Aconselhável reavaliar no prazo de 1 ano.

Anexo 3- Instrumentos de Avaliação Psicológica

Escala de Inteligência de Wechsler para Adultos–3ª Edição (WAIS-III – Ferreira et al., 2008);

É um instrumento usado para avaliação da Inteligência. É constituído por 14 subtestes: 11 principais e 3 facultativos, dos quais, 7 são subtestes verbais e outros 7 são subtestes de realização. Permite a análise e interpretação de: Quociente de Inteligência da Escala Completa; Quociente de Inteligência Verbal e Quociente de Inteligência de Realização; Índices; subtestes (Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação).

Addenbrooke’s Cognitive Examination -ACE-III - (ACE-III – Peixoto et al., 2018);

É um instrumento breve de rastreio cognitivo que avalia diferentes domínios cognitivos: atenção, memória, fluência verbal, linguagem e o domínio visuoespacial (Machado et al., 2015). A pontuação máxima é de 100 pontos e verifica-se que, quanto mais elevado o resultado, melhor o funcionamento cognitivo.

Teste de Inteligência Não Verbal (TONI 2 – Brown et al., 1995);

Avalia a capacidade de resolver problemas sem a influência da linguagem, cultura e habilidades motoras. É composto por duas formas, A e B, com 55 elementos. As pontuações diretas podem ser convertidas em Quocientes de inteligência ou percentis (Edipsico).

Questionário Mini-Mult (Kincannon, 1968);

É uma versão reduzida do Inventário de personalidade Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI). Permite identificar traços de personalidade específicos

e assim identificar a existência de aspetos da personalidade normal e patológica (Lopes et al., 2001).

É Composto por 71 itens que correspondem a escalas de validade e clínicas. A cotação total permite a realização de um gráfico que aponta para a normalidade ou existência de patologia nas dimensões avaliadas (Ávila-Espada & Jiménez-Gómez, 2000).

Rorschach (Adrados, 1982);

É um teste projetivo constituído por dez pranchas com manchas de tinta simétricas, algumas coloridas, outras a preto e branco. Permite identificar a organização básica da estrutura da personalidade do sujeito avaliado.

Symptom Checklist-90 Revised (SCL 90-R - Derogatis & Unger, 2009);

É um inventário de sintomas de autorrelato de 90 itens que permite a medição sintomas psicológicos e sofrimento psicológico. Este, é avaliado em nove dimensões de sintomas primários e três pontuações globais. As dimensões avaliadas são: Somatização, Obsessivo-Compulsivo, Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Ansiedade, Hostilidade, Ansiedade Fóbica, Ideação Paranóide e Psicoticismo. As medidas globais são referidas como o Índice de Gravidade Global, o Índice de Angústia de Sintomas Positivos e o Total de Sintomas Positivos (Weiner & Al., 2010).

As pontuações permitem obter percentis.

Anexo 4- Sumário das Sessões de Grupo de Relaxamento

Dia 19.10.23

I sessão do grupo de relaxamento
Apresentação do grupo e das regras do mesmo
Psicoeducação sobre ansiedade

Dia 26.10.23

II sessão do grupo de relaxamento
Acolhimento dos novos elementos
Exercícios respiratórios
TPC: treino da respiração diafragmática

Dia 02.11.23

III sessão do grupo de relaxamento
Técnica do treino Autógeno de Schultz
Técnica do Lugar seguro
TPC: respiração + peso na mão

Dia 09.11.23

IV sessão grupo relaxamento
Técnica do treino autógeno de Schultz
Exercício do lugar seguro
Meditação vasos sanguíneos
TPC: peso+calor

Dia 16.11.23

V SESSÃO GRUPO RELAXAMENTO

Treino Autógeno de Schultz

Exercício do lugar seguro

Meditação do vaso rachado

TPC: Acrescentar respiração

Dia 23.11.23

VI Sessão de grupo de relaxamento

Treino Autógeno Schultz

Exercício do lugar seguro

Meditação com sábio

TPC: Peso+ calor + respiração

Dia 30.11.23

VII sessão do grupo de relaxamento

Treino autógeno de Schultz

meditação do animal de poder

Dia 07.12.23

IX sessão de relaxamento

Treino Autógeno de schultz

Luar seguro

Meditação com Chakras

Dia 14.12.23

X sessão do grupo de relaxamento

Treino autógeno de Schultz

Exercício do lugar seguro

Meditação do balão vermelho

Dia 21.12.2023

XI sessão do grupo de relaxamento

Grupo de relaxamento

Técnica de Jacobson

Esclarecimento de dúvidas e encerramento do grupo

Anexo 5- Sumário das Sessões de Grupo de Pais Enlutados

Dia 15.11.22

I sessão do grupo de Pais em Luto

Apresentação dos participantes e dos terapeutas

Apresentação dos objectivos

Apresentação do programa

Exercício de meditação

Dia 13.12.22

II sessão grupo de pais em luto

Sessão psicoeducacional

TPC: carta

Dia 10.01.23

III sessão grupo de pais em luto

Recolha de informação das festas de fim de ano

Verificação da carta pedida

TPC: Carta de devolução

Anexo 6- Apresentação PowerPoint: Luto Complicado



Luto: Perda de um filho

2022|2023

Saúde e qualidade de vida

- Saúde- Estado de bem-estar físico, mental e social completo e não somente a ausência de doença ou doenças (OMS).



- Conceito subjetivo e multidimensional:
Saúde física; Saúde mental, nível de independência, relações sociais que o indivíduo apresenta, crenças e convicções pessoais e a sua relação com os aspetos importantes do meio ambiente.

Morte e Perda

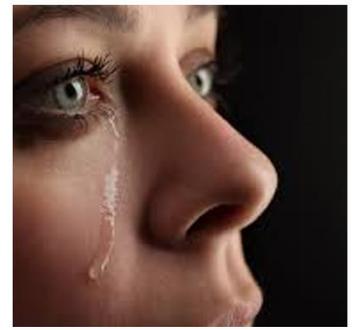
Os rituais transmitem uma certa estabilidade, permitem a coesão social, ajudando a pessoa que se encontra de luto a gerir e saber o que fazer, sentir e agir perante o luto.

Sempre que uma pessoa passa por uma perda significativa, atravessará um período de luto, até recuperar a sua "energia vital"

(Szalita, 2015)

Luto

- Luto diz respeito a uma resposta natural à perda de qualquer pessoa ou coisa com que se construiu um vínculo afetivo. É um processo psicológico único e universal que conduz à adaptação a uma nova realidade (Barreto & Soler, 2008).



Luto

- A maneira como o indivíduo vivencia a experiência de luto é singular e sofre influência interna e externa.

- É um processo essencial (Worden, 2013) e é uma experiência de fragmentação de identidade, afetando a pessoa a vários níveis (Puigarnau, 2010).



Luto saudável vs Luto complicado

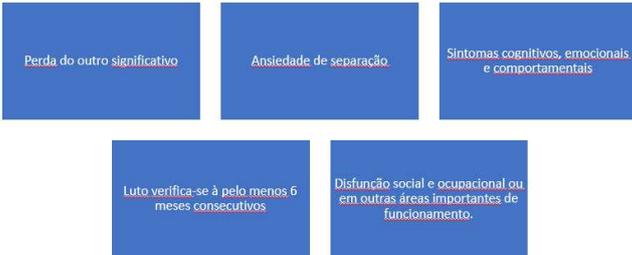
Em determinados casos, a perda parece dar origem a psicopatologia, disfuncionalidade e persistência de sintomas, de maneira angustiante, persistente e incapacitante (Boelen et al., 2019) - luto complicado.

Diferencia-se do luto "saudável", que direciona o indivíduo para sentimentos de tristeza, falta de apetite e insônia e que afeta a vida do enlutado, mas numa proporção menor, podendo este lidar com a perda utilizando os seus próprios recursos e com suporte social.





Luto complicado no DSM-V



Fases do luto

Embora a forma como cada indivíduo vivencia o luto seja única e individual, existem determinadas fases pelas quais o indivíduo normalmente passa durante este processo.

- Choque e negação** - Reação inicial e imediata face à notícia da perda, onde o indivíduo não reconhece inicialmente a perda;
- Protesto** - Saudade e procura da pessoa falecida, uma sensação de presença e início gradual de tomada de consciência da perda;
- Desorganização** - choro e a raiva, comportamento desorganizado, o sentimento de solidão, o confronto com a permanência da perda;
- Desvinculação/aceitação** - Quando o indivíduo se adapta à perda, reorganizando-se e retomando o seu funcionamento *normative*.

A passagem por estas fases podem apresentar avanços e retrocessos, não sendo linear.



Tarefas do processo de luto

J. William Worden (1998; 2013), propõe um modelo de tarefas do processo de luto, as quais não precisam necessariamente de serem realizadas numa ordem rígida, sequencial e particular, podendo ser revistadas ou vividas em simultâneo. Estas, representariam desafios psicossociais adaptativos associados a um processo de luto.

- Tarefa I- Aceitar a realidade da perda;
- Tarefa II- Experimentar as emoções / dor da perda;
- Tarefa III- Adaptar-se a um novo contexto;
- Tarefa IV- Recolocar emocionalmente a pessoa que faleceu

Manifestações clínicas do luto

- A reação normal à perda constitui o processo de Luto e caracteriza-se por manifestações de quatro tipos:
- 1) manifestações afetivas, nomeadamente humor depressivo, ansiedade, sentimentos de culpa, raiva, anedonia e solidão;
 - 2) manifestações comportamentais, como fadiga, comportamentos de procura, choro e isolamento;
 - 3) manifestações cognitivas, como preocupação com o ente falecido, baixa auto-estima, desânimo, lentidão no pensamento e perdas de memória;
 - 4) manifestações fisiológicas, como perda de apetite, distúrbios de sono, queixas somáticas e susceptibilidade para doenças (Stroebe et al., 2000)

Determinantes do Processo de Luto

Existem determinados fatores que poderão influenciar o modo como o enlutado irá vivenciar o seu processo de luto, facilitando ou dificultando este processo.

Segundo Parkes e Weiss (1983):

- Quem era a pessoa Perdida?
- Como era a qualidade da relação?
- Circunstâncias que rodearam a perda?
- Antecedentes históricos?
- Variáveis de personalidade?
- Variáveis sociais?



Indicadores que podem revelar dificuldades na elaboração do luto

Processo de luto dos pais

- As circunstâncias que envolvem a morte de um filho podem ser várias.
- Para a elaboração de um luto, são essenciais os rituais fúnebres, é necessário vivenciar a dor, encarar a perda e desenvolver competências para enfrentar as situações (mecanismos de coping).
- Seja qual for o motivo da perda de um filho, esta provoca nos pais sentimentos como angústia, culpa, dor, saudade e auto reprovação.
- Remete para a perda de um papel identitário (papel de progenitor) e do sentido de união e sucessão da geração. Muitos progenitores projetam nos seus filhos características pessoais, objetivos e expectativas, pelo que a perda de um filho implica, assim, a perda de aspetos do próprio self.





Processo de luto dos pais

- Se existir uma relação conjugal nos progenitores, a perda de um filho traz desafios acrescidos na própria relação conjugal, uma vez que ambos os parceiros precisam de regular as suas emoções individualmente e em interação com o parceiro, sendo também determinante a capacidade de apoiar e estar presente um para o outro (Dvregrov, Gjestad, & Karl, 2020).
- No entanto, pode também propiciar um momento de crescimento pessoal, autoconhecimento e autovalorização, na vida dos pais (Filho & Lima, 2017).



Anexo 7- Folheto informativo: Luto Complicado

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS DO LUTO

A reação normal à perda constitui o processo de Luto e caracteriza-se por manifestações de quatro tipos:

- 1) manifestações afetivas, nomeadamente humor depressivo, ansiedade, sentimentos de culpa, raiva, anedonia e solidão;
- 2) manifestações comportamentais, como fadiga, comportamentos de procura, choro e isolamento;
- 3) manifestações cognitivas, como preocupação com o ente falecido, baixa autoestima, desânimo, lentidão no pensamento e perdas de memória;
- 4) manifestações fisiológicas, como perda de apetite, distúrbios de sono, queixas somáticas e suscetibilidade para doenças.

(Stroebe et al., 2000)

PERDA DE UM FILHO

Pode ser considerada como uma das perdas mais cruéis e traumáticas, difícil de encontrar um significado, suscitando revolta e incompreensão, uma vez que vai contra a "lei da natureza", que implicitamente postula que os primeiros a morrer serão os mais velhos.

Não remete apenas para uma figura significativa, mas também a perda da esperança e da sensação de justiça no mundo e na vida (Wielink et al., 2020).

Remete ainda para a perda de um papel identitário, o papel de progenitor e do sentido de união e sucessão da geração. Muitos progenitores projetam nos seus filhos características pessoais, objetivos e expectativas, pelo que a perda de um filho implica, assim, a perda de aspetos do próprio self.

Luto parental



" A dor de uma perda é tão impossivelmente dolorosa, tão semelhante ao pânico, que têm que ser inventadas maneiras para se defender contra a investida emocional do sofrimento"
(Sanders,1999)

Departamento de Psiquiatria e Saúde mental
Serviço de Psicologia



Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, E.P.E.



CESPU

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

FUNCIONAMENTO DO GRUPO

O grupo de apoio é um lugar seguro, no qual é necessário assumir um compromisso:

- Assiduidade;
- Pontualidade;
- Confidencialidade;
- Realização dos T.P.C

Estes, são aspetos muito importantes para o sucesso da Intervenção em Grupo.

Objetivos:

- Estabelecimento de uma aliança terapêutica;
- Partilha/ expressão de sentimentos e clarificação dos mesmos;
- Partilha de experiências;
- Resolução de eventuais dificuldades de separação entre o enlutado e o ente querido;
- Promoção da coesão, autenticidade e mudança;
- Promoção de entreajuda entre os elementos do grupo.

LUTO: O QUE É?

É um processo psicológico, uma experiência humana, única e universal, onde a experiência emocional de enfrentar a perda pode ser designada de elaboração do luto, conduzindo à adaptação de uma nova realidade (barreto & soler, 2008).

Pode ser encarado como um processo necessário para que o enlutado possa ultrapassar a perda e adaptar-se à nova condição de vida sem a presença do seu ente querido (worden, 2013).

Caracteriza-se por ser uma experiência de fragmentação de identidade, produzida por uma rutura de um vínculo afetivo; uma vivência multidimensional que afeta não só o corpo físico e as emoções, como também as relações com os outros e consigo mesmo, as crenças e pressupostos, o mundo interno existencial (Puigarnau, 2010).

FASES DO LUTO

Embora a forma como cada indivíduo vivencia o luto seja única e individual, existem determinadas fases pelas quais o indivíduo normalmente passa durante este processo. São elas:

- Choque e negação - Reação inicial e imediata face à notícia da perda, onde o indivíduo não reconhece inicialmente a mesma;
- Protesto - Saudade e procura da pessoa falecida, uma sensação de presença e início gradual de tomada de consciência da perda;
- Desorganização - choro, raiva, comportamento desorganizado, sentimento de solidão e confronto com a permeância da perda;
- Desvinculação/aceitação - Quando o indivíduo se adapta à perda, reorganizando-se e retomando o seu funcionamento normativo.

A passagem por estas fases pode apresentar avanços e retrocessos, não sendo linear.

Anexo 8- Apresentação PowerPoint: Viver com Ostomia

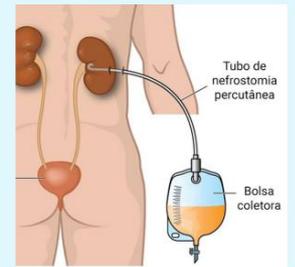
Ostomia- Uma difícil adaptação

D: [REDACTED]

2022|2023

O que é a Ostomia?

A palavra "Ostomia" vem do grego e significa exteriorização de qualquer víscera oca no corpo (Moreira et al., 2021). A ostomia diz respeito a uma abertura cirurgicamente realizada no abdômen, na qual se exterioriza parte dos intestinos, por um orifício. Isto é, o conteúdo será expelido por um novo caminho, para uma bolsa coletora externa (Barbutti et al., 2008).



O que é a Ostomia?

Existem vários tipos de ostomia, sendo as mais comuns:



- **Colostomia** – Abertura criada cirurgicamente no cólon (intestino grosso) através do abdômen.
- **Ileostomia** – Abertura criada cirurgicamente no intestino delgado através do abdômen.
- **Urostomia** - Abertura criada cirurgicamente para a drenagem de urina.

(Barbutti et al., 2008).

Ostomia: causas e repercussões

- Verifica-se a existência de várias causas que podem estar na origem para a necessidade de realização de uma ostomia. Podemos enumerar: patologias do sistema gastrointestinal (diverticulites), traumatismos colorretais, doenças congênitas ou inflamatórias, tumores colorretais, incontinência anal, colite isquêmica, etc. (Barbutti et al., 2008).



Ostomia: causas e repercussões



Independentemente da causa, este procedimento resulta em mutilação, com alterações funcionais dos órgãos de eliminação, alterações anatómicas e comportamentais que provocam alteração da imagem corporal do sujeito ostomizado.



Para além das alterações fisiológica, conduz a várias transformações no dia-a-dia do indivíduo, tanto a nível psicológico como emocional e social. Estas alterações, condicionam a sua vida familiar, afetiva, laboral e social.

Ostomia: causas e repercussões

- Como já referido anteriormente, este procedimento apresenta grande impacto na vida do ostomizado. Verifica-se:
 - Perda de um órgão;
 - Privação de controle fecal e de eliminação de gases;
 - Perda de autoestima e autoconceito (alteração da imagem corporal);
 - Perda de status social (isolamento);
 - Sentimento de inutilidade;
 - Sentimentos de depressão, revolta, desgosto, ódio, repulsa e inaceitação;
 - Alteração na dinâmica familiar;
 - Alteração na vida sexual (diminuição/perda da libido ou impotência);
- ✓ A reação e o comportamento podem variar ao longo do tempo e de pessoa para pessoa.

Perda de um órgão

- A ostomia e consequente perda do controle da função intestinal leva à necessidade de uso de equipamento coletor - a bolsa. Isto traduz-se, muitas vezes, em preocupação relacionada com o odor, som, visão e tato.
- Estão presentes sentimentos negativos que provocam sofrimento intenso na pessoa ostomizada, com consequente diminuição da qualidade de vida.



Perda de um órgão

- Além da Privação de controle fecal e de eliminação de gases, podem ocorrer outros problemas fisiológicos:
 - Distúrbios gastrointestinais e menor absorção de nutrientes (ileostomizados)
 - Desnutrição;
 - Indisposição;
 - Desânimo;
 - Fadiga crônica.



(Barbutti et al., 2008).

Autoestima e autoconceito

- Em virtude da alteração da imagem corporal do ostomizado, dá-se a perda de autoestima e autoconceito.
- Podem verificar-se sentimentos de alienação do próprio corpo pois o indivíduo sente-se diferente, com menos respeito e confiança em si.
- São estas alterações de imagem corporal que maior impacto têm a nível emocional e psicológico, pelo que, o indivíduo vai necessitar de se adaptar a esta nova condição para que consiga se reestabelecer.



Status social

- A ostomia tem implicação também ao nível do papel e do status do ostomizado na família e sociedade em que está inserido.
- Por vezes, o ostomizado incorpora o estigma social, o que dificulta a sua própria aceitação e o seu processo de adaptação a esta nova condição. É comum tentarem "esconder" este procedimento cirúrgico a que foram sujeitos.





Anexo 9- Certificado de Participação

A criança com necessidades especiais
24 fevereiro 2023 | 08:30 | Auditório HPA
Manhã de Enfermagem - NESIP

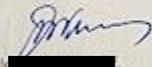


CERTIFICADO

Certifica-se que **Daniela Sofia Vieira Moreira da Costa** participou na Reunião Científica – “A criança com necessidades especiais” do Centro Hospitalar [REDACTED] que se realizou no auditório do Hospital [REDACTED] no dia 24 de fevereiro de 2023.

Penafiel, 24 de fevereiro de 2023

O CONSELHO DA ADMINISTRAÇÃO

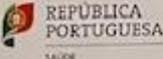


[REDACTED]

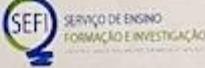
(Enf. Diretor)

Unidade Formativa Acreditada pelo Despacho n.º 13019/28 (2.ª Série), de 29 de julho, da Ministra da Saúde.
[REDACTED]

E: sefi@chcs.min-saude.pt | NIPC - NIF: 508 318 262

 **REPÚBLICA PORTUGUESA**
SAÚDE

 **SNS**
SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

 **SEFI** SERVIÇO DE ENSINO
FORMAÇÃO E INVESTIGAÇÃO



Programa

08:30 - Abertura do secretariado

09:00 - Suporte à Criança e Família com Necessidade Especiais

Moderadora: [REDACTED] - Serviço de Neonatologia

Dra. [REDACTED] - Assistente Social no [REDACTED]

Dra. [REDACTED] - Jurista no [REDACTED]

Dra. [REDACTED] - Psicóloga no [REDACTED]

10:00 - Sessão de Abertura

10:10 - Intervalo

10:30 - A Criança com Necessidades Especiais: Uma Realidade Emergente

Moderadora: Enf.ª R. [REDACTED] - Serviço de Pediatria

Dra. L. [REDACTED] - Pediatra na Consulta Neuro desenvolvimento [REDACTED]

Professora M. [REDACTED] - Diretora do Agrupamento de Escolas Daniel Faria

11:30 - Intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica à Criança com Necessidades Especiais

Moderadora: I. [REDACTED] - Consulta Externa de Pediatria

Enfermeira C. [REDACTED] - Professora Universidade Católica Porto

Enfermeiro [REDACTED] - Professor Universidade de Évora