

Relatório de Estágio

Ana Beatriz Nogueira Teixeira de Macedo

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

Gandra, **setembro de 2024**

Ana Beatriz Nogueira Teixeira de Macedo

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

Relatório de Estágio

Trabalho realizado sob a Supervisão de
Prof. Doutora Manuela Leite

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Eu, Ana Beatriz Nogueira Teixeira de Macedo, 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

Esta etapa foi marcada não só pela sua importância a nível profissional, mas também pessoal e por quem esteve presente.

À minha Orientadora, pelas suas partilhas, disponibilidade, conhecimento e procura constante de me polir profissionalmente.

À minha Supervisora, Prof. Doutora Manuela Leite, pelo encorajamento e auxílio.

A todos os profissionais que se cruzaram comigo, que sempre se disponibilizaram e contribuíram para a minha evolução.

Aos meus pais por lutarem tanto ou mais do que eu para que esta etapa fosse concluída.

A quem sempre me rodeou, por terem acreditado em mim quando nem eu própria acreditei.

A todos os pacientes que partilharam comigo a sua história, lágrimas e sorrisos. Levo comigo um bocadinho de cada um.

Índice

Introdução	1
Capítulo I	1
1. Caracterização do Local de Estágio	1
1.1. Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental	2
1.2. O Papel do Psicólogo em Contexto Hospitalar	3
1.3. Características do <i>Setting</i> e as suas Limitações	4
Capítulo II	6
2. Descrição das Atividades de Estágio	6
2.1. Reuniões de Orientação e Supervisão	6
2.2. Observação de Consultas.....	6
2.3. Observação de Avaliação Psicológica	7
2.4. Observação de Grupos Terapêuticos.....	7
2.4.1. Grupo de Relaxamento	7
2.4.2. Grupo de Luto	8
2.4.3. Grupo de Depressivos	8
2.5. Cuidados Paliativos	9
2.6. Reuniões do Serviço de Psicologia	10
2.7. Outras Atividades.....	10
2.7.1. Formações Complementares	10
2.7.2. Formação Realizada	11
2.7.3. Realização de Panfletos e Atividades Complementares	11
2.8. Avaliação Psicológica e Neuropsicológica.....	12
2.9. Consulta Psicológica.....	13
Capítulo III	14
3. Caso clínico “A.”	14
Dados de identificação	14
Motivo de Encaminhamento.....	14
Fontes de Informação	14
Avaliação Psicológica.....	14
Genograma	15
História Pessoal e Familiar.....	15
História Atual.....	17
Exame do Estado Mental e Comportamento Observável	18
Enquadramento do Caso Clínico	18



Intervenção Psicológica	22
Reflexão do caso clínico “A.”	26
4. Caso clínico “R.”	27
Dados de identificação	27
Motivo de Encaminhamento	27
Fontes de Informação	27
Genograma	27
História Pessoal e Familiar	28
Hábitos toxífilicos	29
Antecedentes médicos e psicológicos	29
História Atual	29
Exame do Estado Mental e Comportamento Observável	30
Instrumento de Avaliação Aplicado	30
Resultados	31
Enquadramento concetual	32
Proposta de intervenção	35
Reflexão do caso clínico “R.”	36
Conclusão	36
Referências Bibliográficas	38

Índice de Tabelas

Tabela 1 Avaliações Psicológicas e Neuropsicológicas.....	12
Tabela 2 Casos clínicos acompanhados.....	13
Tabela 3 Critérios Diagnósticos da Perturbação Obsessivo Compulsiva (POC)	19
Tabela 4 Resultados obtidos por R. no Mini-Mult	31
Tabela 5 Critérios Diagnósticos da Perturbação de Personalidade Antissocial (PPAS).....	32

Índice de Figuras

Figura 1 Genograma de A.	15
Figura 2 Genograma de R.	27

Índice de Anexos

Anexo A: Certificado de Ação de Formação “Terapias Cognitivo-Comportamentais de Terceira Geração”	45
Anexo B: Certificado de Participação “II Jornadas do Serviço de Psicologia Clínica” ..	46
Anexo C: Formação realizada sobre gestão de stress	47
Anexo D: Panfleto “Ansiedade”	48
Anexo E: Panfleto “Luto”.....	49
Anexo F: Exemplo de elementos manuais para a decoração de eventos realizados no hospital	50
Anexo G: Formação sobre relações interpessoais em contexto hospitalar	51
Anexo H: Exemplo de relatório de avaliação psicológica	52



Siglas e Abreviaturas

ACE-III – *Addenbrooke's Cognitive Examination*

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CH – Centro Hospitalar

CS – Centro de Saúde

DPSM – Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental

DSM-5 – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

HTP – *House-Tree-Person Test*

IUCS – Instituto Universitário de Ciências da Saúde

Mini-Mult – Inventário Multifásico da Personalidade Minnesota

MMPI-II – *Minnesota Multiphasic Personality Inventory*

PAG – Perturbação de Ansiedade Generalizada

PID-5 – *Personality Inventory for DSM-5*

POC – Perturbação Obsessivo-Compulsiva

PP – Perturbação de Personalidade

PPAS – Perturbação de Personalidade Antissocial

PSPT – Perturbação de Stress Pós-Traumático

PUC – Perturbação de Uso de Canabinóides

S.C.L. 90-R – *Symptom Checklist-90*

SCID-II – *Structured Clinical Interview for DSM*

TCC – Teoria Cognitivo Comportamental

ULS – Unidade Local de Saúde

WAIS-III – *Wechsler Adult Intelligence Scale*

Introdução

O estágio curricular traduz-se no primeiro contacto com a prática profissional, tornando-se assim numa etapa imprescindível da formação académica. Este tem o objetivo de transportar o que foi aprendido dentro de uma sala de aulas para a realidade e, ainda o enriquecimento pessoal e profissional, permitindo criar uma identidade e perfil profissional.

O presente relatório foi desenvolvido no âmbito do estágio curricular do segundo ano de mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia no Instituto Superior de Ciências da Saúde (IUCS) durante o ano letivo 2023/2024. Todo este percurso decorreu sob orientação de uma psicóloga da Unidade Local de Saúde (ULS) e supervisão da Prof. Dr.^a Manuela Leite, docente no IUCS.

O período de estágio teve início a 19 de setembro de 2023 e terminou a 4 de julho de 2024, em duas unidades hospitalares do Centro Hospitalar (CH) localizadas no Norte do país. Os horários semanais eram de acordo com o horário da minha orientadora, inicialmente dois dias por semana e posteriormente quatro, sendo maioritariamente flexíveis e adaptados com os acompanhamentos, atividades e necessidades em cada uma das unidades. Decorreu durante quase 10 meses e foram concluídas as 500h obrigatórias.

Ao longo do presente relatório é feita a descrição do local de estágio, enquadrando o papel do psicólogo em contexto hospitalar e as suas limitações, bem como atividades realizadas durante este percurso. Posteriormente são apresentados os estudos de caso, enquadramento dos mesmos e reflexão final. Considerei sempre ser fundamental, ao longo do relatório, realizar reflexões que demonstrem o valor acrescentado por cada fase deste percurso.

Capítulo I

1. Caracterização do Local de Estágio

O estágio curricular foi realizado numa Unidade Local de Saúde (ULS) no Norte de Portugal. Está constituída por duas unidades hospitalares, incluindo também 73 unidades funcionais distribuídas pelos 12 municípios abrangidos pela sua área de influência.

A missão desta ULS é identificar as necessidades de saúde da população abrangida e responder eficazmente a essas necessidades com o maior foco de promover a saúde e prevenir a doença. Valores pela ética, pela humanização, responsabilidade social, eficiência na gestão

de recursos comuns e sentido de participação no desenvolvimento coletivo da região fazem parte da sua identidade (Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa (s.d.).

Os departamentos que permitem a disponibilidade dos serviços são nomeadamente o Departamento Cirúrgico, Departamento da Mulher e da Criança, Departamento de Ambulatório e Ligação Funcional, Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, Departamento de Urgência e Emergência, Cuidados Intensivos, Departamento Médico e a Unidade de Estomatologia e Medicina Dentária.

1.1. Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental

O estágio foi realizado no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental (DPSM) de ambas as unidades hospitalares, no Serviço de Psicologia, com o principal objetivo de promover a saúde mental.

O DPSM é constituído pela Psiquiatria de Adultos, responsável pelo diagnóstico e prescrição medicamentosa ao paciente, pela Unidade de Psiquiatria da Infância e da Adolescência, considerando os fatores psicológicos do jovem melhorando o seu funcionamento global e pelo Serviço de Psicologia responsável por avaliações e intervenções a pacientes de todas as faixas etárias.

Os serviços disponíveis são diversos destacando-se avaliações psicológicas, psicoterapia individual, psicoterapia em grupo, apoio à família, apoio aos cuidadores, sessões de relaxamento, reuniões clínicas e de supervisão, promoção da articulação com a comunidade, hospital de dia, intervenção em crise, psicologia de ligação, formação aos colaboradores e formação aos psicólogos estagiários.

O serviço social é constituído por assistentes sociais que promovem a integração social do paciente tendo em conta ajudas financeiras.

O serviço administrativo é responsável pelo registo de entrada dos utentes, marcações de consultas e procedimentos que conduzam à acessibilidade dos cuidados de saúde.

A unidade de internamento completo é destinada a utentes adultos, da área de referência, em situação clínica aguda/crise de forma programada ou de urgência, em regime voluntário ou compulsivo. O internamento parcial (Hospital de Dia) com horário de funcionamento das 9h às 16h, de segunda a sexta-feira, desenvolve atividades diárias para pacientes que tenham estado internados ou necessitem de ocupação diária. Por fim, as consultas externas com horário de funcionamento das 8h às 20h durante todo o ano.

O agendamento das consultas externas de psicologia é feito através do reencaminhamento pelo médico psiquiatra, o qual entende a relevância de acompanhamento

psicológico ou a necessidade de uma avaliação psicológica mais adequada para abordar questões específicas e individuais do paciente.

Nas duas unidades hospitalares existe a sala de profusão, onde é administrada, via intravenosa, a medicação prescrita ao paciente, quando via oral não obteve os efeitos desejados. Este tratamento é proposto por psiquiatras, mas realizado por enfermeiros com uma duração entre 2h e 2h30.

Numa das unidades hospitalares são realizadas consultas de ligação de psicologia ou psiquiatria, procurando uma abordagem biopsicossocial, destinadas a doentes internados em enfermarias médicas e cirúrgicas ou em consultas de especialidade e os seus familiares. Os pedidos são efetuados por médicos gerais ou cirurgiões e discutidos pela equipa multidisciplinar das consultas de ligação. Situações que requerem o ajuste da medicação este é realizado por um psiquiatra, enquanto o suporte terapêutico é realizado por um psicólogo.

A intervenção psicológica no DPSM é realizada individualmente, mas também em grupo. A psicoterapia em grupo é destinada a pacientes com perturbações do foro psicofisiológico e pode ser realizada em regime de internamento, consultas externas ou hospital de dia. Atualmente realizam-se Grupos de Luto, voltados para pacientes em processo de luto complicado, Grupos de Depressivos, para pacientes com quadro depressivo, Grupos de Relaxamento, para pacientes com problemas relacionados com perturbação de ansiedade, entre outros. Esta proporciona vantagens e oportunidades como a partilha de experiências, desenvolvimento de competências de socialização, empatia, aprendizagem pelo ouvir o outro e troca de vivências.

1.2. O Papel do Psicólogo em Contexto Hospitalar

O estágio decorreu em duas unidades hospitalares o que me permitiu uma maior perceção e reflexão sobre a atuação e contribuição do psicólogo em contexto hospitalar. O ato de cuidar torna-se aqui muito abrangente.

A psicologia clínica e da saúde é uma especialidade da psicologia que visa a promoção do bem-estar e da realização pessoal, intervindo em problemas de saúde física, mental e comportamental de indivíduos, famílias ou grupos, conceptualizando-os de forma abrangente. Esta especialidade abrange perturbações de carácter intelectual, emocional, psicológico, social ou comportamental, com uma ampla variação de intensidade, desde desconfortos até perturbações mentais graves (Janeiro, 2016). O psicólogo clínico e da saúde deve compreender a psicopatologia e os processos mentais para poder intervir nas perturbações, recorrendo a procedimentos específicos como a avaliação, a intervenção e a supervisão. Os contextos em

que estes psicólogos podem intervir são variados, incluindo hospitais, centros de saúde, bem como na área da justiça e do desporto (Pereira, 2021).

Simonetti (2004) afirma num estudo que, no *setting* hospitalar, o terapeuta não se foca apenas nas doenças psicológicas classicamente conhecidas como "psicossomáticas", mas em todas as doenças. Isto porque toda a doença possui aspetos psicológicos, que podem não estar diretamente ligados à sua causa, mas relacionados com a forma como o indivíduo a enfrenta e o seu significado. Assim, o foco do psicólogo hospitalar é o aspeto psicológico relacionado com a doença.

Chiattonne (2011) afirma que o trabalho do psicólogo no hospital é reconhecido pela sua capacidade de oferecer apoio, compreensão e orientação humanizada nas diversas situações enfrentadas pelos pacientes e familiares. A autora destaca ainda que qualquer programa terapêutico eficaz deve incluir suporte psicológico para lidar com todo o processo de doença e a possibilidade de morte, pois o cuidado de pacientes hospitalizados envolve tanto a adaptação fisiológica e médica quanto a adaptação psicológica e existencial diante da situação traumática.

Assim, a Psicologia facilita um atendimento humanizado nos hospitais, beneficiando tanto o paciente quanto a sua família, que também desempenha um papel crucial no tratamento do doente (Camon et al., 2010). No contexto hospitalar, a psicologia foca-se em três principais relações: a do paciente consigo mesmo, a do paciente com a família e a do paciente com a equipa de saúde. O psicólogo funciona como mediador nessas relações, ouvindo o paciente, a família e a equipa de trabalho (Camon et al., 2010).

1.3. Características do *Setting* e as suas Limitações

A realização do estágio num contexto hospitalar permitiu-me observar e ultrapassar alguns desafios em relação ao que chamamos de *setting* terapêutico.

Hoje, a conceituação do *setting* terapêutico abrange dois aspetos: tanto o ambiente físico e os condicionantes operativos em que se estabelece a relação terapeuta-paciente, como o aspeto dinâmico, enquanto instrumento técnico, relacional e ético que interfere no andamento do tratamento, sendo a sua eficácia dependente da gestão do terapeuta (Ribeiro, 2013).

Por vezes, este não acarreta com as melhores condições. Algumas normas que constituem essas variáveis são estritamente técnicas, como a duração da sessão, os gabinetes de consulta, as interrupções e os ruídos.

Na realidade hospitalar, nem sempre é possível ao psicólogo possuir um gabinete fixo para as consultas. Enquanto estagiária e realizando consultas paralelamente à minha orientadora e outros psicólogos, foi necessário uma maior flexibilidade e rotatividade de gabinetes. A

incerteza quanto à disponibilidade ou alteração dos mesmos, até mesmo durante consultas, devido à dificuldade em gerir a sua ocupação, provoca atrasos e efeitos nos pacientes. Numa das unidades hospitalares, na maior parte das vezes, ocorreu à ocupação de gabinetes da psiquiatria para a realização de consultas.

A mudança de sala pode provocar desconforto ou representar uma oportunidade para novas revelações, dependendo da saúde mental de cada paciente. Todos esses efeitos externos sobre o estado interno do paciente devem ser considerados pelo terapeuta (Sandler, 1990, cit. in Moreira & Esteves, 2012).

As interrupções por outros profissionais durante consultas é outra limitação. Segundo Chiattonne e Sebastiane (1991), na prática hospitalar, o psicólogo é frequentemente interrompido por médicos e enfermeiros, o que exige adaptação a essa situação para que o seu trabalho não seja prejudicado (Silva, 2012).

Os ruídos podem colocar barreiras ou bloquear momentos nos quais os pacientes se sentem mais vulneráveis durante uma partilha mais profunda. Estes poderão sentir menos o sigilo e o facto de que aquele é um espaço seguro.

Outro aspeto a considerar é a presença de estagiários nas consultas, que pode limitar processos importantes como o sigilo, gerando angústias no paciente (Azevedo et al., 2017 cit. in Morais et al., 2017). Numa fase de observação, apesar da importância para a minha prática profissional, senti, em algumas situações, um certo receio por parte de pacientes que recusavam a minha presença nas consultas. Existia certamente um sentimento de ameaça e de menor privacidade naquele que seria um momento de grande vulnerabilidade.

A última atualização do sistema informático trouxe, naturalmente, algumas limitações como dúvidas nos registos e marcações de consultas, que gerou numa fase inicial alguns erros e atrasos. No entanto, foi um passo relevante para a Psicologia e a sua valorização face às outras especialidades. É de salientar a falta de materiais, como impressoras, na maior parte dos gabinetes, numa das unidades hospitalares, que impossibilitava o último passo, a entrega ao paciente a marcação da próxima consulta, conforme a atualização feita.

Contudo, o setting físico não deve ser visto como o único fator no acompanhamento psicológico. Independentemente da abordagem de psicoterapia, existem fortes evidências de que fatores comuns ao relacionamento terapêutico, e, em particular, a aliança terapêutica, são fundamentais à adesão, progresso e resultados terapêuticos (Norcross & Wampold, 2011).

Embora por vezes não seja possível modificar o espaço, o profissional tem de se adaptar de forma que a sua intervenção não seja posta em causa, no ambiente versátil em que é o contexto hospitalar.

Capítulo II

2. Descrição das Atividades de Estágio

2.1. Reuniões de Orientação e Supervisão

Todo o estágio curricular foi orientado por uma psicóloga do hospital. Numa primeira fase fui apresentada aos colegas da equipa e foi-me mostrado o hospital. Durante a fase de observação, no início de cada consulta era-me apresentado cada caso clínico e no final, debatido o caso e a intervenção que estava a ser ou que iria ser realizada. Na fase do acompanhamento autónomo, era também discutido cada caso clínico, sempre que possível, no início e fim de cada consulta, resumindo as consultas anteriores e orientando as futuras. Eram ainda analisados e corrigidos em conjunto os testes de avaliação psicológica e neuropsicológica aplicados aos pacientes e os respetivos relatórios bem como a descrição de atividades de grupo e formações. Esta orientação permitiu-me também aprender sobre as unidades hospitalares e o funcionamento das mesmas. A psicóloga que me acompanhou durante este período esteve sempre disponível para esclarecer todas as dúvidas que surgiram.

As reuniões de supervisão foram realizadas pela Professora Doutora Manuela Leite. Estas foram realizadas em regime presencial no Instituto Superior de Ciências da Saúde (IUCS) e online via Zoom, que aconteciam de acordo com as necessidades apresentadas em cada etapa. Aqui foram tiradas dúvidas, discutidas dificuldades e objetivos e fornecidas indicações.

A orientação e supervisão, para além dos contributos cruciais, como conhecimentos e desenvolvimento de competências, desempenharam igualmente um papel motivador fundamental para o meu percurso de estágio.

2.2. Observação de Consultas

Os primeiros três meses de estágio foram dedicados à observação de consultas, especialmente, realizadas pela minha orientadora. Esta, consistiu em acompanhamento psicológico, avaliações psicológicas, grupos terapêuticos e reuniões com o objetivo de conhecer e analisar a intervenção terapêutica em diferentes pacientes com diferentes diagnósticos para, posteriormente aplicar autonomamente. Foi possível assistir a diversos diagnósticos,

destacando-se as Perturbações de Luto Prolongado, Perturbações Depressiva e Perturbações de Ansiedade, em diferentes faixas etárias, mas maioritariamente em adultos.

Neste primeiro contacto com a realidade da prática clínica, para além de analisar o comportamento de cada paciente, anotei os detalhes de cada consulta para, no final da mesma discuti-los juntamente com a minha orientadora.

2.3. Observação de Avaliação Psicológica

Ao longo do estágio tive a oportunidade de assistir a avaliações psicológicas realizadas não só pela minha orientadora, mas também por diferentes psicólogas da equipa. Esta observação da administração de diferentes instrumentos psicométricos, utilizados para a faixa etária de adultos, permitiu-me adquirir conhecimentos sobre a administração, cotação e elaboração dos relatórios de avaliação psicológica. Além disso, permitiu-me perceber, na realidade, a postura e as instruções que devem ser adotadas durante uma avaliação psicológica.

2.4. Observação de Grupos Terapêuticos

Durante este período, foi-me possibilitada a observação de intervenção psicológica em alguns dos grupos que decorrem nas duas unidades hospitalares, nomeadamente o “Grupo de Relaxamento”, “Grupo de luto” e “Grupo de Depressivos”.

Fui a responsável, em dois dos grupos, pela elaboração de tabelas de presenças e caracterização do grupo, bem como, a marcação das sessões seguintes.

De acordo com Bastos (2010), Pichon-Rivière (1988) define o grupo como um conjunto de participantes que se unem com objetivos comuns e se envolvem ativamente na reflexão sobre si mesmos e sobre os outros, promovendo, assim, uma aprendizagem contínua para todos ao longo do processo.

2.4.1. Grupo de Relaxamento

O grupo de relaxamento é dirigido a pacientes com sintomatologia ansiosa. É um grupo fechado, realizado semanalmente, com a duração de 1h e varia entre 10 e 12 sessões.

Neste aplicam-se técnicas como relaxamento e meditação, relaxamento autógeno de Schultz e técnicas de relaxamento progressivo de Jacobson.

Este foi dirigido pela minha orientadora no qual participei como participante, o que me permitiu praticar as técnicas de relaxamento aplicadas. Esta oportunidade tornou-se enriquecedora numa vertente pessoal e profissional, na medida em que experienciei a técnica,

as suas dificuldades e benefícios de forma a poder implementá-la com o objetivo de promover o bem-estar dos pacientes e reduzir a ansiedade.

O material necessário engloba a reprodução de música calma, colchões para realizar as técnicas, bem como lençãos e almofadas para assegurar o conforto dos participantes. Saliento a importância de evitar qualquer ruído externo, pois prejudicam o relaxamento.

2.4.2. Grupo de Luto

O grupo de luto destina-se a pacientes que estejam num processo de luto complicado. É um grupo fechado, realizado quinzenalmente, com a duração de aproximadamente 2h e varia entre 10 e 12 sessões.

Neste grupo realizam-se atividades que procuram promover a adaptação à perda, no contexto da terapia do grupo, aprender a observar a realidade múltipla e ajudar a viver de modo mais saudável e adaptativo após a perda.

O luto pode ser um processo complexo, longo, doloroso e, por vezes, solitário. “Trata-se de um processo com tarefas que têm de ser, e podem existir muitos momentos de desespero antes que a vida valha novamente a pena” (Roper, 1995, p.419). O tipo de perda deverá ser definido individualmente, por quem a sofre em primeiro lugar, e nunca de modo generalizado (Cameron, 2010).

Tive a oportunidade de assistir apenas a algumas sessões iniciais de dois grupos, dirigidos pela minha orientadora, interrompidas pela incompatibilidade de horários e término do estágio. Numa sessão de um dos grupos, a minha orientadora propôs-me a realização da apresentação psicoeducacional sobre o tema.

Das sessões que assisti, ressaltaram-me alguns aspetos pertinentes. O luto é um processo individual, mas também coletivamente partilhado, onde cada indivíduo lida com a perda de uma maneira única. O grau de dor não é determinado pelo grau de parentesco, mas pelo vínculo emocional. A partilha de histórias e emoções num ambiente seguro leva a uma maior compreensão e a interação com outras pessoas que estão a passar por experiências semelhantes trazem alívio, esperança e apoio mútuo.

2.4.3. Grupo de Depressivos

O grupo de depressivos destina-se a pacientes com perturbação depressiva.

Ao longo das sessões realizam-se atividades que procuram a expressão emocional, reflexão, aceitação, resolução e minimização do sofrimento. A dinâmica das sessões seguia uma estrutura previamente definida. Participei neste grupo dirigido por dois psicólogos da equipa.

O meu papel foi auxiliá-los nas dinâmicas e também interagi e ajudei os elementos do grupo a realizar as atividades.

Acompanhei este grupo do início ao fim e, por isso, de uma forma mais próxima. Compreendeu um total de 10 sessões realizadas quinzenalmente às quintas-feiras das 10:30h às 12:30h e participaram 7 pacientes adultas do sexo feminino, das quais 3 estiveram presentes na sessão de encerramento.

Sobressaiu-me a dinâmica do grupo, especialmente a contribuição de uma paciente em particular, que tomava a iniciativa e procurava sempre encorajar as restantes. No final, reconheço que para além da intervenção, esta participante desempenhou um papel importante no desenvolvimento dos restantes membros do grupo. Segundo Heberle e Oliveira (2016), é essencial que exista um vínculo entre as partes envolvidas e que todas acreditem na resolução do problema. Através do convívio entre os participantes, surgem debates que, por sua vez, criam oportunidades para resolver problemas comuns a todos.

Foi marcante observar a evolução das pacientes que terminaram o grupo. Uma em especial, que durante as primeiras sessões se apresentava chorosa e com um humor deprimido, evoluiu para alguém mais sorridente e com um maior cuidado consigo mesma. Foi valioso observar que as autoavaliações do humor, que cada paciente fazia no início de cada sessão, revelaram melhorias significativas e a gratificação que cada uma sentiu pela intervenção em grupo.

2.5. Cuidados Paliativos

Tive a oportunidade de me deslocar, juntamente com a minha orientadora, aos internamentos, para intervenções destinadas a pacientes em cuidados paliativos. Nestas fazia o registo do que era dito pelo doente e posteriormente o caso era discutido com a minha orientadora.

Assistir à intervenção nos cuidados paliativos foi uma experiência instrutiva e emocionalmente intensa e desafiante. Este ambiente mostrou a complexidade do atendimento a pacientes em fase terminal e evidenciou a importância do apoio psicológico neste contexto. A constante exposição ao sofrimento e à morte requer uma grande resiliência emocional e a capacidade de encontrar um equilíbrio entre empatia e compaixão.

Os cuidados paliativos visam, acima de tudo, promover o conforto do paciente, indo além do simples alívio de sintomas e procurando integrar as dimensões social, psicológica, emocional e espiritual, para facilitar a adaptação ao processo de morte (Twycross, 2003). Como destacado por Crespo (2009, p. 17), o objetivo é proporcionar um cuidado “de forma tão

completa e construtiva quanto possível”, independentemente do curso da doença ou da sobrevivência do paciente (Ministério da Saúde, 2010).

Uma situação particularmente marcante foi a intervenção feita a uma paciente numa cama colocada no corredor do hospital. Esta situação destacou as dificuldades logísticas e a sobrecarga dos serviços de saúde e sublinhou a necessidade de recursos adequados e de uma organização eficiente dentro do hospital para assegurar que todos os pacientes recebam cuidados dignos e respeitosos.

Uma das principais limitações que observei foi a comunicação. Devido à gravidade da sua condição clínica, alguns pacientes tinham dificuldade em expressar-se de forma clara. Esta barreira é ainda maior pelo ruído constante no ambiente hospitalar, que interfere na capacidade de ouvir e ser ouvido.

2.6. Reuniões do Serviço de Psicologia

Durante o estágio estive presente em algumas reuniões do serviço, nas quais tive a oportunidade de assistir, em duas delas, a apresentações feitas por outra colega estagiária.

A primeira foi sobre a Perspetiva Transdiagnóstica com base num artigo sobre a Terapia Cognitivo Comportamental para Ansiedade e Depressão. A segunda teve como tema “Terapias Cognitivo-Comportamentais de Terceira Geração” (Anexo A) Sem dúvida que foram oportunidades enriquecedoras que ampliaram o meu conhecimento e compreensão sobre as mesmas.

A última reunião em que estive presente foi para o esclarecimento de dúvidas, por parte da informática, sobre a atualização do sistema que alterou vários aspetos na logística do registo das consultas.

2.7. Outras Atividades

2.7.1. Formações Complementares

Ao longo do estágio frequentei ainda três formações que contribuíram para o meu crescimento pessoal, nas quais foram abordados temas pertinentes que me permitiram uma visão mais ampliada sobre os mesmos e que fizeram todo o sentido no meu percurso. Nomeadamente no Dia Mundial da Saúde Mental em que foram abordados temas como “Enquadramento estatístico de jovens adictos da área de influência do CHTS com internamento no DPSM”, “O adicto na perspetiva do acesso ao acompanhamento técnico em meio escolar” e “O adicto na perspetiva do acompanhamento clínico nos programas de tratamentos”; a tertúlia “Pela Eliminação da Violência” e, ainda as “II Jornadas do Serviço de Psicologia Clínica”

(Anexo B) nas quais foram abordados temas como “Literatura infantil na atualidade – aplicação clínica”, “Redes Sociais: do *Bullying* até à Morte”, “Diagnósticos Antigos versus Respostas Atuais”, “Singularidades na Pluralidade do Amor – A não monogamia” e “Locais de Trabalho Saudáveis – Motivação de Equipas”.

2.7.2. Formação Realizada

Foi-me proposta a realização, em conjunto com a minha orientadora, de uma formação sobre “Gestão de stress” (Anexo C). Esta era destinada a todos os profissionais de saúde, contou com 44 inscritos e teve a duração de 2h. Esta formação abordou, numa parte teórica, temas pertinentes relacionados ao stress bem como sugestões para contornar o mesmo e, numa parte prática, o relaxamento.

Esta decorreu já na reta final do estágio, no auditório de uma das unidades hospitalares, em que utilizamos um computador para a apresentação em PowerPoint. Distribuí ainda uma folha de registo de presença e, por cada pessoa, uma folha para avaliação da formação. A avaliação dos participantes sugeriu a pertinência da formação e o desejo de ter sido mais duradoura.

Pessoalmente, esta formação traduziu-se num grande desafio, no entanto permitiu-me superá-lo, desenvolver competências e adquirir ferramentas para gerir o stress e ajudar os outros a fazê-lo também.

2.7.3. Realização de Panfletos e Atividades Complementares

Foram-me propostas pela minha orientadora desenvolver algumas atividades para os grupos e eventos. Elaborei panfletos sobre “Ansiedade” (Anexo D) e “Luto” (Anexo E) com a finalidade de serem entregues aos pacientes que frequentavam os grupos de Relaxamento e de Luto. Estes tiveram como objetivo a psicoeducação sobre os temas – definição, sinais e sintomas e como lidar.

Realizei ainda alguns elementos manuais (Anexo F) para a decoração de eventos realizados no hospital.

Paralelamente à preparação da apresentação para a formação que realizei, elaborei também outra apresentação sobre “Relações Interpessoais em contexto hospitalar” (Anexo G) para utilização futura numa formação a ser dada por outro profissional do serviço.

2.8. Avaliação Psicológica e Neuropsicológica

Após a fase de observação, iniciei a realização de avaliações psicológicas e neuropsicológicas de uma forma autónoma. Para a realização das avaliações existia um pedido por parte dos médicos psiquiatras podendo, por vezes, serem específicos quanto aos instrumentos de avaliação a aplicar.

Os testes psicológicos são instrumentos que permitem avaliar constructos que não podem ser observados diretamente, no entanto, não constituem a única forma de avaliação e não devem ser utilizados de forma isolada. Para além dos testes psicológicos, os psicólogos utilizam outras técnicas para realizar a avaliação psicológica, como a entrevista e a observação (Hussain, 2021).

O processo de avaliação é realizado, geralmente, numa única consulta. Inicialmente recolhe-se a anamnese e clarifica-se o pedido e processo de avaliação. Posteriormente aplica-se o(s) instrumento(s) de avaliação sugerido(s) no pedido, podendo este ser alterado conforme as características do paciente e por fim, explica-se que a devolução dos resultados é efetuada pelo médico psiquiatra que solicitou a avaliação. Antes de cada avaliação, sempre que possível, foi discutido o caso juntamente com a minha orientadora, bem como a cotação, interpretação e elaboração do relatório (Anexo H), após a mesma.

Em alguns dos casos clínicos, o médico psiquiatra, para além da avaliação psicológica, solicitava acompanhamento, tendo sido realizado por mim.

Na tabela 1, encontram-se avaliações psicológicas realizadas.

Tabela 1

Avaliações Psicológicas e Neuropsicológicas

Identificação	Nº de sessões	Instrumentos de Avaliação	Situação do caso
I.C.	3	S.C.L. 90-R; SCID-II; MMPI-II	Alta
A.L.	1	ACE-III	Alta
B.A.	3	WAIS-III	Alta
R.P.	1	Mini-Mult; S.C.L. 90-R; HTP	Acompanhamento
P.D.	4	Mini-Mult; WAIS-III	Alta
F.P.	1	ACE-III	Alta

F.V.	2	Mini-Mult; S.C.L. 90-R	Acompanhamento
A.P.	1	Mini-Mult	Acompanhamento
G.V.	1	ACE-III	Alta

2.9. Consulta Psicológica

Após três meses de observação, iniciei também de forma autónoma as consultas de acompanhamento psicológico. Ao longo do estágio acompanhei vários casos clínicos, alguns desde a primeira consulta e outros como continuação da intervenção da minha orientadora. Cada caso, foi discutido inicialmente em conjunto com a minha orientadora, bem como, ao longo de cada sessão do acompanhamento, sempre que possível, de forma a instruir sempre a uma intervenção correta, esclarecer dúvidas e delinear as sessões futuras.

Os pacientes que acompanhei tinham diferentes diagnósticos, embora se destaquem as áreas do luto, ansiedade e depressão, realizando essencialmente intervenções baseadas na Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) (Tabela 2). De acordo com Sousa e Padovani (2015), os terapeutas cognitivo-comportamentais realizam intervenções para reduzir o sofrimento ao compreender a subjetividade humana, que é entendida como uma interação recíproca entre crenças, emoções, comportamentos, fisiologia e ambiente.

Sousa e Padovani (2015), os terapeutas cognitivo-comportamentais realizam intervenções para reduzir o sofrimento ao compreender a subjetividade humana, que é entendida como uma interação recíproca entre crenças, emoções, comportamentos, fisiologia e ambiente.

Tabela 2

Casos clínicos acompanhados

Identificação	Motivo	Nº de sessões ^a	Intervenção	Situação do caso
M.T.	Luto	8	TCC	Acompanhamento
F.V.	Personalidade	5	TCC	Acompanhamento
S.A.	Ansiedade	2	TCC	Grupo de relaxamento
M.C.	Depressão	4	TCC	Alta
C.M.	Ansiedade	5	TCC	Alta
A.M.	Esquizofrenia	5	TCC	Acompanhamento
	Luto			
M.B.	Depressão	4	TCC	Alta

S.P.	Luto	5	TCC	Acompanhamento
P.L.	Ansiiedade Depressão	2	TCC	Grupo de depressivos

^a O número de sessões de alguns casos clínicos referem-se apenas ao acompanhamento realizado por mim, anteriormente iniciado pela minha orientadora.

Capítulo III

3. Caso clínico “A.”

Dados de identificação

A. é uma jovem de 22 anos, do género feminino, solteira. É a mais nova de uma fratria de 4 irmãos. Tem o 12º ano, concluído o curso profissional em estética, trabalha como esteticista no espaço de outra pessoa paralelamente ao seu negócio próprio. Reside com o namorado de 26 anos, que trabalha em maquinação e programação, e com quem mantém um relacionamento há 9 anos.

Motivo de Encaminhamento

O encaminhamento para a consulta de psicologia foi realizado pelo seu médico psiquiatra com diagnósticos “Perturbação de Ansiedade Generalizada (PAG); Traços anancásticos de personalidade (++) vs Perturbação Obsessivo Compulsiva (POC)”. Referiu ainda excesso de peso caracterizado por ingestão emocional, aumento do apetite com a ansiedade e aumento de peso a partir dos 16 anos.

Fontes de Informação

Todas as informações recolhidas e apresentadas sobre a história clínica foram obtidas através da paciente e da análise do processo clínico.

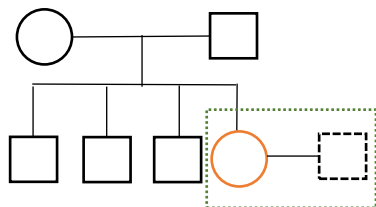
Avaliação Psicológica

Tendo em conta a sintomatologia e as queixas relatadas pela paciente, a avaliação psicológica foi realizada através da observação livre e entrevista clínica, que gerou a história clínica e uma anamnese biográfica. A entrevista, realizada durante as primeiras sessões, foi crucial para recolher informações pertinentes sobre a história prévia e atual da paciente, explorar as queixas e dificuldades apresentadas e sustentar o diagnóstico.

Genograma

Figura 1

Genograma de A.



Legenda:

- Indivíduo do género feminino
- Indivíduo do género masculino
- Paciente “A.”
- Indivíduo com quem mantém uma relação amorosa
- ▭ Coabitantes

História Pessoal e Familiar

O nascimento de A. foi desejado, de parto normal com recurso a ventosa e refere ter tido um desenvolvimento psicomotor normativo. O pai de 60 anos está desempregado e a mãe de 58 anos é funcionária de limpeza. É a filha mais nova de uma fratria de 4 irmãos, sendo a única do sexo feminino. A. refere que quando vivia em casa com os pais e os irmãos era um ambiente “turbulento” (sic) principalmente com o pai. Descreve os irmãos como “conflituosos e problemáticos” (sic) e a mãe como controladora principalmente na questão financeira.

Relativamente à infância, a paciente refere que era uma criança muito traquina, curiosa, com uma personalidade vincada e com muitos amigos. Dos 3 aos 6 anos frequentou o jardim de infância e refere que era uma criança muito engraçada e brincalhona. Durante o 1º ciclo refere que era sociável, tinha muitos amigos e que era uma criança tranquila. Ocasionalmente demonstrava resistência para o estudo, mas mantinha um comportamento adequado, calmo e atento durante as aulas, fora da sala de aula, apresentava-se mais agitada e envolvida em conflitos. Reprovou no 8º ano e refere ter corrido bem até ao 9º ano, tendo sofrido de *bullying* posteriormente. Destaca o início da sintomatologia ansiosa “tinha ansiedade que não sabia que era ansiedade” (sic) e desenvolveu depressão pelas suas inseguranças “pensava muito no que

achavam de mim” (sic). Refere que este foi um percurso mais solitário e com comportamentos mais hostis. Do 10º ao 12º ano fez o curso profissional de estética.

Refere ter sido desde criança muito independente, gostava de brincar sozinha e era muito criativa. “Nunca fui triste, mas observava tudo e percebia tudo” (sic). Menciona que existiam muitas discussões entre a família “o meu pai nunca bateu na minha mãe, mas era agressivo nas palavras” (sic).

Os pais não foram muito presentes emocionalmente. “Deixei de ter admiração pelo meu pai desde que ele mudou” (sic). Relata que o pai emigrou para França de 2011 a 2015 e que foi um período em que era dependente de tabaco, sem trabalhar, “pedia dinheiro para tabaco, faltava comida, mas não podia faltar tabaco” (sic). Fase de maior afastamento da família. Refere que o pai é hipocondríaco “puxei isso dele” e menciona o medo de doenças como o cancro e de falecer embora esses pensamentos serem menos recorrentes atualmente. Devido à situação do pai, a mãe tinha um maior controlo na gestão do dinheiro e aponta ter desenvolvido a necessidade de controlo por esse motivo. “O papel que a minha mãe não conseguia tomar, era eu própria que o tinha... de me impor” (sic). A relação com os irmãos nunca foi muito boa, refere que por ser a única filha e a mais nova, era a responsável por todas as tarefas. Relembra episódio em que um dos irmãos lhe roubava pertences para oferecer à namorada.

Antecedentes Médicos e Psicológicos:

A. refere alguns antecedentes familiares relevantes. O pai de A. é acompanhado em psiquiatria desde os seus 25 anos devido a um trauma de guerra, no qual foi responsável pela morte do seu melhor amigo; hipocondria; tem diabetes, alergia a penicilina e é suscetível a AVC. A mãe de A. tem problemas no estômago, e fígado gorduroso. O segundo irmão mais velho teve epilepsia em criança, atualmente estabilizada. O avô de A. faleceu de cirrose.

A. foi diagnosticada com Hepatomegalia na infância, sem seguimento atualmente. Diagnóstico de Perturbação Depressiva e PAG aos 16 anos com conseqüente excesso de peso (ingestão emocional) e desmaios, justificando pelo medo de não encontrar emprego na sua área. Iniciou acompanhamento em psicologia, mas refere ter tido alta “porque a psicóloga achava que não precisava” (sic). Fez redução mamária aos 19 anos “tinha o peito grande, tirei, mas voltou a crescer e isso dificultou-me o psicológico” (sic). Diagnóstico de Hiperprolactinemia, no qual foi excluído macro adenoma hipofisário aos 20 anos. Em 2023 voltou a ser seguida em psiquiatria e, este ano, iniciou acompanhamento em psicologia pelo motivo atual.

História Atual

A. saiu de casa para residir com o namorado há 2 anos, com quem tem um relacionamento há 9 anos. Refere terem uma relação muito boa, na qual a comunicação é a chave e que este é o seu maior apoio “ele sabe que eu sou muito ansiosa e ajuda-me muito nisso” (sic). Durante um ano tentaram engravidar, contudo o namorado não realizou o exame para avaliação de infertilidade devido ao seu elevado custo e A. foi diagnosticada com ovários policísticos. Desta forma, preferiram priorizar outras áreas das suas vidas, principalmente a saúde.

Refere que a POC surgiu quando foi viver com o namorado e apresenta os rituais: Verificar se fechou as portas três ou quatro vezes; verificar as redes sociais muitas vezes por dia; verificar as torneiras fechadas três vezes; beber cinco golos de água antes de dormir; alinhar os objetos como calçado, perfumes, rótulo da garrafa de água. A. relaciona alguns rituais com inseguranças e situações que já passou como o medo de que a roubem, devido à situação com o irmão e o medo de desperdício pela rigorosidade que a mãe tinha com a gestão económica. Indica que tem estes comportamentos apenas em locais próprios, como o seu espaço de estética e em casa. A paciente recorda ainda situações em que sai do local de trabalho ou de casa e regressa para verificar, que tira fotografias “se tirar fotografia, depois até me esqueço de ir ver” (sic) e em que pede ao namorado para ser o responsável de fechar as portas.

A. tem o seu próprio negócio de estética e trabalhou numa escola durante as horas de almoço como responsável por crianças com autismo. Abandonou esse emprego pela relação interpessoal “falta de ética, falta de empatia” (sic) e pelo cansaço que este lhe trazia. Iniciou logo de seguida um dos seus trabalhos atuais, como esteticista num centro de estética de outrem, mantendo paralelamente o seu espaço e negócio próprio. Refere que a relação com a patroa é boa, contrariamente ao emprego anterior, embora por vezes existam alguns atritos. Atualmente a dinâmica laboral causa-lhe alguma ansiedade e cansaço extremo. Refere que o local do novo emprego é num local onde já viveu anteriormente e que encontra pessoas conhecidas que acabam por comentar a sua vida e a sua mudança de corpo devido ao aumento de peso. Tem ainda uma elevada carga de trabalho por conciliar os dois empregos e consequentemente refere não ter tempo para si. Desta forma, pondera abandonar este emprego, mantendo o seu negócio e procurar outra atividade laboral que não a sobrecarregue tanto. A. questiona-se recorrentemente se deve manter o seu negócio próprio. Começou a ingerir café regularmente pelo cansaço sentido.

A. destaca também a falta de autoestima desde que tem vindo a aumentar de peso, que coincide com o início da sintomatologia ansiosa aos 16 anos. Refere ter-se tornado numa pessoa mais desconfiada e insegura tanto consigo própria como com os outros. Menciona ainda a sensação de que os outros estão a falar de si com uma conotação negativa e preocupa-se com comentários e comparações com o que era antes.

Refere que a relação com a família está ligeiramente melhor por não viverem na mesma casa e que comunicam essencialmente por telefone. Menciona que passa mais tempo com os pais do namorado “a mãe dele tem um feitio complicado” (sic) e relata conflito com a mesma por esta ter insultado A. “para se superiorizar chamou-me gorda” (sic), contrariamente ao pai do namorado que descreve como uma pessoa mais positiva. Aponta sentimentos de frustração pela dificuldade em impor-se, não só no conflito com a mãe do namorado, mas noutras áreas da sua vida comparando com antigamente.

A. relata não ter tempo para muitas atividades. Nos tempos livres gosta de ouvir música, trabalhar na página que criou para o negócio e cuidar da casa. Refere ter poucos amigos em quem realmente confia. Atualmente tem tentado sair da rotina com o namorado e costumam estar com um casal amigo. Refere ainda tentativas de um estilo de vida mais saudável.

Exame do Estado Mental e Comportamento Observável

Durante o processo de acompanhamento psicológico, a paciente apresentou-se com uma postura adequada, discurso fluido e coerente e foi colaborante. Manteve o contacto ocular, com a atenção fácil de captar, mantida e orientada em todas as referências. Observei bom insight e humor eutímico ao longo das sessões.

Enquadramento do Caso Clínico

A. foi diagnosticada, como apresentado no pedido psiquiátrico, com Perturbação de Ansiedade Generalizada (PAG) e sugere Traços Anancásticos da Personalidade vs Perturbação Obsessivo-Compulsiva (POC). Através da avaliação psicológica foi possível sustentar um diagnóstico de POC.

A ansiedade é um mecanismo de defesa intrínseca do cérebro, com raízes na evolução genética, que desempenha um papel essencial na sobrevivência humana. No entanto, embora a ansiedade tenha uma função importante, ela torna-se disfuncional quando a sua intensidade e duração excedem os limites adequados, não correspondendo à verdadeira ameaça do ambiente (Pinto, 2021). Quando o indivíduo perde a capacidade de controlar a ansiedade, esta deixa de

ser um mecanismo adaptativo e torna-se debilitante, comprometendo o seu bem-estar e a sua saúde mental (Bernardelli et al., 2022).

A POC pode ter efeitos negativos significativos na vida das pessoas, afetando diversas áreas, como o sono, a capacidade de trabalhar e realizar atividades diárias, bem como de estabelecer e manter relações interpessoais com amigos e familiares, além de desfrutar das atividades de lazer (Scholl et al., 2017; Kohler et al., 2018). A POC é caracterizada pela presença de cognições intrusivas que provocam ansiedade e tornam-se obsessivas, podendo dominar o "mundo interior" do indivíduo ao longo do tempo (Evans et al., 2017). Segundo Videbeck (2020), o diagnóstico é feito quando esses pensamentos, imagens e impulsos são tão predominantes que interferem significativamente nas funções pessoais, sociais e profissionais da pessoa.

Tabela 3

Crítérios Diagnósticos da Perturbação Obsessivo-Compulsiva (POC) do DSM 5 (American Psychiatric Association [APA], 2014)

Crítérios Diagnósticos da Perturbação Obsessivo-Compulsiva
<p>A. Presença de obsessões, compulsões ou ambas: Obsessões são definidas por (1) e (2):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pensamentos, impulsos ou imagens recorrentes e persistentes que, em algum momento durante a perturbação, são experimentados como intrusivos e indesejados e que, na maioria dos indivíduos, causam acentuada ansiedade ou sofrimento. 2. O indivíduo tenta ignorar ou suprimir tais pensamentos, impulsos ou imagens ou neutralizá-los com algum outro pensamento ou ação. <p>As compulsões são definidas por (1) e (2):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Comportamentos repetitivos (p. ex., lavar as mãos, organizar, verificar) ou atos mentais (p. ex., orar, contar ou repetir palavras em silêncio) que o indivíduo se sente compelido a executar em resposta a uma obsessão ou de acordo com regras que devem ser rigidamente aplicadas. 2. Os comportamentos ou os atos mentais visam prevenir ou reduzir a ansiedade ou o sofrimento ou evitar algum evento ou situação temida; entretanto, esses comportamentos ou atos mentais não têm uma conexão realista com o que visam neutralizar ou evitar ou são claramente excessivos. <p>Nota: Crianças pequenas podem não ser capazes de enunciar os objetivos desses comportamentos ou atos mentais.</p> <p>B. As obsessões ou compulsões tomam tempo (p. ex., tomam mais de uma hora por dia) ou causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.</p>

- C. Os sintomas obsessivo-compulsivos não se devem aos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., droga de abuso, medicamento) ou a outra condição médica.
- D. A perturbação não é mais bem explicada pelos sintomas de outro transtorno mental (p. ex., preocupações excessivas, como no transtorno de ansiedade generalizada; preocupação com a aparência, como no transtorno dismórfico corporal; dificuldade de descartar ou se desfazer de pertences, como no transtorno de acumulação; arrancar os cabelos, como na tricotilomania [transtorno de arrancar o cabelo]; beliscar a pele, como no transtorno de escoriação [skin-picking], estereotípias, como no transtorno de movimento estereotipado; comportamento alimentar ritualizado, como nos transtornos alimentares; preocupação com substâncias ou jogo, como nos transtornos relacionados a substâncias e transtornos aditivos; preocupação com ter uma doença, como no transtorno de ansiedade de doença; impulsos ou fantasias sexuais, como nos transtornos parafilicos; impulsos, como nos transtornos disruptivos, do controle de impulsos e da conduta; ruminações de culpa, como no transtorno depressivo maior; inserção de pensamento ou preocupações delirantes, como nos transtornos do espectro da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos; ou padrões repetitivos de comportamento, como no transtorno do espectro autista).

Percorrendo os critérios diagnósticos do DSM-5 (APA, 2014), da Perturbação Obsessivo Compulsiva, descritos na tabela 3, verifica-se que a paciente apresenta pensamentos recorrentes e persistentes, de forma intrusiva e indesejada “medo de que me roubem (...) medo de publicar alguma coisa sem querer (...) medo de desperdiçar água e aparecer uma conta grande para pagar (...) os objetos não podem estar tortos (...) tenho que contar 5 golos de água antes de dormir” (sic). Como resposta a estes pensamentos que, conseqüentemente lhe causam ansiedade, apresenta comportamentos repetitivos de uma forma excessiva como verificar, várias vezes, as portas fechadas, as redes sociais, as torneiras, alinhar os objetos e beber 5 golos de água antes de dormir (Critério A). Verifica-se ainda que as obsessões e compulsões que a paciente apresenta, ocupam tempo e causam sofrimento e prejuízo no seu funcionamento (Critério B) “quando saio de casa volto para trás para verificar se fechei tudo várias vezes (...) tiro fotografias (...) peço ao meu namorado para ser ele a fechar as portas” (sic). Para além disso, os sintomas de A. não se devem a efeitos fisiológicos de substâncias ou condições médicas (Critério C) nem é melhor explicada pelos sintomas de outra perturbação mental (Critério D).

De acordo com Sousa e Silva (2023), é possível estabelecer uma relação entre ansiedade e stress, especialmente em adolescentes. Essa relação decorre de pensamentos e sentimentos relacionados ao medo do futuro, preocupações com o desemprego, desafios nos estudos, instabilidade financeira, ausência de apoio familiar e uma deterioração na qualidade de vida. A

Perturbação Depressiva e a Perturbação de Ansiedade Generalizada aos 16 anos, justificados pela preocupação de não ser bem-sucedida na sua área, juntamente com o acompanhamento psicológico interrompido, sugere uma história de problemas de saúde mental que não foram totalmente abordados ou tratados, contribuindo para a persistência dos sintomas. O ambiente familiar instável e conflituoso, particularmente com o pai e com os irmãos, descrito pela paciente, poderá ter contribuído para a ansiedade e desenvolvimento destes comportamentos. A paciente identificou ainda situações, no passado, idênticas a alguns rituais associados à POC como quando o irmão a roubava, a rigorosidade na gestão económica da mãe, e a irresponsabilidade financeira e dependência de tabaco do pai. Estes fatores contribuíram para que A. desenvolvesse medo de que a roubem e, por isso, a verificação repetida das portas, medo do desperdício e elevado valor dos gastos de água e, conseqüente verificação repetida das torneiras. Além disso, o acompanhamento psiquiátrico do pai e a sua hipocondria também podem ter influenciado a perceção de doenças e riscos, refletindo-se nos seus pensamentos sobre o cancro e medo da morte.

A falta de apoio emocional dos pais, agravada pela ausência do pai durante um período prolongado, poderá ter intensificado a sensação de abandono e insegurança, exacerbando os sintomas. Araújo et al. (2022), sublinham que a presença e a comunicação da figura paterna são fundamentais para o desenvolvimento das capacidades sociais das crianças e adolescentes e, em contrapartida, a ausência do pai pode resultar em potenciais lacunas no desenvolvimento humano e graves conflitos psicológicos (Lopes & Silva, 2023).

A situação de *bullying* foi um fator significativo, refletindo-se na insegurança do seu corpo e receio de comentários, reforçando a necessidade de aprovação externa. Estudos longitudinais revelam que experiências de *bullying* durante a infância estão associadas a problemas de saúde mental na idade adulta, como depressão, ansiedade e ideação suicida (Lereya et al., 2015; Takizawa et al., 2014). Além disso, estudos transversais revelam que adultos que relataram ter sido vítimas de *bullying* na infância tendem a fazer uma autoavaliação negativa, considerando-se como inferiores e sem valor (Beduna & Perrone-McGovern, 2019), apresentando níveis elevados de ansiedade social, depressão e stresse (Boulton, 2013; McCabe et al., 2010), além de temerem avaliações negativas, baixa autoestima e insatisfação com a vida (Blood & Blood, 2016).

Destaco ainda, que a posição de A. como a filha mais nova e as responsabilidades que enfrentou enquanto vivia com os pais contribuíram para que ela se tornasse mais independente

e desenvolvesse características como o perfeccionismo. O crescimento num ambiente inseguro refletiu-se na necessidade de controlo.

De uma forma positiva, a compreensão e ajuda do namorado de A. torna-se fundamental no percurso da paciente.

O cérebro de uma pessoa ansiosa começa a angustiar-se muito antes do evento estressante. A ansiedade surge com a possibilidade de que algo não aconteça como previsto ou que algo mau aconteça, gerando uma descarga de pensamentos e sensações antecipatórias. Frequentemente, as pessoas sofrem por antecipação, preocupando-se com problemas que ainda não existem e, muitas vezes, nem chegam a acontecer. Além disso, tendem a catastrofizar e a projetar as suas expectativas futuras de forma negativa (Penha, 2022).

Intervenção Psicológica

Considerando os aspetos discutidos e explorados na primeira consulta, incluindo a entrevista de avaliação e a recolhaamnésica, e alinhando-se aos objetivos terapêuticos e às queixas apresentadas pela paciente, a intervenção foi realizada com base na Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), que compreendeu um total de 8 consultas interrompidas pelo término do estágio.

Desde o surgimento da TCC, diversas abordagens derivadas desta terapia têm emergido ao longo dos anos. No entanto, todas partilham três pressupostos básicos comuns: primeiro, o papel mediador da cognição, que propõe que o processamento cognitivo influencia sempre as respostas a eventos internos e externos; segundo, a noção de que a atividade cognitiva pode ser avaliada, monitorizada e medida; e terceiro, a ideia de que o comportamento desejado pode ser influenciado através da mudança cognitiva (Singulane & Sarte, 2017, p. 785). A eficácia deste modelo depende da relação terapêutica estabelecida entre o paciente e o terapeuta (Matos & Oliveira, 2013).

Na primeira consulta foi realizada uma entrevista semiestruturada para a recolhaamnésica. Nesta foi reunida toda a informação de A., contextualizando a sua história clínica, queixas e sintomas de forma a sustentar o pedido psiquiátrico e delinear uma intervenção psicoterapêutica adequada. Não foi considerada necessária a aplicação de escalas de avaliação psicológica, pois a entrevista e a descrição dos comportamentos foram suficientes. Foi explicado à paciente que iria ser realizada uma intervenção com recurso a técnicas cognitivo-comportamentais, que trabalham o pensamento e o comportamento, com o objetivo de minimizar a ansiedade associada às obsessões e reduzir a frequência das compulsões.

A intervenção realizada nesta primeira consulta foi a psicoeducação que englobou a abordagem dos conceitos de ansiedade, os dois domínios da POC (obsessões e compulsões) e as consequências na vida diária. No término da consulta, foi ainda solicitado a A. que trouxesse, na próxima consulta, um registo livre dos rituais associados à POC, categorizados por ordem de relevância com base na frequência, intensidade e impacto no seu funcionamento diário. Visando uma compreensão mais detalhada dos rituais e identificação do ponto de partida.

Na segunda consulta, a paciente entregou o registo solicitado na consulta anterior e solicitei que fosse descrevendo os pensamentos associados a cada comportamento. Apresentou da seguinte forma: como mais relevante, verificar as portas 3 ou 4 vezes, por medo que a roubem e identifica situação na adolescência em que o irmão lhe roubava pertences para oferecer à namorada; verificar as redes sociais por medo de ter publicado alguma fotografia sem querer e não identifica situação anterior; verificar as torneiras fechadas 3 vezes, por receio de desperdício e sugere que possa estar relacionado com a gestão rigorosa que a mãe tinha financeiramente; alinhar objetos como calçado, perfumes, rótulo da garrafa de água “não podem estar tortos” (sic); e beber 5 golos de água antes de dormir, como menos relevante.

O objetivo foi iniciar pelo ritual que A. identificou como menos relevante. Nesta consulta introduziu-se a reestruturação cognitiva com o objetivo de promover um pensamento mais equilibrado e realista. A reestruturação cognitiva visa identificar pensamentos disfuncionais e ensinar o paciente a considerar alternativas mais assertivas. Com a identificação e questionamento desses pensamentos disfuncionais, torna-se possível desaprendê-los, permitindo que cognições mais realistas sejam adotadas (Bahls & Navolar, 2004; Knapp, 2004; Moura et al., 2018; Mululo et al., 2009; Reyes & Fermann, 2018). De forma a eliminar o ritual identificado como menos relevante, sugeri e motivei a diminuição do número de golos.

Quando os rituais não são realizados, a ansiedade pode aumentar significativamente. Para ajudar a gerir essa ansiedade, utilizei a técnica de respiração diafragmática. Inicialmente foi realizada psicoeducação de forma a apresentar à paciente as consequências que uma respiração correta *versus* incorreta possui na sua sintomatologia. Padrões de respiração impróprios levam à hiperventilação que conduzem ao aumento significativo da oxigenação sanguínea que dá origem a sintomas fisiológicos como: tonturas, sufocação e taquicardia (Manfro, et al., 2008). Desta forma, para a prática de uma respiração correta, foi exemplificado a A. que, nesta técnica, a entrada do ar causa a expansão da barriga e a saída do ar a contração da mesma, evitando movimentar os ombros. Realizei esta técnica juntamente com a paciente e

reforcei a importância da prática diária, não só para momentos de crise, mas também como forma preventiva.

Na terceira consulta, A. revelou progressos. Referiu que já não conta os golos e que ingere água apenas quando tem sede, que reduziu a frequência de alinhar os objetos e de verificar as redes sociais para 2 vezes por dia. Observei, neste momento, que a paciente conseguiu reduzir a frequência de um ritual que anteriormente considerou como o segundo mais relevante. Valorizei a conquista e motivei a continuar a progredir.

Nesta consulta, A. apresentou queixas relativas a um aumento de ansiedade. Referiu a mudança de emprego para um local em que residia anteriormente e relata inseguranças, falta de autoestima e receio de que os outros possam julgar ou compará-la pelo seu aumento de peso. Considerei necessário trabalhar os pensamentos automáticos negativos. Foi explicado à paciente que os nossos pensamentos influenciam os nossos comportamentos, e que, por isso, era importante trabalhar mentalmente os pensamentos negativos, substituindo-os imediatamente por pensamentos mais racionais, lógicos e tranquilizadores. Foi demonstrado em consulta como realizar este exercício. O registo de pensamentos automáticos disfuncionais tem o objetivo de ajudar os pacientes a descobrir, esclarecer e alterar os significados que atribuem a eventos perturbadores de modo a realizar respostas mais racionais (Moura, et al., 2018)

Foi também sugerido à paciente que iniciasse alguma atividade desportiva, ressaltando a importância desta prática para a redução da sintomatologia ansiosa e paralelamente melhorar a sua autoestima. O exercício físico desempenha um papel fundamental na prevenção e no tratamento de perturbações de saúde mental, contribuindo para a redução dos sintomas, promovendo a reintegração social e melhorando a disposição física, o humor e a autoestima dos indivíduos em sofrimento mental (Minghelli et al., 2013).

Na quarta consulta, A. referiu conseguir gerir melhor os pensamentos automáticos negativos que lhe surgem e diminuiu a frequência de verificar as torneiras para 1 vez e as portas para 2 vezes. Observei, novamente, que existiram progressos em rituais anteriormente considerados como os mais relevantes. Desta forma, questioneei sobre, dos que ainda existiam, qual seria o mais fácil de reduzir ou eliminar. A. referiu que, contrariamente ao que pensava, verificar as torneiras se tornou o menos relevante.

Pela elevada carga de trabalho, a paciente referiu não ter muito tempo livre para atividades. Assim, considerei importante utilizar a técnica de psicoeducação para elucidar dos

benefícios do exercício físico, ao qual juntamente com a mesma, percebemos que o mais viável seriam pequenas caminhadas ou a passadeira elétrica que possuía em casa e não utilizava.

Na quinta consulta, a paciente referiu que praticou exercício na passadeira, no entanto que se sentia bastante cansada pela atividade laboral, começou a ingerir café e que, por isso, se sentia “mais acelerada” (sic). Desta forma, pareceu-me pertinente procurar uma solução e sugeri consultar um farmacêutico ou outro profissional de saúde. Motivei ainda a praticar as técnicas aprendidas de forma a diminuir o stress e melhorar a qualidade do sono.

Nesta consulta, a paciente referiu que quando acorda já não verifica as redes sociais e que os outros rituais não tiveram alterações desde a última consulta. De forma a reconhecer essa conquista e promover a motivação, utilizei o reforço positivo, através de elogios verbais e destaquei o progresso alcançado até ao momento. De acordo com Miller e Davis (2023), o reforço positivo na TCC tem mostrado efeitos benéficos significativos nos resultados terapêuticos e na adesão ao tratamento.

No final da consulta, sugeri ainda atividades sociais, como passeios e convívios nos dias livres, de forma a combater o isolamento.

Na sexta consulta, o discurso de A. foi centrado no cansaço que sentia pela atividade laboral e refere que começou a tomar vitaminas. Apresentou ainda alguma indecisão sobre manter o seu próprio espaço.

Nesta consulta, motivei a paciente a uma análise de prós e contras sobre a sua dúvida, de forma a promover uma maior clareza mental, reduzir a ansiedade e motivar. Desta forma, em conjunto, consideramos uma possibilidade benéfica de manter o seu espaço próprio e substituir o emprego atual no centro de estética de outrem por outro que exigisse menos carga horária. Erickson e Ritter (2020) sublinham que a análise de prós e contras mostra-se eficaz para a definição e realização de metas pessoais. Afirmam que esta técnica auxilia os indivíduos a esclarecer opções, permitindo uma decisão mais informada e ponderada.

Relativamente aos rituais, referiu já não alinhar os objetos, nem colocar o rótulo da garrafa de água para a frente. Relatou ainda que possui uma maior capacidade de controlo da ansiedade e facilidade em substituir os pensamentos negativos por pensamentos mais saudáveis.

Na sétima consulta, a paciente apresentou-se bastante positiva. A sua aparência estava mais cuidada, maquilhada pela primeira vez e referiu estar a cuidar mais de si. A atividade laboral melhorada, praticou exercício físico e melhorou a sua alimentação. Referiu que os rituais estavam quase eliminados e que, apenas os realizava quando se sentia mais ansiosa.

Nesta consulta, realizei reforço positivo e sintetizei as técnicas aprendidas para a gestão da ansiedade. Procurei ainda compreender um pouco melhor a dinâmica familiar de A. e a sua evolução pessoal ao longo dos anos “eu antes era respondona e não deixava que me calcassem, agora (ansiedade) parece que não consigo responder” (sic). Observei, através dos relatos de A. que esta possuía traços hostis ao longo da vida. Desta forma, pretendi melhorar a capacidade da paciente se expressar com os outros, na resolução de conflitos, de uma maneira mais assertiva, explicando-lhe que a forma como lidava antigamente poderia não ser a mais correta e que por atualmente não ser assim, não significava que era errado.

Na oitava consulta, observei uma ligeira regressão no humor de A.. Apresentou queixas de ansiedade, referiu não se enquadrar no trabalho pela dinâmica com a patroa e não ter tempo para si própria. Contudo, referiu enviar currículos e mantinha a vontade de mudança de emprego. Relatou ainda conflito com a sogra em que esta a insultou “para se superiorizar, chamou-me gorda” (sic). Positivamente, referiu procurar sair da rotina com o namorado e que tem convivido com um casal amigo.

No final da consulta, sugeri a A., a sua integração num grupo de relaxamento realizado na unidade hospitalar, explicando-lhe o funcionamento, horário, planeamento e objetivos. A paciente mostrou-se motivada e entusiasmada.

Após as 8 consultas com A., esta foi encaminhada para outro psicólogo devido ao término do meu estágio, para posteriormente iniciar o grupo de relaxamento. Considero importante realçar algumas conquistas concretizadas pela paciente como a diminuição significativa dos rituais relacionados à POC, especialmente aqueles que inicialmente tinha considerado como os mais difíceis; o esforço por alterar o pensamento disfuncional por outro mais lógico; o empenho em realizar as tarefas sugeridas como a atividade física e social; e a luta e consciência de dedicar-se mais a si. Contudo, a continuidade de acompanhamento visa trabalhar problemáticas e dificuldades ainda pendentes, nomeadamente a ansiedade, dinâmica familiar, autoestima e prevenção de recaída.

Reflexão do caso clínico “A.”

O início do processo terapêutico teve como objetivo estabelecer uma relação de confiança e segurança, para que A. se sentisse valorizada, tendo em conta a sua experiência prévia com acompanhamento. A proximidade da faixa etária de A. e a minha foi reconhecida pela paciente na última consulta como uma vantagem, o que contribuiu e refletiu na sua motivação durante o processo terapêutico.

O que mais me ressaltou neste caso clínico vai de encontro ao aspeto anteriormente mencionado, a facilidade na comunicação. Ao longo das sessões A. mostrou-se sempre colaborativa, o que resultou em progressos. Foi gratificante perceber em cada consulta que os rituais associados à POC estavam a ser eliminados, o que gerava uma satisfação de ambas as partes. Contudo, na última consulta, quando me deparei com uma regressão do humor da paciente, surgiram-me reflexões sobre o percurso feito. Não posso deixar de refletir que uma evolução tão positiva num curto espaço de tempo, pode revelar progressos terapêuticos ou uma forma de A. me querer agradar. Desta forma, seria fundamental perceber a autenticidade dos relatos da paciente.

Neste caso clínico percebi que os altos, mas também os baixos são parte integrante do processo terapêutico e que ainda existe a continuação do caminho a percorrer, com outro profissional de saúde.

4. Caso clínico “R.”

Dados de identificação

R. é um adulto de 36 anos, do género masculino, solteiro e sem filhos. Pertence a uma fratria de 3 irmãos, dois irmãos gémeos mais velhos, ambos do género masculino. Tem o 9º ano, qualificação nível 2, e trabalha como padeiro. Reside com a namorada com quem mantém um relacionamento há 5 anos.

Motivo de Encaminhamento

O encaminhamento para a consulta de Psicologia foi realizado através do seu médico psiquiatra. Este identifica uma Perturbação de Uso de Canabinóides (PUC) e provável Perturbação de Personalidade Antissocial (PPAS). Desta forma, solicitou avaliação de personalidade e acompanhamento.

Fontes de Informação

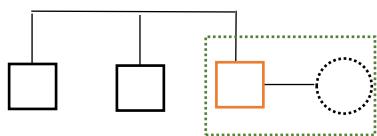
Todas as informações recolhidas e apresentadas sobre a história clínica foram descritas pelo paciente e obtidas ainda através da análise do processo clínico.

Genograma

Figura 2

Genograma de R.





Legenda:

- Indivíduo do género feminino
- Indivíduo do género masculino
- Paciente “R.”
- Indivíduo com quem mantém uma relação amorosa
- Coabitantes

História Pessoal e Familiar

O paciente vive com a namorada há poucos meses, a quem apelidou de “minha rapariga” (sic.) e referiu manter um “relacionamento normal” (sic.). Relatou, friamente, que iniciou o relacionamento com a namorada, questionando um amigo entre qual de duas pessoas escolhia e que, esse, escolheu a atual companheira. Afirmou dificuldades na comunicação com a namorada “há coisas que não dão para falar com ela, irrita-me mais” (sic.) e incómodo com o pensamento e comportamento da namorada “imatura (...) com problema cognitivo que não a deixa avançar” (sic.) e referiu “ir suportando” (sic.).

O pai tem 75 anos e a mãe tem 73 anos, com quem referiu ter pouca comunicação "toda a gente fala e eu sou o bebé... não falam comigo porque eu os faço debater e dá sempre conflito" (sic.). Afirmou ser considerado "sensível" (sic.) aos olhos da família, por escolha própria "porque assim deixam-me em paz" (sic.). Fundamentou com situação ocorrida na infância, em que o pai, acidentalmente, atropelou a gata de estimação e evitou contar a R. Este referiu que se riu quando soube e que foi um alívio, enquanto os pais temiam entristecê-lo.

Tem dois irmãos gémeos de 50 anos, do género masculino e referiu que chama “irmão” quando se dirige apenas a um deles. ““Um dos meus irmãos é mais psicopata e o outro mais narcisista” (sic.)”.

Não existem informações sobre a infância. Dos 18 aos 21 anos, R. viveu sozinho, pela mudança de residência dos pais para o norte do país. Durante esta altura, referiu envolvimento com “más companhias” e aos 21 anos, foi residir com os pais. Definiu-se como apático, no entanto considerou que demonstra o que sente pela namorada, de maneiras diferentes. Referiu ter vários conhecidos, mas poucos amigos e afirmou que o único amigo não o contactava há 6 meses. Relatou sentir-se diferente dos outros “socialmente nunca fui aceite” (sic.) e referiu que, por vezes, se apercebe que se comporta de determinada forma para ser socialmente aceitável.

Hábitos toxífilicos

O paciente apresentou um padrão de uso de substâncias caracterizado por um elevado consumo de álcool e de outras substâncias. “5 cervejas em 2 semanas, 20 cigarros por dia e 2/3 gramas de pólen por semana” (sic.).

Antecedentes médicos e psicológicos

R. foi acompanhado em psiquiatria entre 2014 e 2018 por Perturbação de Personalidade (PP) cluster B e abuso de canabinóides, no qual teve alta por abandono. Alucinações, desde criança, visuais e auditivas “valquíria (anjo da morte)”. Acompanhado novamente em 2021 “Registo de consultas: “Prazer em ver coisas macabras. Vários processos por tentativas de homicídio. Fazia parte de um grupo de *skin heads*. "Estou sob influencia de produtos de CBD." A minha cabeça nunca funcionou bem. Ficava com ereções sempre que maltratava pessoas - cortes e agressões físicas”” (Psiquiatra). Acompanhamento concomitante em Psicologia; Ida a uma unidade de saúde em 2023 por ideação heterolesiva, orientação terapêutica, na qual não cumpriu a medicação. Descreveu antecedentes de sintomatologia psicótica associada ao consumo de canabinóides.

R. descreveu uma Perturbação de Stress Pós-Traumático (PSPT) do pai e provável perturbação de personalidade dos irmãos ““1 irmão virado para a psicopatia (agrediu as esposas) e outro mais anarquista, mais virado para o planeamento... muito desconfiado” (sic) acrescentando ter "um pouco dos dois" (sic)”.

História Atual

O paciente referiu dificuldade em controlar impulsos que geram agressões e relatou episódio, no ano passado, de ideação heterolesiva contra o ex-patrão que acusou de exploração “fui ao Centro de Saúde (CS) e disse que queria abrir o meu patrão ao meio como um porco (sic.)”. Este tem vários processos em tribunal encerrados associados a ideações heterolesivas.

R. afirmou ter prazer em torturar e que o deixa relaxado afiar facas. Referiu ainda já ter feito um desenho com um bisturi no peito há muitos anos. Relatou ter baixa tolerância à frustração e sentir que vive em dois polos opostos.

O paciente expressou uma certa inexistência de sentimentos pelas pessoas. Afirmou que pensou em terminar o relacionamento com a namorada, mas desistiu devido às responsabilidades financeiras com o pagamento do carro e da casa, além de não ter para onde ir em caso de separação, sendo este o único motivo pelo qual ainda estão juntos. "Não sinto

nada pelas pessoas. É tudo falso.... só quero que o mundo arda... até com os meus pais e namorada aqui (sic.)” (Psiquiatra).

R. referiu sentir-se muito cansado pela sua atividade laboral como padeiro, principalmente na Páscoa, que referiu ter trabalhado 26h com apenas meia hora para alimentação. Relatou ainda estar limitado por não ter muitas oportunidades no local onde vive e caracterizou a população da sua localidade como “retrógrados”.

Nos tempos livres, o paciente referiu usufruir para descansar e ocupar-se com jogos e séries. Apresentou ainda, como única atividade de interesse, tiro com arco, não praticável pelo seu elevado custo.

Numa das consultas com o psiquiatra “Aborda a repetição de avaliação de personalidade, decorou as categorias em que pontuou mais” (Psiquiatra).

Exame do Estado Mental e Comportamento Observável

O paciente apresentou-se com um humor neutro, postura calma, atenção fácil de captar e mantida e orientado em todas as referências. O seu discurso foi sarcástico e pontualmente desadequado durante a aplicação do instrumento de avaliação, fazendo reflexões em voz alta. Globalmente observei ainda alguma frieza e superficialidade.

Instrumento de Avaliação Aplicado

Na consulta foi abordada primeiramente o sigilo profissional e a importância da colaboração do paciente. Em seguida foi realizada uma entrevista semiestruturada para a recolha da anamnese, de forma a possibilitar um melhor conhecimento sobre a história de vida do paciente e de manter uma boa relação terapêutica.

Tendo em conta o pedido do médico psiquiatra, para a avaliação da personalidade foi utilizado o questionário Mini-Mult. O Mini-mult (Kincannon, 1968) é uma versão reduzida do inventário de personalidade MMPI (Inventário Multifásico da Personalidade de Minnesota – Hathaway & McKinley, 1943). Este é um instrumento de autopreenchimento, constituído por afirmações com possibilidades de resposta entre verdadeiro e falso. Desta forma, por ser um questionário de autopreenchimento e reduzido, foi possível ser aplicado numa só sessão.

Resultados

Tabela 4

Resultados obtidos por R. no Mini-Mult

Escalas Mini-Mult	Resultados Obtidos
Hipocondria (Hs)	65
Depressão (D)	81
Histeria (Hy)	65
Psicopatia (Pd)	77
Paranóia (Pa)	75
Psicastenia (Pt)	72
Esquizofrenia (Sc)	73
Hipomania (Ma)	69

A escala Hipocondria (Hs) compreende queixas, preocupações e sintomas relacionados com a saúde corporal. R. obteve um resultado moderado elevado. Os indivíduos com elevações nesta escala, de um modo geral são descritos como egocêntricos, imaturos e pessimistas. A escala Depressão (D), foi desenvolvida para medir o sintoma clínico da depressão. R. obteve um resultado elevado. A elevação desta escala não se relaciona só com a depressão em si, mas também uma indicação de que as defesas contra a ansiedade são insuficientes, manifestando comportamentos antissociais, desconfiança, suscetibilidade, rigidez e hostilidade, além de um controlo escasso da agressividade e sentimentos de natureza persecutória. A escala Histeria (Hy), inclui itens que se associam com a presença de queixas, sintomas somáticos e com a habilidade social de negar tais sintomas. R. apresentou um resultado moderado elevado. Este resultado pode indicar que os sujeitos sentem necessidade de se apresentar de forma favorável, apesar de serem descritos como ingênuos e egocêntricos e carecem de insight em relação a si próprios e com os outros, acabando por serem manipuladores, para satisfação das suas necessidades pessoais. A escala Psicopatia (Pd), destina-se a identificar um desajustamento social e perturbações de personalidade associadas com défices no controlo dos impulsos com passagem ao ato. R. obteve um resultado elevado. Pontuações elevadas nesta escala sugerem características associadas e amorais, os indivíduos são caracterizados como imaturos, egocêntricos, impulsivos e emocionalmente instáveis. A escala Paranóia (Pa), foi desenvolvida no sentido de diagnosticar o quadro clínico da paranóia. R. apresentou elevação nesta escala. Os sujeitos com resultado elevado nesta escala projetam a culpa e a hostilidade expressando os conteúdos agressivos de formas indiretas, envolvendo outras pessoas, apresentando suspeição,

rigidez e hostilidade. A escala Psicastenia (Pt), inclui aspetos fóbicos, obsessivo-compulsivos, fadiga intelectual, dúvida e indecisão. R. obteve um resultado elevado. A elevação desta escala sugere sujeitos com características como ansiedade, tensão e preocupação, com recursos insuficientes no controlo da ansiedade. A escala Esquizofrenia (Sc), identifica os sujeitos que se caracterizam pela presença de ideias e comportamentos bizarros. R. obteve um valor elevado. Os indivíduos com elevação nesta escala são descritos como confusos, retraídos, individualistas, impulsivos e não convencionais. A escala Hipomania (Ma), foi desenvolvida para diagnóstico do estado hipomaníaco e casos leves de mania, caracterizado por hiperatividade, excitação emocional e fuga de ideias. R. apresentou um resultado moderado elevado. Estes revelam ainda competitividade, narcisismo e medo de se sentirem submissos ou dependentes.

Enquadramento concetual

R. foi encaminhado para a consulta de psicologia com sugestão de uma Perturbação de Personalidade Antissocial (PPAS). A PPAS é uma condição psiquiátrica complexa, caracterizada por padrões persistentes de desrespeito pelos direitos dos outros, comportamentos impulsivos, falta de empatia e remorso, bem como tendências para manipulação e engano. A compreensão da PPAS requer uma análise cuidadosa de uma vasta gama de fatores, incluindo influências genéticas e ambientais, que desempenham um papel crucial no seu desenvolvimento e diagnóstico (Silva, 2016). O indivíduo com PP revela comportamentos que não se ajustam à cultura em que está inserido e que se manifestam em diferentes contextos da sua vida, afetando-os de forma significativa. A PPAS é um transtorno de personalidade do Cluster B, presente no DSM-5, que se caracteriza por uma enorme dificuldade em seguir normas sociais e por abusar dos outros para obter prazer pessoal (APA, 2014).

Tabela 5

Critérios Diagnósticos da Perturbação de Personalidade Antissocial (PPAS) (APA, 2014)

Critérios Diagnósticos da Perturbação de Personalidade Antissocial (PPAS)
A. Um padrão geral de desrespeito e violação dos direitos dos outros, que começa na infância ou adolescência e continua na idade adulta, conforme indicado por três (ou mais) dos seguintes: Incapacidade de se comportar de acordo com normas sociais e respeitar leis, manifestada pela elevada prevalência de comportamentos criminosos. <ol style="list-style-type: none">1. Falsidade, enganando os outros para obter prazer ou proveito próprio.2. Impulsividade ou incapacidade de planear com antecedência.3. Irritabilidade e agressividade, como evidenciado por brigas físicas ou agressões.

4. Desprezo pela segurança do próprio e dos outros, manifestado pela adoção de comportamentos sexuais de risco, condução acima do limite de velocidade, abuso de substâncias, entre outros.
 5. Irresponsabilidade consistente, manifestada pela incapacidade de manter um emprego ou cumprir com responsabilidades financeiras.
 6. Ausência de remorso, manifestada pela indiferença ou racionalização de comportamentos que magoam os outros.
- B. O indivíduo deve ter pelo menos 18 anos de idade.
- C. Evidências de um transtorno de conduta devem ter sido apresentadas antes dos 15 anos de idade.
- D. O comportamento antissocial não deve ocorrer exclusivamente durante o curso de esquizofrenia ou transtorno bipolar.

Este modelo tem sido criticado pelas suas limitações em termos de sensibilidade e especificidade. Desta forma, foi desenvolvido um modelo alternativo para o diagnóstico de PP (MAPP), apresentado na Seção III "Modelos e Medidas Emergentes" do DSM-5 (APA, 2014).

O Modelo Alternativo de Diagnóstico no DSM-5 introduz um enfoque adicional ao diagnóstico de PP, acrescentando a avaliação da disfunção no funcionamento da personalidade, considerada como um contínuo de gravidade (Critério A). Este avalia duas dimensões principais: a dimensão do próprio, que inclui identidade e *self-direction* e a dimensão interpessoal, que abrange empatia e intimidade. Para o diagnóstico de PPAS, o indivíduo deve apresentar disfunção moderada ou grave em pelo menos duas destas áreas. Além da avaliação da disfunção de personalidade, o Modelo Alternativo exige a presença de seis ou mais dos seguintes traços de personalidade (Critério B):

1. Manipulação
2. Indiferença/Insensibilidade
3. Falsidade
4. Irritabilidade e agressividade
5. Comportamentos de risco
6. Impulsividade
7. Irresponsabilidade

Estes traços são descritos no *Personality Inventory for DSM-5* (PID-5), que é apresentado na Seção III do DSM-5. Este modelo alternativo visa oferecer uma compreensão mais precisa e quantitativa da personalidade, complementando os critérios diagnósticos tradicionais (APA, 2014).

Considerando os critérios diagnósticos (APA, 2014), R. mostrou ao longo da vida um padrão geral de desrespeito e violação dos direitos dos outros (Critério A), presente pela incapacidade de se comportar de acordo com as normas sociais e respeitar leis (Critério A.1.) evidenciado pela ideiação heterolesiva e prazer em torturar “fui ao CS e disse que queria abrir o meu patrão ao meio como um porco” (sic) e pelos processos em tribunal que afirmou ter. Falsidade, enganando os outros para obter prazer ou proveito próprio (Critério A.2.) é evidenciada pela situação do seu relacionamento amoroso, que foi iniciado pela escolha de um amigo e mantido apenas por questões financeiras, revelando um comportamento desinteressado pela sua companheira. Impulsividade ou incapacidade de planear com antecedência (Critério A.3.) é demonstrada pela dificuldade em controlar impulsos que geraram comportamentos agressivos e violentos relatados na história clínica do paciente. A irritabilidade e agressividade (Critério A.4.) são evidenciadas pela presença de episódios de ideiação heterolesiva e prazer em comportamentos violentos de tortura e agressão física relatados, como afiar facas e o desenho com um bisturi no peito. A indiferença pela segurança do próprio e dos outros (Critério A.5.) é observada no padrão de uso excessivo de substâncias, como o elevado consumo de álcool e drogas, e na sua disposição para se envolver em comportamentos de risco. A irresponsabilidade consistente (Critério A.6.) é refletida pela incapacidade de manter um emprego estável e cumprir com responsabilidades financeiras, evidenciada pelo relato de dificuldades na sua atividade laboral e pelo mantimento do relacionamento amoroso apenas por questões financeiras, bem como pelo abandono de consultas e não adesão à medicação. Por fim, a ausência de remorso (Critério A.7.) é claramente demonstrada na sua falta de empatia e na racionalização de comportamentos prejudiciais, como a sua reação fria ao acidente com a gata de estimação e a sua expressão de indiferença e hostilidade em relação aos outros. O paciente corresponde ainda aos critérios B, C e D.

No Modelo Alternativo, R. demonstra disfunção moderada a grave nas dimensões do próprio e interpessoal. O paciente apresenta dificuldade em manter uma identidade estável e incapacidade de estabelecer relações interpessoais genuínas, como evidenciado pela sua descrição fria e desinteressada do relacionamento com a namorada, a ausência de contacto com o único amigo há mais de 6 meses e a falta de empatia e intimidade nas relações com a família. Os traços de personalidade do paciente englobam todas as características apresentadas neste modelo: manipulação, indiferença/insensibilidade, falsidade, irritabilidade e agressividade, comportamentos de risco, impulsividade e irresponsabilidade.

No Mini-Mult, o examinado apresentou um perfil válido e com uma atitude honesta na realização da avaliação. Face aos resultados obtidos, R. demonstra uma atitude que sugere a presença de perturbação emocional, tentando projetar uma imagem patológica de si mesmo e apresentando-se como pouco convencional. Revela grande dificuldade em lidar com o stress e possui defesas insuficientes face à ansiedade, manifestando comportamentos antissociais, desconfiança, suscetibilidade, rigidez e hostilidade, além de um controlo escasso da agressividade e sentimentos de natureza persecutória. R. projeta culpa e hostilidade através de conteúdos agressivos indiretos, envolvendo terceiros. Apresenta ainda traços de imaturidade, egocentrismo e pessimismo, associados a traços narcísicos. Expressa um comportamento de rebeldia relativamente às normas sociais e aos valores estabelecidos, sendo moralista e inconformista, com tendência a estabelecer relações sociais superficiais.

Em conclusão, R. apresenta um quadro clínico caracterizado por comportamentos antissociais persistentes e um padrão de uso problemático de canabinóides. Além do impacto na criminalidade, a Perturbação de Personalidade Antissocial está associada a comorbilidades como a Perturbação de Uso de Substâncias, depressão major, e perturbação bipolar (Black, 2015). Alguns estudos também indicam uma maior taxa de mortalidade por causas naturais e não naturais entre esses indivíduos. É ainda comum nesta perturbação, dificuldades em manter relações interpessoais e um emprego estável (Black, 2015). Estes consumos podem ainda exacerbar ou influenciar os sintomas. Destaco ainda o envolvimento com más companhias que referiu ter, na altura em que vivia sozinho.

Considerando os relatos de R. sobre as condições psicológicas dos seus irmãos, estudos com famílias e gémeos indicam que a hereditariedade tem um papel relevante na vulnerabilidade a esta perturbação. Variantes genéticas específicas podem estar associadas a características como impulsividade, falta de empatia e comportamentos antissociais que se observam na PPA (Lima & Vallada Filho, 2011).

Analisando a entrevista, a análise do processo clínico e os resultados obtidos no Mini-Mult, o paciente cumpre os critérios de diagnóstico de Perturbação de Personalidade Antissocial.

Proposta de intervenção

A gravidade da patologia é, em si mesma, o fator principal de mau prognóstico associado ao doente (Meloy, 1988; Hildebrand & De Ruyter (2012). A severidade da sintomatologia está ligada a uma menor probabilidade de sucesso terapêutico, uma vez que a eficácia da psicoterapia depende da capacidade do paciente em estabelecer uma relação terapêutica. Em

casos de perturbações graves de personalidade, é comum haver resistência ao tratamento e uma maior taxa de abandono do processo terapêutico (Meloy, 1988; Kernberg, 1993; Hildebrand & De Ruiter, 2012).

Considerando a situação clínica de R., parece-me importante uma intervenção conjunta de medicação e psicoterapia. Inicialmente é fundamental estabelecer as condições necessárias para o tratamento. Uma relação terapêutica pode ser difícil de ser estabelecida, devido às características do paciente, contudo é fundamental para minimizar o risco de abandono ao tratamento, tendo em conta que o paciente já teve alta por abandono anteriormente e orientação terapêutica na qual não cumpriu a medicação. Uma intervenção multidisciplinar com recurso à TCC, torna-se importante para ajudar o paciente a modificar comportamentos como a sua agressividade, impulsividade e relacionamentos interpessoais, através da reestruturação dos seus pensamentos disfuncionais. Melhorar a gestão de stress e a tolerância à frustração podem reduzir a ideação heterolesiva e comportamentos de risco, promovendo ainda o desenvolvimento de competências emocionais e sociais. A PUC anteriormente diagnosticada, deve ser também abordada na psicologia de forma a identificar os motivos do consumo, o controlo do mesmo e prevenção de recaída. A reavaliação deve ser realizada, bem como continuação de acompanhamento em psiquiatria e psicologia.

Reflexão do caso clínico “R.”

Este caso clínico foi um dos mais desafiantes e distintos que tive a oportunidade de acompanhar. Ao receber o encaminhamento do médico psiquiatra e, juntamente com a minha orientadora, analisar a história do paciente, senti uma certa insegurança, dada a complexidade e novidade do quadro clínico apresentado.

O paciente apresentou uma postura extremamente fria e sarcástica, que em momentos parecia subestimar o meu trabalho e um discurso alternado entre respostas fechadas e pseudo elaboradas. Embora tenha conseguido assegurar a consulta, nesses momentos senti uma sensação de ineficácia e uma certa dificuldade em estruturar a mesma.

Contudo, este caso clínico despertou-me imensa curiosidade e, por se ter destacado pela sua diferença considero que tenha sido também uma oportunidade.

Conclusão

O início do estágio curricular significou, para mim, momentos de muita ansiedade pelo desconhecido, mas também muita curiosidade, porque acredito que só sabemos quem somos profissionalmente e o nosso verdadeiro interesse quando nos deparamos com a vertente prática.

É neste momento que aplicamos os conhecimentos previamente aprendidos e nos acrescentamos outros, fundamentais para o nosso futuro.

Na fase inicial de conhecimento das duas unidades hospitalares, percebi que estava no local certo. Apesar das limitações anteriormente apresentadas, estive rodeada pelas pessoas certas. A fase de observação, trouxe-me momentos valiosos, em que conheci situações clínicas distintas, aprendi sobre o comportamento durante a consulta e estratégias discutidas com a minha orientadora. Desta forma, a minha autonomia foi desenvolvida e, em paralelo, surgiram-me diferentes sentimentos e emoções. As consultas realizadas de forma autónoma foram desafiantes, inicialmente marcadas pelo medo de não ser capaz de dar resposta às necessidades dos pacientes, mas também pela evolução e maior confiança ao longo do tempo. Possibilitou-me conhecer diferentes contextos e desenvolver competências durante a entrevista psicológica, aplicação de instrumentos de avaliação e respetivos relatórios, sem nunca me esquecer da importância da relação terapêutica, empatia e confidencialidade.

Os casos clínicos escolhidos e apresentados, foram distintos aos que habitualmente me surgiam, e exigiram-me reflexões e projeções futuras.

Nem sempre alcancei as minhas expectativas. No entanto, permanecem comigo vários momentos, uns mais desafiantes, por este contacto com a vulnerabilidade humana, mas também compensadores, como o reconhecimento do meu papel pelos pacientes, pela evolução dos mesmos e pela minha própria construção. Talvez por esta ter sido a melhor escolha, é que nunca me surgiu outra.

Referências Bibliográficas

- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Artmed Editora.
- Bahls, S. C., & Navolar, A. B. B. (2004). Terapia cognitivo-comportamental: Conceitos e pressupostos teóricos. *Revista Eletrônica de Psicologia*, 1-11.
- Bastos, A. B. B. I. (2010). A técnica de grupos-operativos à luz de Pichon-Rivière e Henri Wallon. *Psicólogo Informação*, 14(14), 160-169.
https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-88092010000100010&lng=pt&tlng=pt
- Beduna, K. N., & Perrone-McGovern, K. M. (2019). Recalled childhood bullying victimization and shame in adulthood: The influence of attachment security, self-compassion, and emotion regulation. *Traumatology*, 25(1), 21-32. <https://doi.org/10.1037/trm0000162>
- Bernardelli, L. V., Pereira, C., Brene, P. R. A., & Castorini, L. D. C. (2022). A ansiedade no meio universitário e sua relação com as habilidades sociais. *Avaliação: Revista da Avaliação da Educação Superior*, 27(1). <https://doi.org/10.1590/S1414-40772022000100004>
- Black, D. W. (2015). The natural history of antisocial personality disorder. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 60(7), 309-314.
- Blood, G. W., & Blood, I. M. (2016). Long-term consequences of childhood bullying in adults who stutter: Social anxiety, fear of negative evaluation, self-esteem, and satisfaction with life. *Journal of Fluency Disorders*, 50, 72-84.
<https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2016.10.002>
- Boulton, M. J. (2013). Associations between adults' recalled childhood bullying victimization, current social anxiety, coping, and self-blame: Evidence for moderation and indirect



<https://doi.org/10.1080/10615806.2012.662499>

- Cameron, J. (2010). Bereavement in NICU. In G. Bowell (Ed.), *Neonatal intensive care nursing*. Routledge.
- Camon, V. A., et al. (2010). *Psicologia hospitalar: Teoria e prática. O psicólogo no hospital* (2ª ed. revista e ampliada). Cengage Learning.
- Chiattonne, H. B. de C. (2011). A significação da psicologia no contexto hospitalar. In V. A. Angerami Camon (Ed.), *Psicologia da saúde: Um novo significado para a prática clínica* (2ª ed., pp. 145-233). Cengage Learning.
- Crespo, S. (2009). *Histórias de vida e a doença oncológica terminal: Vivências do doente oncológico terminal, da sua família/cuidador e do investigador* (Dissertação de Mestrado). Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto, Portugal.
- da Silva, A. V., & Lopes Gomes, M. (2023). Os desafios do diagnóstico psicológico precoce do transtorno do espectro autista (TEA). *Revista de Casos e Consultoria*, 14(1), e31093.
- de Moraes, R. S., Lima, A. F. G., de Oliveira, D. T., Pereira, I. C., da Silva, J. C. T., dos Reis Custódio, L., & de Azevedo Soares, L. G. (2017). O *setting* terapêutico na realidade do psicólogo hospitalar. *Psicologia e Saúde em Debate*, 3(2), 53-61.
- Erickson, R. J., & Ritter, R. (2020). The role of decision-making strategies in achieving personal goals: A study of the effectiveness of pros and cons analysis in goal setting and achievement. *Journal of Applied Psychology*, 105(7), 1170-1182.
<https://doi.org/10.1037/apl0000470>
- Evans, N., Nizette, D., & O'Brien, A. (2017). *Psychiatric and mental health nursing* (4th ed.). Elsevier.

- Hathaway, S. R., & McKinley, J. C. (1943). *The Minnesota Multiphasic Personality Inventory*. University of Minnesota Press.
- Heberle, A. Y., & Oliveira, L. A. (2016). *Grupos terapêuticos em saúde mental: Uma modalidade na prática dos serviços de atenção à saúde mental*. UNOESC.
- Hildebrand, M., & De Ruiter, C. (2012). Psychopathic traits and change on indicators of dynamic risk factors during inpatient forensic psychiatric treatment. *International Journal of Law and Psychiatry*, 35(4), 276-288.
- Hussain, S. (2021). Guidance and counselling. In *Fundamentals of psychological testing* (pp. 173-179).
- Janeiro, C. (2016). *Psicologia clínica e da saúde*. https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/psis21_especialidades_final.pdf
- Kernberg, O. F. (1993). *Severe personality disorders: Psychotherapeutic strategies*. Yale University Press.
- Kincannon, J. C. (1968). Prediction of the standard MMPI scale scores from 71 items: The Mini-Mult. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 32(3), 319-325.
- Knapp, P. (2004). *Terapia cognitiva comportamental na prática psiquiátrica*. Artmed.
- Kohler, K., Coetzee, B., & Lochner, C. (2018). Living with obsessive-compulsive disorder (OCD): A South African narrative. *International Journal of Mental Health Systems*, 12, 1-11. <https://doi.org/10.1186/s13033-018-0253-8>
- Lereya, S. T., Copeland, W. E., Costello, E. J., & Wolke, D. (2015). Adult mental health consequences of peer bullying and maltreatment in childhood: Two cohorts in two countries. *The Lancet Psychiatry*, 2(6), 524-531. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00165-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00165-0)

- Lima, I. V. M., & Vallada Filho, H. P. (2011). Aspectos genéticos. In M. R. Louzã Neto & T. A. Cordás (Orgs.), *Transtornos da personalidade* (1ª ed., pp. xx-xx). Artmed.
- Manfro, G. G., Heldt, E., Cordioli, A. V., & Otto, M. W. (2008). Cognitive-behavioral therapy in panic disorder. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(1), 1-7.
- Matos, A. C. S., & de Oliveira, I. R. (2013). Terapia cognitivo-comportamental da depressão: Relato de caso. *Revista de Ciências Médicas e Biológicas*, 12(4), 512-519.
<https://doi.org/10.9771/cmbio.v12i4.9203>
- McCabe, R. E., Miller, J. L., Laugesen, N., Antony, M. M., & Young, L. (2010). The relationship between anxiety disorders in adults and recalled childhood teasing. *Journal of Anxiety Disorders*, 24(2), 238-243. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2009.11.002>
- Meloy, J. R. (1988). *The psychopathic mind: Origins, dynamics, and treatment*. Rowman & Littlefield.
- Miller, A. F., & Davis, R. J. (2023). The impact of positive reinforcement on therapeutic outcomes in cognitive-behavioral therapy. *Cognitive Behavioral Therapy Review*, 15(2), 123-135. <https://doi.org/10.1016/j.cogbehavther.2023.01.004>
- Minghelli, B., et al. (2013). Comparação dos níveis de ansiedade e depressão entre idosos ativos e sedentários. *Archives of Clinical Psychiatry*, 40(2), 71-76.
- Ministério da Saúde. (2010). *Estratégia para o desenvolvimento do programa nacional de cuidados paliativos: Rede nacional de cuidados continuados integrados 2011-2013*. Ministério da Saúde, Lisboa.
- Moreira, L. M., & Esteves, C. S. (2012). Revisitando a teoria do setting terapêutico. *Portal dos Psicólogos*, 1-8.
- Moura, I. M., Rocha, V. H. C., Bergamini, G. B., Samuelsson, E., Joner, C., Schneider, L. F., & Menz, P. R. (2018). A terapia cognitivo-comportamental no tratamento do transtorno

- de ansiedade generalizada. *Revista Científica Da Faculdade De Educação E Meio Ambiente*, 9(1), 423-441.
- Mululo, S. C. C., et al. (2009). Terapias cognitivo-comportamentais, terapias cognitivas e técnicas comportamentais para o transtorno de ansiedade social. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 36(6), 221-228.
- Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2011). Evidence-based therapy relationships: Research conclusions and clinical practices. *Psychotherapy*, 48(1), 98-102.
- Penha, É. (2022). *Xô, Ansiedade!/: Um guia prático de autocontrole da ansiedade* (1ª ed.). Viseu.
- Pereira, D. (2021). Psicologia clínica: O que é, objetivo e contextos de atuação. <https://trabalhador.pt/psicologia-clinica-o-que-e-objetivo-e-contextos-deatuacao/>
- Pinto, E. B. (2021). *Dialogar com a ansiedade: Uma vereda para o cuidado*. Summus Editorial.
- Reyes, A. N., & Fermann, I. L. (2018). Instruments for the evaluation of the therapeutic alliance. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 13(1), 49-54.
- Ribeiro, C. M. M. (2013). O setting como fator terapêutico na prática clínica: Construção e validação de um instrumento de avaliação do manejo do setting (Dissertação de doutoramento não publicada). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto. https://sigarra.up.pt/fep/pt/pub_geral.show_file?pi_doc_id=24506
- Roper, N., Logan, W. W., & Tierney, A. J. (1995). *Modelo de enfermagem* (3ª ed.). McGraw Hill.
- Scholl, C., Tabeleão, V., Trettim, J., Mattos, M., Pires, A., Molina, M., et al. (2017). Qualidade de vida no transtorno obsessivo-compulsivo: Um estudo com usuários da Atenção Básica. *Ciencia & Saúde Coletiva*, 22, 1353-1360. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.02062015>

Silva, D. B. P. (2012). *Psicologia hospitalar*.

Silva, J. P. F. (2016). A psicopatia a partir da psicanálise: Desmistificando a visão da mídia.

Mneme: Revista de Humanidades.

Simonetti, A. (2004). *Manual de psicologia hospitalar*. Casa do Psicólogo.

Singulane, B. A. R., & Sartes, L. M. A. (2017). Aliança terapêutica nas terapias cognitivo-comportamentais por videoconferência: Uma revisão da literatura. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 37(3), 784-798.

Soares Araújo, A. F., Barros Oliveira, A. B., Gonçalves, A. G., Viana, B. A., Linhares de Sousa Silva, L., Azevedo Martins, M. E., Mendes Vasconcelos, V., & Pinto Batista Feitosa, W. (2022). Efeitos do uso abusivo de álcool em comunidades rurais: Uma análise integrativa da literatura a partir da teoria das representações sociais. *Revista de Casos e Consultoria*, 13(1).

Sousa, C. R. de, & Padovani, R. da C. (2015). Supervisão em terapias cognitivo-comportamentais: Trilhando outros caminhos além do serviço-escola. *Psico-USF*, 20(3), 461-470.

Sousa, K. dos S., & Silva, P. O. (2023). Transtorno de ansiedade em adolescentes: Impactos no desenvolvimento e agravamento de outras patologias. *Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR*.

Takizawa, R., Maughan, B., & Arseneault, L. (2014). Adult health outcomes of childhood bullying victimization: Evidence from a five-decade longitudinal British birth cohort. *American Journal of Psychiatry*, 171(7), 777-784.

<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2014.13101401>

Twycross, R. (2003). *Cuidados paliativos* (2.^a ed.). Climepsi Editores.

Videbeck, S. L. (2020). *Psychiatric-mental health nursing* (8^a ed.). Wolters Kluwer.

Anexos



Anexo A: Certificado de Ação de Formação “Terapias Cognitivo-Comportamentais de Terceira Geração”

CERTIFICADO DE FREQUÊNCIA DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO

Certifica-se que o (a) Exmo. (a) Senhor (a)

BEATRIZ MACEDO

Participou como formando(a) na Ação de Formação do Serviço de Psicologia, subordinado ao tema:

“Terapias Cognitivo-Comportamentais (TCC) de Terceira Geração”

Que teve lugar nesta ULSTS – [REDACTED], no dia 04 de junho 2024, com a duração de 1 hora.

Conteúdos Programáticos

Introdução

- Introdução das Terapias Cognitivo-Comportamentais (TCC) de Terceira Geração

Desenvolvimento

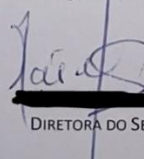
- Apresentação das principais abordagens de Terceira Geração e as suas aplicações clínicas.

Conclusão

- Reflexão sobre a importância das TCC de Terceira Geração no contexto atual da Psicologia e Saúde Mental.

Penafiel e Unidade Local de Saúde Tâmega e Sousa, E.P.E., aos 06 de junho de 2024

O Serviço de Psicologia,


[REDACTED] DRA.
DIRETORA DO SERVIÇO

O SEFI,


[REDACTED], DRA.
DIRETORA SERVIÇO

Certificado n.º FS 3507/2024

Unidade Formativa Acreditada pelo Despacho n.º 13019/98 (2.ª série), de 29 de Julho, da Ministra da Saúde

Anexo B: Certificado de Participação “II Jornadas do Serviço de Psicologia Clínica”

II Jornadas do Serviço de Psicologia Clínica

**D’antigamente
à livre mente**

29 Novembro 2023

CERTIFICADO

Certifica-se que Ana Beatriz Noqueira Teixeira De Macedo

Participou nas II Jornadas do Serviço de Psicologia Clínica – D’antigamente à livre mente, que se realizou no Auditório Hospital [REDACTED], no dia 29 de novembro de 2023.

[REDACTED], 29 de novembro de 2023

O CONSELHO DA ADMINISTRAÇÃO



[REDACTED]

Enfermeiro Diretor

Unidade Formativa Acreditada pelo Despacho n.º 13019/98 (2.ª Série), de 29 de julho, da Ministra da Saúde

[REDACTED]

 **REPÚBLICA PORTUGUESA**
SAÚDE

 **SNS**
SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

[REDACTED]

 **SEFI** SERVIÇO DE ENSINO
FORMAÇÃO E INVESTIGAÇÃO

Anexo C: Formação realizada sobre gestão de stress



GESTÃO DE STRESS

Anexo D: Panfleto “Ansiedade”



CESPU
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

QUANDO PEDIR AJUDA

Se não consegue lidar com a ansiedade e sente que esta condiciona o seu dia e a sua saúde mental, deve procurar a ajuda de um psicólogo.



CESPU
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

A ANSIEDADE FAZ PARTE DA NOSSA VIDA, MAS EM ALGUNS CASOS PODE TORNAR-SE UMA PATOLOGIA.

ANSIEDADE

“O QUE ESTÁ FORA DA VISTA PERTURBA MAIS A MENTE DOS HOMENS DO QUE AQUILO QUE PODE SER VISTO.”
JÚLIO CÉSAR



CONTACTOS

Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental - CHTS

Serviço de Psicologia



ANSIEDADE

A ansiedade é fundamental e reconhecida como parte da sobrevivência humana, sendo uma reação normal ao perigo ou ao stress do dia-a-dia. Falamos em Perturbações de Ansiedade quando existe um medo grave desproporcionado e desadaptativo que tenha impacto e interferência na vida quotidiana e capacidade do normal funcionamento do indivíduo.



SINAIS E SINTOMAS

PSICOLÓGICOS
Medo constante, apreensão, sensação de descontrolo, atenção focada na fonte do medo, preocupações persistentes, dificuldade em adormecer, irritabilidade...

FÍSICOS
Tensão muscular, tremores, respiração acelerada, aumento dos batimentos cardíacos, tonturas, formigueiros, suor, fadiga...

COMPORTAMENTAIS
Evitamento da ameaça ou dos estímulos associados ao perigo, por ansiedade intensa na sua aproximação ou até no ato de pensar sobre elas.

COMO LIDAR


- 1 SUBSTITUIR PENSAMENTOS NEGATIVOS POR POSITIVOS
- 2 ACEITAR QUE NÃO É POSSÍVEL CONTROLAR TUDO
- 3 EXERCÍCIOS RESPIRATÓRIOS
- 4 TÉCNICAS DE RELAXAMENTO E MEDITAÇÃO
- 5 ATIVIDADE FÍSICA



Anexo E: Panfleto “Luto”



**O Luto é um processo,
não um estado.**




Quando pedir ajuda

O luto, embora doloroso, é um processo necessário. Se este se prolongar por demasiado tempo ou se for tão incapacitante que condiciona a sua vida, deve procurar a ajuda de um psicólogo.

CONTACTOS


Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental - CHTS

Serviço de Psicologia



LUTO

“Mesmo sabendo que um dia a vida acaba, nunca estamos preparados para perder alguém”
Nicholas Sparks



LUTO

O luto é uma reação emocional a uma perda significativa, individual e única, sendo vivenciada diferentemente por cada um.

Fases do luto



É comum sentir...

No luto antecipatório

Antecipação pela perda futura de quem está doente, ansiedade, raiva, depressão, desligamento afetivo das pessoas envolvidas no processo...

No luto normal


Solidão, stress, tristeza, choque com a perda, culpa, ansiedade, preocupação com o falecido, evitamentos, rutura social, durante um período de tempo.

No luto complicado

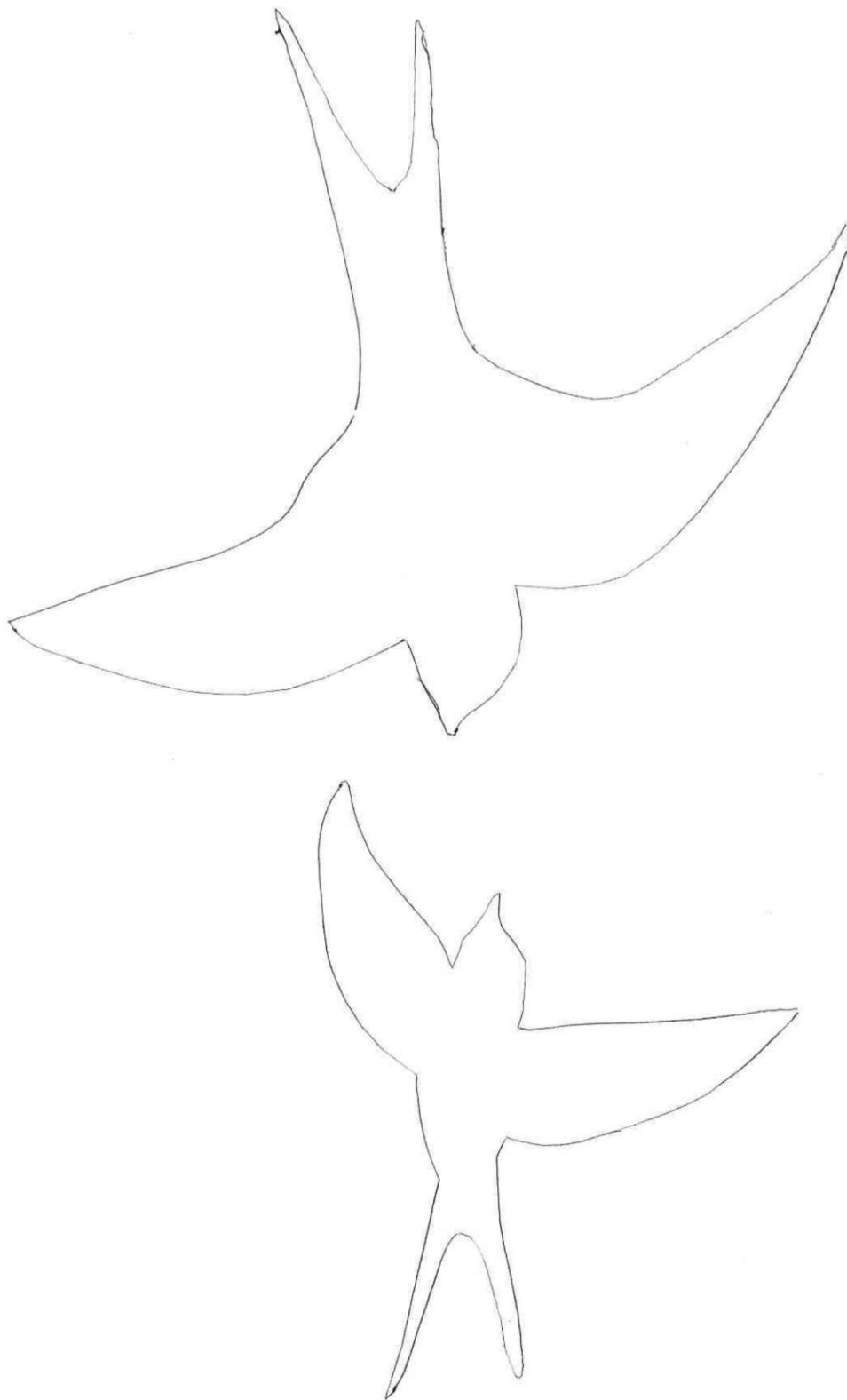
Evolução dos sintomas, durante um longo período de tempo.

É importante....

- Acolher as próprias emoções;
- Fortalecer o contacto com pessoas significativas;
- Estabelecer rotinas;
- Cuidar da saúde física, mental e espiritual.



Anexo F: Exemplo de elementos manuais para a decoração de eventos realizados no hospital



Anexo G: Formação sobre relações interpessoais em contexto hospitalar



RELAÇÕES
INTERPESSOAIS EM I

Anexo H: Exemplo de relatório de avaliação psicológica

RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA

DOENTE:

PROCESSO CLÍNICO N.º:

PEDIDO EFETUADO POR:

AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA PEDIDA: DESEMPENHO INTELECTUAL.

COMPORTAMENTO OBSERVADO

A paciente demonstrou cooperação ao longo da avaliação.

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 = 74: INFERIOR (INCAPACIDADE INTELECTUAL LIGEIRA);
- Q. I. DE REALIZAÇÃO = 60: MUITO INFERIOR (INCAPACIDADE INTELECTUAL SEVERA);
- **Q. I. TOTAL = 64: MUITO INFERIOR.**

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

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

- Dificuldade ao nível da riqueza e tipo de linguagem, compreensão e fluência verbal;
- Dificuldade 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;
- Dificuldade ao nível da atenção concentrada e memória auditiva imediata;
- Dificuldade ao nível dos conhecimentos gerais, assimilação de experiências e memória remota;
- Dificuldade ao nível do juízo prático, compreensão e adaptação a situações sociais;
- Dificuldade ao nível da memória e agudeza visuais;
- Dificuldade ao nível da memória visual imediata, previsão associativa e rapidez motora;
- Dificuldade ao nível da percepção visual, relações espaciais e coordenação viso-motora;
- Dificuldade ao nível da capacidade de processamento de informação visual e do raciocínio abstrato;
- Dificuldade ao nível da percepção e compreensão de situações sociais e captação de sequências causais.

CONCLUSÃO

Verificam-se, portanto, défices em todas as funções intelectuais, essencialmente ao nível da concentração, raciocínio e cálculo numérico, e utilização automática de símbolos; ao nível da atenção concentrada e memória auditiva imediata; ao nível dos conhecimentos gerais, assimilação de experiências e memória remota; ao nível da memória e agudeza visuais; ao nível da memória visual imediata, previsão associativa e rapidez motora; ao nível da percepção visual, relações espaciais e coordenação viso-motora; e ao nível da percepção e compreensão de situações sociais e captação de sequências causais.