

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia

Inês Isabel Coutinho de Azevedo

Nº 20401

Gandra, janeiro de 2017

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia

Inês Isabel Coutinho de Azevedo N°

20401

Orientação: Doutor Carlos Araújo

Supervisão: Professora Doutora Alexandra Serra

Gandra, janeiro de 2017

Agradecimentos

Ao Doutor Carlos Araújo, pela fantástica orientação prestada ao longo do estágio, pela confiança, disponibilidade, boa disposição e apoio prestado sempre que necessário.

À Professora Doutora Alexandra Serra, pela disponibilidade e apoio prestados ao longo deste percurso, por todos os conselhos e incentivo em todos os momentos de maior angústia.

À Doutora Catarina Varejão, por toda a atenção, por todos os conhecimentos transmitidos, momentos de apoio e de diversão.

À Professora Doutora Maria Emília Areias, pela disponibilidade em todos os momentos.

À Doutora Márcia Mendes, pela recetividade e encorajamento nesta nova etapa.

Ao Doutor Joaquim Seixas, pelos conselhos, desabafos, brincadeiras e apoio.

A todos os profissionais da Unidade do Hospital de Amarante do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, E.P.E, pela excelente receção e carinho demonstrado ao longo do meu percurso no hospital.

Aos meus amigos, pelos momentos não só de diversão mas também de apoio e entre ajuda.

À Flávia, minha amiga e colega de estágio, pela sua presença incansável em todos os momentos deste percurso, pelos desabafos, pela amizade e cumplicidade.

Aos meus pais, por serem os meus melhores amigos, pelos valores transmitidos, por tudo o que me ensinam, por serem o meu maior amparo e por nunca deixarem de acreditar em mim. Obrigada.

Muito Obrigada a todos!

Índice

Introdução.....	1
I. Caracterização do Local de Estágio	2
II. Descrição das Atividades de Estágio	4
2.1. Reuniões de Orientação e Supervisão	4
2.2 Observação de Consulta Psicológica.....	4
2.3 Observações de Avaliação Psicológica e Neuropsicológica	5
2.4 Avaliação Psicológica e Neuropsicológica	5
2.5 Consulta Psicológica	6
2.5.1 Estudo De Caso	8
2.5.2 Atividades de grupo realizadas	24
2.5.3 Grupo de Estimulação Cognitiva	27
2.5.4 Formações no Local de Estágio	29
Conclusão	30
Bibliografia.....	32

Introdução

O presente relatório insere-se no âmbito do estágio curricular do Mestrado de Psicologia da Saúde e Neuropsicologia do Departamento de Ciências Sociais e do Comportamento do Instituto Universitário de Ciências da Saúde do Norte (CESPU) e tem como principal objetivo apresentar todas as atividades realizadas, tais como a descrição da instituição em que o estágio foi realizado, do papel do psicólogo na mesma e de outras atividades de estágio tais como a realização de consultas psicológicas, intervenção em grupos terapêuticos e formações realizadas.

O estágio curricular é uma etapa fundamental no percurso académico, permitindo um contacto direto com a realidade, que não seria possível concretizar sem a presença dos conhecimentos e competências elementares adquiridos previamente. É nesta etapa que colocamos à prova todos esses conhecimentos, juntamente com todas as nossas competências como futuros psicólogos, o que nos proporciona um lançamento para o nosso futuro profissional.

Este estágio decorreu num centro hospitalar, sob orientação do Doutor Carlos Araújo e supervisão da professora Doutora Alexandra Serra. Iniciou-se no dia 25 de Setembro de 2015, terminando no dia 22 Julho de 2016. As horas de estágio estabelecidas inicialmente foram ultrapassadas devido à necessidade de acompanhamento a longo prazo dos grupos terapêuticos em curso, e de proporcionar um acompanhamento ininterrupto aos pacientes que acompanhava.

O horário semanal foi definido de acordo com as necessidades expostas, isto é, inicialmente foi decidido que iria segunda-feira das 9h30 às 16h30, quinta e sexta-feira das 8h30 às 16h30, o que correspondeu à totalidade de 20 horas semanais. Contudo, este horário foi sendo ajustado consoante as atividades a realizar.

Relativamente à sua estrutura, o presente relatório irá dividir-se em 2 capítulos principais: o Capítulo I, que é relativo à caracterização da instituição, incluindo o papel do psicólogo na mesma, e o Capítulo II, que inclui uma descrição de todas as atividades realizadas no estágio, abarcando um caso clínico e um grupo de intervenção, seguido de uma reflexão integradora do caso e, por fim, uma conclusão geral e anexos.

I. Caracterização do Local de Estágio

O serviço onde decorreu este estágio curricular situa-se no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do centro hospitalar, sendo a sua principal atividade o atendimento à comunidade. Neste departamento existe a unidade de internamento, que se refere ao Hospital Dia, e as consultas externas à comunidade que são encaminhadas pelo serviço interno de psiquiatria.

O Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental tem um período de funcionamento que se situa entre as 8 e as 20 horas, durante todo o ano exceto fins-de-semana e feriados. Este Departamento é constituído por uma equipa multidisciplinar de 2 Psicólogos, 5 Psiquiatras, 2 Pedopsiquiatras, 3 Enfermeiras e 1 Assistente Social.

O principal objetivo deste Departamento será dar respostas às necessidades de cada paciente, existindo, assim, um acompanhamento regular e adequado ao paciente encaminhado, para que seja possível a realização de um possível diagnóstico e, posteriormente, de uma intervenção psicológica.

O acesso ao serviço de Psicologia é realizado através do reencaminhamento de profissionais de saúde como o médico de família, psiquiatra, pedopsiquiatra ou profissionais de outras especialidades. Por exemplo, muitas vezes, o médico psiquiatra reencaminha para o serviço de Psicologia pacientes que necessitem de acompanhamento psicológico ou de uma avaliação psicológica adequada às suas problemáticas.

Para além das consultas externas à comunidade, este hospital é constituído também pela unidade de Hospital Dia, com um horário de funcionamento entre as 9h e as 16 horas diárias. Esta unidade tem como base atividades diárias com os pacientes como por exemplo sessões de relaxamento, manhãs de ginástica e reuniões com o terapeuta responsável pelo grupo.

Relativamente aos materiais utilizados neste contexto hospitalar, podem ser referidos os instrumentos de avaliação Psicológica e Neuropsicológica, como por exemplo: *Symptoms Checklist* (SCL-90), para avaliação da Psicopatologia; *Inventário Multifásico de Personalidade de Minnesota* (M.M.P.I.), para avaliação da personalidade; Teste de inteligência Não-Verbal (TONI-2), para avaliação do desempenho intelectual; Teste de Retenção Visual de *Benton* para determinação do Índice de Deterioração Mental (I.D.M.); Teste da Figura Complexa de Rey, para avaliação da lesão orgânica cerebral e Avaliação Cognitiva de *Addenbrooke* e *Mini Mental State Examination* (MMSE).

O Papel do Psicólogo em Contexto Hospitalar

O trabalho de um Psicólogo pode desenvolver-se em diversos *settings*, nomeadamente em hospitais, centros de saúde mental, centros de saúde, clínicas privadas, consultórios, instituições de solidariedade social, residências comunitárias, ensino especial e centros de atendimento especializado (Pedinielli, 1999).

A partir do século XX, a Psicologia começou a integrar o contexto hospitalar (Amaral, 1999; Gorayeb, 2001; Miyazaki, Domingos & Caballo 2001; Starling, 2001), com a contribuição do movimento psicossomático, isto é, a partir do momento em que as doenças psicossomáticas começaram a ser aceites pela Medicina (Silva, 2012).

O trabalho de equipa neste contexto pode ser interdisciplinar ou multidisciplinar. É interdisciplinar quando vários profissionais discutem a situação de um paciente relativamente a aspetos comuns às várias especialidades, e é multidisciplinar quando o paciente é atendido por vários profissionais de forma independente. Este trabalho de equipa sugere que o Psicólogo saia do seu *setting* para estabelecer contacto com outros profissionais (Silva, 2012).

No departamento de Psiquiatria e Saúde Mental deste centro hospitalar, o Psicólogo faz parte de uma equipa multidisciplinar. As principais atividades desenvolvidas neste Departamento são dirigidas a todas as faixas etárias, com acompanhamentos psicoterapêuticos desde a infância até à velhice, e são, principalmente, referentes à avaliação psicológica e neuropsicológica, de acordo com o pedido do médico psiquiatra que encaminha o paciente; intervenção psicológica e psicoterapêutica individual ou em grupo; devolução de informação aos pais/encarregados de educação quando assim é necessário. Alguns psicólogos dão também apoio aos doentes internados na unidade de Hospital de Dia, com diversas atividades semanais que incluem, por exemplo, sessões de relaxamento, atividades lúdicas e dinâmicas grupais com abordagem às problemáticas de cada paciente.

Relativamente à psicoterapêutica em grupo, neste contexto o psicólogo insere-se em grupos com diversas temáticas, como por exemplo o Grupo Terapêutico de Depressivos, o Grupo Terapêutico de Relaxamento, o Grupo de Treino de Competências, e o Grupo de Luto Complicado.

II. Descrição das Atividades de Estágio

2.1. Reuniões de Orientação e Supervisão

A orientação decorreu ao longo de todo o estágio, inicialmente foram realizadas algumas reuniões semanais, que se basearam no esclarecimento de dúvidas acerca da Unidade em que me inseria e respetivos protocolos, juntamente com a apresentação dos objetivos gerais do estágio (Anexo 1). Seguidamente as reuniões passaram a ser mais esporádicas, tendo em conta as necessidades que surgiam, como por exemplo dúvidas acerca dos casos que acompanhava, ou sobre avaliações realizadas que despoletavam dúvidas de aplicação e cotação.

Além da orientação no local de estágio foi realizada a supervisão do mesmo com a Professora Doutora Alexandra Serra. As reuniões realizavam-se quinzenalmente e tinham como principal objetivo o esclarecimento de dúvidas relativas ao estágio, como por exemplo questões acerca das avaliações psicológicas que iam sendo efetuadas, debates sobre os casos clínicos acompanhados, e a descrição das atividades relativas aos grupos e formações.

2.2 Observação de Consulta Psicológica

Os primeiros dois meses do estágio curricular foram dedicados à observação de consultas, de avaliações realizadas pelos psicólogos orientadores e também à observação dos grupos terapêuticos decorrentes. Existiu assim a possibilidade de assistir a consultas de apoio psicológico (que abrangiam todas as faixas etárias: crianças, adolescentes, adultos e idosos), e à administração de provas de avaliação psicológica e neuropsicológica. No que concerne aos grupos terapêuticos, tive a oportunidade de assistir ao grupo de apoio a pacientes depressivos, dirigido pela Dr.^a Catarina Varejão e pelo Dr. Carlos Araújo, e ao grupo de apoio a pacientes enlutados, dirigido pela Dr.^a Noémia Carvalho. No caso do grupo de apoio aos pacientes depressivos, foi-me permitida a participação nas diversas dinâmicas realizadas nas sessões, relativamente ao grupo de apoio a pacientes enlutados, mantive apenas o papel de observadora.

Esta primeira fase foi bastante importante para a iniciação da etapa que se seguia, tendo em conta que me proporcionou um primeiro contacto com a realidade da prática clínica, desenvolvendo e aprofundando também competências em termos de avaliação e intervenção em consulta.

2.3 Observações de Avaliação Psicológica e Neuropsicológica

Inicialmente, surgiu a oportunidade de observar diversas consultas dedicadas apenas à avaliação psicológica e neuropsicológica. Isto é, durante um breve período de tempo foi observada a administração de provas com alguns profissionais, nomeadamente o meu orientador de estágio e uma Estagiária Profissional da Ordem dos Psicólogos Portugueses. Simultaneamente a esta observação foi também permitido um breve período de estudo das provas em questão, de modo a que me pudesse inteirar do protocolo utilizado nesta unidade e tirar posteriormente as dúvidas que surgiram.

Esta etapa do meu estágio foi essencial, uma vez que o estudo da administração de provas não é suficiente para a sua execução. A observação junto dos profissionais que se encontram familiarizados com a avaliação psicológica possibilitou um enriquecimento e rigor da minha futura prática relativa à avaliação.

2.4 Avaliação Psicológica e Neuropsicológica

A avaliação psicológica pode ser definida como a atividade científica e profissional que tem como objetivo recolher, integrar e avaliar dados relativos a um sujeito, com recurso a diferentes fontes, de acordo com um plano previamente estabelecido, junta-se o desenvolvimento, construção e avaliação de meios adequados para juntar e processar a informação apropriada para a respetiva avaliação (Fernández-Ballesteros, et al. 2001). Após a fase de observação, foi iniciada a fase de avaliação psicológica de forma autónoma, ou seja, comecei a ter contacto direto com alguns dos testes psicológicos utilizados nas avaliações e a aplica-los consoante os pedidos realizados por parte dos médicos psiquiatras e pedopsiquiatras. Foram realizadas 112 consultas de avaliação psicológica e Neuropsicológica. Posteriormente à administração das provas, procedia à cotação e realização do respetivo relatório para anexar ao processo clínico (Anexo 2). Apesar da ampla vaga de testes psicológicos e neuropsicológicos disponíveis, os testes realizados foram maioritariamente os seguintes: *Symptoms Checklist* (SCL-90), para avaliação da Psicopatologia; Inventário Multifásico de Personalidade de Minnesota (M.M.P.I.), para avaliação da personalidade; Teste de inteligência Não-Verbal (TONI-2) e Escalas de Inteligência de Wechsler, para avaliação do desempenho intelectual; Teste de Retenção Visual de *Benton* para determinação do Índice de Deterioração Mental

(I.D.M.); Teste da *Figura Complexa de Rey*, para avaliação da lesão orgânica cerebral e Avaliação Cognitiva de *Addenbrooke* e *Mini Mental State Examination* (MMSE). Esta seleção de provas mais restrita tem como base o protocolo definido pela Unidade de Psiquiatria e os pedidos realizados pelos médicos psiquiatras.

2.5. Consulta Psicológica

A consulta psicológica do meu local de estágio visa essencialmente o aconselhamento, encaminhamento e/ou apoio do paciente e dos seus familiares perante uma situação difícil, tomada de decisão importante ou aspetos conflituais sociais, por exemplo. É realizada entre o paciente e o psicólogo e pode, eventualmente e ocasionalmente, ser efetuada em conjunto com uma ou outras pessoas, tais como o cônjuge, pais ou filhos. Seguidamente à fase de observação e à fase de Avaliação psicológica, assumi um período de formação prática mais autónoma, isto é, ao longo das consultas de acompanhamento que me iam surgindo, o meu orientador foi-me permitindo que, aos poucos, fosse tendo alguma autonomia, tanto no *setting* terapêutico como na preparação das sessões, o que me fez adquirir uma melhor experiência quanto às consultas de suporte.

Esta fase foi bastante produtiva tendo em conta que me possibilitou por em prática as competências que tinha aprendido previamente e também selecionar um dos casos que acompanhei para o meu caso clínico de Relatório de Estágio Curricular.

Relativamente às problemáticas mais frequentes, estas variam, geralmente, consoante a faixa etária. Por exemplo, no contexto infantil, podemos destacar problemas comportamentais, hiperatividade com défice de atenção, ansiedade, enurese ou problemas relacionais. Já no contexto de adolescência podem encontrar-se problemáticas como insucesso escolar, sintomatologia depressiva e ansiosa, défices de atenção e concentração, problemas familiares e problemas comportamentais. Relativamente aos adultos podemos encontrar problemas relacionados com ansiedade, depressão, luto complicado ou não e problemas familiares. Ainda relativamente à população de terceira idade, é possível que se verifiquem problemas relativos à sintomatologia depressiva, défices cognitivos ou quadros demenciais.

Foram realizadas cerca de 112 consultas de avaliação e 49 consultas de apoio psicológico ao longo do estágio. No Anexo 3 é possível encontrar uma descrição sumária de algumas dessas consultas.

2.5.1 Estudo De Caso

Identificação

AM nasceu a 11 de Dezembro de 1994, é do sexo feminino, tem 21 anos e reside em Amarante com os pais e as duas irmãs mais novas. Está neste momento no 3º ano da licenciatura de Arquitetura Paisagista na Faculdade de Arquitetura da Universidade do Porto (FAUP).

Motivo e Pedido

Após uma consulta na unidade de Medicina Física, AM foi encaminhada para uma consulta de Psiquiatria, onde existiu um reencaminhamento imediato para Psicologia, por apresentar um aparente quadro ansioso-depressivo, quando vista pelo médico psiquiatra. O principal pedido da paciente é referente à sua dificuldade em lidar com a ansiedade notada pela própria nos últimos 2 anos. Relata que tem tido diversos sintomas relativos à ansiedade (batimento cardíaco acelerado, suores nas mãos, sensação de falta de ar e tensão muscular), derivado a problemas no meio académico. AM refere que esta situação se tem vindo a arrastar por demasiado tempo e por isso sente que não é capaz de lidar com a ansiedade de forma autónoma.

História de Vida

A gravidez de AM foi desejada e planeada, sem problemas associados, nascendo por parto eutócico e sem complicações conhecidas. A paciente afirma que, segundo relatos da mãe, a gravidez foi vivida com felicidade, calma e harmonia, e que a relação entre os pais sempre foi estável. Relativamente ao desenvolvimento psicomotor (motricidade, linguagem e controle de esfíncteres), tudo decorreu dentro dos parâmetros normativos, não se tendo registado doenças relevantes ao longo do seu crescimento. Porém, refere que a mãe a descreve como uma criança irrequieta e bastante chorosa.

A infância da paciente decorreu sem quaisquer acontecimentos relevantes, contudo, afirma que sempre foi uma criança ansiosa, principalmente no meio escolar. *“Era um pouco irrequieta e ansiosa, mas acho que era o normal para uma criança...”* (sic) AM cresceu com os pais, irmãs e avós maternos (vivendo perto destes), afirma que sempre se

considerou uma criança ativa e alegre, com um bom ambiente familiar e uma estrutura familiar sólida, mantendo sempre boas recordações dos momentos passados com a família. Vive com os pais e tem duas irmãs mais novas, tem uma boa relação familiar e descreve a sua família como *“bastante unida”*: *“gosto muito das minhas irmãs, damonos todas bem (...)” (sic)*.

No que concerne à aprendizagem, AM refere que sempre adquiriu conhecimentos com facilidade, descrevendo a sua aprendizagem na escola como boa. Relata também que a sua integração no meio escolar foi positiva, tendo em conta que sempre teve facilidade em comunicar e estabelecer relações com os colegas de turma.

Quanto à adolescência, a paciente menciona que não ocorreram acontecimentos relevantes, tanto a nível físico como emocional. O seu desenvolvimento nesta fase de vida decorreu dentro da normalidade e sem nenhum acontecimento que tivesse marcado a paciente. A boa integração na escola manteve-se, o que levou AM ao estabelecimento de novas amizades.

Contudo, foi nesta etapa da sua vida que começaram a surgir alguns problemas com a autoestima e ansiedade, relacionados com as mudanças corporais que iniciaram na sua adolescência: *“O meu corpo começou a mudar, não sei, não lidei muito bem (...)” (sic)* Esta dificuldade para lidar com a mudança foi exacerbada pelas comparações que fazia com outras figuras femininas, começando a desvalorizar partes específicas do seu corpo, por exemplo o seu peito. *“Eu por exemplo, não tinha peito nenhum, as minhas amigas tinham, ainda hoje não tenho quase nada, mas era estranho...” (sic)*

Aos 18 anos AM ingressa no primeiro ano de faculdade, mudando de habitação para o Porto, ficando apenas a viver em Amarante aos fins-de-semana. Segundo o que relata, teve uma boa integração no meio académico, conseguindo estabelecer laços de amizade com colegas de turma. Revela, porém, que as duas amigas consideradas mais próximas estariam a fazer Erasmus nessa fase, o que dificultou o contacto que gostaria de ter com elas quando mais sentiu necessidade.

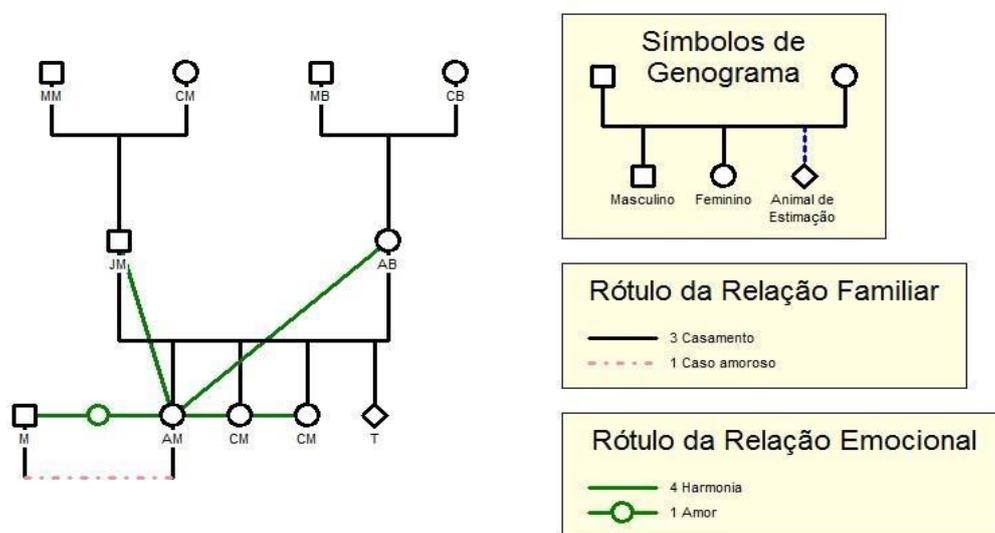
Foi precisamente nesta fase da vida de AM que existiu um agravamento dos sintomas de ansiedade, refere que começou a sentir o batimento cardíaco acelerado em momentos de maior angústia, suores nas mãos, sensação de falta de ar e de ter um “nó” na garganta, e uma tensão muscular significativa. As dificuldades na gestão da ansiedade foram aumentando devido ao excesso de trabalho característico do curso em que a paciente se insere *“Com o excesso de trabalho comecei a ficar muito nervosa, não dormia bem, sentia-me ansiosa com tudo, não falava com ninguém (...)” (sic)* e devido ao afastamento

do meio familiar. *“Foi difícil afastar-me dos meus pais e das minhas irmãs, claro, sou bastante chegada a eles (...)” (sic)*

A paciente tem uma relação amorosa estável há relativamente 6 meses, sendo o namorado um amigo já de longa data. AM demonstra alguma reserva na abordagem de detalhes da sua relação, porém relata que o namorado, M, é uma boa companhia e que a elogia bastante. AM demonstra também algum receio em sair magoada da relação, afirmando que não sabe se as coisas “darão certo” futuramente. *“Ele elogia-me, diz coisas bonitas, mas isso não me faz sentir melhor, não sei porquê. E se correr mal? (...)” (sic)* AM descreve-se como uma jovem bastante ativa, tendo em conta que gosta de participar em diversas atividades que a mantenham ocupada e que a façam sentir útil, como por exemplo o voluntariado. Faz voluntariado em Amarante nas férias de Verão há cerca de dois anos, afirma que se sente bastante útil e que lhe agrada bastante este tipo de atividade na sua vida.

Ultimamente, a utente tem convivido com amigos de longa data, saindo para convívios em cafés, contudo afirma que, mesmo nesses momentos, se sente extremamente ansiosa quando vive situações de angústia relativas à faculdade.

Genograma



Processo de Avaliação Psicológica

Segundo Arzeno (2003) e Trinca (1984), a Avaliação Psicológica é um procedimento clínico que envolve um corpo organizado de princípios teóricos, métodos e técnicas de investigação tanto da personalidade como de outras funções cognitivas, tais como: entrevista e observações clínicas, testes psicológicos, técnicas projetivas e outros procedimentos de investigação clínica, como jogos, desenhos ou o contar histórias. A escolha das estratégias e dos instrumentos utilizados é feita sempre de acordo com o referencial teórico, o objetivo (clínico, profissional, educacional, forense...) e a finalidade (diagnóstico, indicação de tratamento e/ou prevenção).

Após a recolha da história de vida da paciente, foram realizadas duas sessões de Avaliação Psicológica. Foram administrados o *Inventário Multifásico de Personalidade de Minnesota* (MMPI-II), o *Symptoms Checklist* (SCL-90) e a Escala de Ansiedade de Autoavaliação de *Zung*.

O MMPI-II (Hathaway & Mckinley, 1940) é um inventário é constituído 550 afirmações que o sujeito deve classificar como sendo Verdadeiras ou Falsas se é que são aplicáveis ou não a si mesmo. No final, os resultados são apresentados em 10 Escalas Clínicas: Hs (Hipocondria), D (Depressão), Hy (Histeria), Pd (Psicopatia), Mf (Masculino Feminino), Pa (Paranoia), Pt (Psicastenia), Sc (Esquizofrenia), Ma (Hipomania) e Se (Introversão/Extroversão). Já o SCL-90 (Derogatis, 1994) é uma prova que permite avaliar uma vasta gama de sintomas psicopatológicos. As dimensões sintomáticas são então as seguintes: Somatização, Obsessão Compulsão, Sensibilidade Interpessoal; Depressão; Ansiedade, Paranoia e Psicoticismo. A Escala de Ansiedade de Autoavaliação de *Zung* (Zung, 1971) tem como objetivo identificar níveis de ansiedade baseando-se em critérios clínicos, como sinais e sintomas. Nesta escala, a ansiedade é avaliada como uma reação perante as situações ansiosas e não como um traço de personalidade, isto é, avalia a ansiedade de estado e não a ansiedade de traço. É composta por 20 itens e o sujeito deve avaliar quantitativamente e assinalar o sintoma mais aproximado de como se sente no momento.

Estas escalas foram utilizadas com o objetivo de responder ao pedido realizado pelo médico psiquiatra de AM, no sentido de concretizar uma avaliação clara e completa acerca da personalidade da paciente e da sua sintomatologia ansiosa.

A paciente demonstrou-se cooperante perante a realização das provas, apresentando uma postura ajustada no preenchimento de todos os questionários.

Relativamente à Avaliação da Personalidade, foram destacadas as seguintes escalas clínicas: D (Depressão): T= 76- nível elevado: provável presença de depressão, as defesas contra a ansiedade não são suficientes, presença de sentimentos de desmoralização e incapacidade para encarar o dia-a-dia de forma otimista, falta de confiança em si mesma proveniente de uma autoimagem desvalorizada; Pa (Paranoia)- T= 70: nível moderado: demonstra alguma suscetibilidade e sentimentos de se achar de alguma forma prejudicada; Pt (Psicastenia)- T= 70: nível moderado: segundo este resultado, a doente tende a ser autocrítica, perfeccionista e moralista. Existe a probabilidade de grande ansiedade, tensão e preocupação; Sc (Esquizofrenia)- T= 83: nível elevado: contudo sem alterações do pensamento.

Tendo em atenção os resultados apresentados, a doente pode ser enquadrada num perfil individual de doentes com *psicastenia* a passar por uma crise depressiva. A elevação na escala “Esquizofrenia” não indica perturbação do pensamento, mas uma fuga e retraimento consciente da doente.

A elevação de algumas escalas clínicas permitiu a apresentação das seguintes características: sentimentos de incapacidade e de inadequação, dificuldades de expressão emocional, tensão, ansiedade, somatização, suscetibilidade, irritabilidade, retraimento, dificuldades de concentração, sentimentos de desamparo e desvalorização (Anexo 4). Seguidamente, quanto à Avaliação da Psicopatologia os resultados foram os seguintes: classificadas como perturbação grave: Obsessão (2,6); Sensibilidade Interpessoal (2,4); perturbação moderada: Depressão (1,9); Ansiedade (1,7); Hostilidade (1,7); Fobia (1,4); Psicose (1,4); Paranoia (1,1); Somatização (1) (Anexo 5).

Relativamente à Avaliação dos Índices Ansiosos, os resultados revelaram Índices de Ansiedade situados acima da média. A paciente apresenta 52% da Ansiedade medida pela escala. Passo a especificar: Ansiedade Total- 42 > média = 34,7, Ansiedade Cognitiva- 11 > média = 9,2, Ansiedade Motora: 8 > média = 7,2, Ansiedade Vegetativa- 18 > média = 14,9, Ansiedade derivada do S.N.C- 5 > média = 3,3 (Anexo 6).

É de realçar que os resultados obtidos vão de encontro à observação inicial. Desde a primeira consulta que AM demonstrou um humor deprimido, dificuldades de expressão

emocional e sentimentos de incapacidade, revelando uma postura ansiosa e retraída, o que faz com que a observação clínica corrobore com a avaliação psicológica quantitativa.

Enquadramento Concetual

AM é encaminhada para o serviço de Psicologia devido a um aparente quadro de Ansiedade. Segundo Pereira (2005), a ansiedade é uma emoção normal e importante para a sobrevivência do ser humano. Faz parte da experiência humana, funcionando como um sinal de alerta que faz com que o sujeito fique atento e preparado para lutar/fugir numa situação de perigo. Contudo, quando a ansiedade ocorre de forma desproporcional, acarreta prejuízos na vida do ser humano.

A paciente apresentava sintomas associados a um quadro ansioso, com uma notória postura tensa e angustiada. Nas diversas definições de ansiedade podemos apontar alguns elementos comuns que indicam um estado que envolve excitação biológica ou manifestações autonómicas e musculares como por exemplo: taquicardia, respostas galvânicas da pele, hiperventilação, sensações de sufocamento, suores, dores e tremores. Verifica-se também uma redução na eficiência comportamental (decréscimo em habilidades sociais, dificuldade de concentração) e relatos verbais de estados internos desagradáveis, como a angústia, a apreensão, o medo e um mal-estar indefinido (Gentil, 1997; Kanfer Phillips, 1970; Banaco, 2005).

Tendo em conta a problemática apresentada pela paciente, tanto a explicação deste caso como a intervenção do mesmo podem basear-se, sobretudo, nos pressupostos da Terapia Cognitiva Comportamental.

Segundo a formulação cognitiva do caso, podemos então assumir que os fatores predisponentes deste quadro situam-se na adolescência de AM, marcada por uma perceção de si própria e do seu corpo comprometida e desvalorizada.

A adolescência é uma fase de transição que acarreta várias transformações tanto a nível físico, emocional, psicológico e social (Bowker, 2006; Faria & Azevedo, 2004; Quiles & Espada, 2009). O adolescente deve concretizar uma aceitação da sua nova representação corporal e das suas novas formas de pensamento. Contudo, esta é uma fase de redefinições que levam a alterações da perceção que o adolescente tem de si próprio e, conseqüentemente, da sua autoestima (Gullotta, 2000; Santos & Carvalho, 2006). AM relata que teve dificuldade em lidar com todas as transformações corporais vividas,

juntamente com uma não-aceitação do seu novo corpo, criando apreciações negativas face ao mesmo.

Não existindo acontecimentos relevantes (pessoais e sociais) associados à situação referida, é colocada a hipótese de que AM teve dificuldade em reformular alguns conceitos sobre si mesma e a projetar-se no futuro da sua vida adulta. Como refere Bowker (2006), estas mudanças são potenciais indutoras de *stress*, e podem causar uma diminuição da sua valorização pessoal, ou, neste caso, da sua autoestima. *“Nunca me aconteceu nada, não sei explicar, há crianças que sofrem na escola e assim, mas eu não, sempre me dei bem e nunca tive problemas...” (sic)*

A autoestima pode ser definida como o resultado do valor que o indivíduo atribui aos elementos afetivos e sociais da representação de si mesmo (Avanci, Assis, Santos & Oliveira, 2007; Feldman, 2002; Pedro & Peixoto, 2006), podendo também entender-se como a avaliação que cada um faz do seu valor enquanto pessoa, baseado nas suas auto percepções, sejam estas positivas ou negativas (Sigelman, 1999).

Após a exploração baseada principalmente na fase da adolescência de AM, em que a paciente não relata nenhum acontecimento relevante para além da sua dificuldade em lidar com as transformações a que estava sujeita, foi aprofundada a exploração da sua história de vida, o que permitiu concluir que o fator precipitante deste quadro foi a entrada de AM para a Faculdade, aos 18 anos. Foi nesta fase de transição da vida de AM, que se desencadeou um agravamento dos sintomas. Primeiramente, porque teve de mudar de casa, ou seja, passou a residir na cidade do Porto, sem a sua família, o que fez com que a utente não lidasse bem com a situação, tendo em conta que sempre foi bastante ligada emocionalmente aos seus pais e às suas duas irmãs: *“Sempre fui muito apegada à minha família, muito chegada aos meus pais, sempre tive uma ótima relação com as minhas irmãs, contamos tudo umas às outras...”*

AM referiu, ao longo das sessões, que por um lado se sentia feliz por se tornar mais independente e ter o seu próprio espaço, mas que por outro lado, sentia uma enorme necessidade de estar com a família e retomar todos os hábitos e privilégios que tinha quando vivia em Amarante.

De acordo com Soares e Campos (1988), é na fase de adolescência que os termos separação, independência e autonomia são frequentemente evocados, sendo também tarefas de desenvolvimento básicas neste período da vida. Contudo, existe um dilema constante entre a necessidade de separação e autonomia, e a proximidade e necessidade de apoio do adolescente, tendo em conta que acaba por existir uma necessidade de se auto

confirmar e de se tornar autónomo, antagonizadas com desejos de dependência e de certos privilégios, sem um sentido de responsabilidade (Josselyn, 1960, *cit. in* Vieira, 2013). Um outro acontecimento desencadeante foi o excesso de trabalho que o curso em que a paciente se inseria exigia. AM referiu, ao longo das consultas, que começou a sentir-se incapaz de concretizar os objetivos que lhe eram propostos no meio académico, e conseqüentemente, começou a ter dificuldades para dormir, ficando cada vez mais ansiosa. Contudo, é colocada a hipótese de que não é apenas o excesso de trabalho por si só que causa Ansiedade a AM, mas sim a relação direta que este pode ter com as expectativas criadas pela utente, e com a baixa autoestima já apresentada.

Holly (1987, *cit. in* Frazão, 2004) considera que a autoestima é um resultado e não uma causa do rendimento académico, porém, não deixa de assegurar que a autoestima e o rendimento académico andam a par, e por isto influenciam-se mutuamente, isto é, um certo nível de autoestima é necessário para a realização académica.

Estudos realizados nesta área indicam a existência de uma correlação positiva entre a autoestima e o desempenho académico (Bankston & Zhou, 2002; Lockett & Harrel, 2003; Ross & Broh, 2000), sendo também verificado na literatura que uma elevada ansiedade pode ser associada a uma baixa autoestima, baixos resultados académicos e sentimentos de ansiedade, que se originam através de um intenso sofrimento psíquico (Pileg, 2009). No geral, a relação entre ansiedade e autoestima é bastante evidente. Jovens portadores de uma elevada autoestima tendem a ter uma maior capacidade de gestão de situações de *stress*, tendo também a obtenção de melhores resultados académicos do que indivíduos com baixa autoestima.

O principal fator de manutenção deste quadro pode estar relacionado com traços de personalidade da paciente, tendo em conta que esta apresenta traços de introversão marcados pela dificuldade em expressar-se para com as pessoas que a rodeiam, até mesmo as que considera mais próximas, como a família e o namorado. *“Eu não sou muito de falar das minhas coisas, mas não é por mal, já é de mim, prefiro guardar para mim algumas coisas...” (sic)*

Segundo Guillamón (2004), o comportamento do indivíduo vai depender da situação em que está e como está, já a personalidade determina, pelo menos em parte, a maneira como este reage à situação. Além de influenciar o comportamento, a personalidade influencia, também, o surgimento de problemas psicológicos.

Muitos estudos têm sido realizados para tentar explicar a relação entre ansiedade e traços de personalidade. O aumento das taxas de imaturidade, dependência e sensibilidade à

crítica, neuroticismo e outros traços de personalidade, são fatores que aumentam a probabilidade de desenvolver perturbações de ansiedade, caracterizadas pela preocupação crónica e exagerada e tensão sobre os acontecimentos diários, mesmo quando não há sinal de problemas. Tem sido também demonstrado que as perturbações de personalidade podem prolongar o tempo de remissão em pacientes com Perturbação de Ansiedade Generalizada (Sharma, 2003).

Apesar de a paciente apresentar diversos sintomas que podem ser ligados a um quadro de ansiedade generalizada, existem várias características que distinguem a perturbação de ansiedade da ansiedade não patológica. As preocupações associadas à perturbação de ansiedade generalizada são mais disseminadas que as do dia-a-dia, intensas e angustiantes, tendo maior duração e ocorrendo frequentemente sem precipitantes. Ou seja, quanto maior a variação das circunstâncias da vida sobre as quais a pessoa se preocupa, mais provavelmente os seus sintomas satisfazem critérios para a perturbação de ansiedade.

AM não preenche todos os critérios para o diagnóstico de Ansiedade Generalizada segundo o DSM 5 (APA, 2014).

A. Ansiedade e preocupação excessivas (expectativa apreensiva), ocorrendo na maioria dos dias por pelo menos seis meses, com diversos eventos ou atividades (tais como desempenho escolar ou profissional). A paciente refere, ao longo das consultas, que apresenta esta sintomatologia, principalmente direcionada ao seu desempenho académico; B. O indivíduo considera difícil controlar a preocupação. AM considera efetivamente que controlar a sua preocupação com o meio académico tem sido difícil, contudo, direciona apenas essa preocupação para os seus estudos; C. A ansiedade e a preocupação estão associadas com três (ou mais) dos seguintes seis sintomas (com pelo menos alguns deles presentes na maioria dos dias nos últimos seis meses). 1. Inquietação ou sensação de estar com os nervos à flor da pele. 2. Fatigabilidade. 3. Dificuldade em concentrar-se ou sensações de “branco” na mente. 4. Irritabilidade. 5. Tensão muscular. 6. Perturbação do sono (dificuldade em conciliar ou manter o sono, ou sono insatisfatório e inquieto). A ansiedade da utente associa-se principalmente com a dificuldade de concentração e tensão muscular. AM fez também menção a alguma irritabilidade e dificuldade para adormecer, contudo a paciente afirma que estes sintomas não se prolongaram.

D. A ansiedade, a preocupação ou os sintomas físicos causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras

áreas. A ansiedade de AM é de facto indutora de algum sofrimento e de prejuízos no seu funcionamento em diversas áreas, contudo a utente realça que isso apenas acontece quando despoletada por problemas académicos.

E. A perturbação não se deve aos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., droga de abuso, medicamento) ou a outra condição médica (p. ex., hipertireoidismo).

F. A perturbação não é explicada por outra perturbação mental (p. ex., ansiedade ou preocupação quanto a ter ataques de pânico na perturbação de pânico, avaliação negativa na perturbação de ansiedade social (fobia social), contaminação ou outras obsessões na perturbação obsessivo-compulsiva, separação das figuras de apego na perturbação de ansiedade de separação, lembranças de eventos traumáticos na perturbação de stress pós traumático, ganho de peso na anorexia nervosa, queixas físicas na perturbação de sintomas somáticos, perceção de problemas na aparência na perturbação dismórfica corporal, ou o conteúdo de crenças delirantes na esquizofrenia ou perturbação delirante).

Os dois últimos critérios não se adequam à situação de AM, deste modo, não lhes foi atribuída qualquer relevância.

Processo de Intervenção Psicológica

Independentemente da sua orientação teórica, a prática terapêutica tem como principal objetivo o alívio de sintomas, o restabelecimento do equilíbrio psicológico, a diminuição ou eliminação de um estado patológico e a melhoria do bem-estar dos indivíduos. É uma intervenção que foca a mudança, pelo que cada modelo tem uma teoria de base através da qual se percebe a formação da personalidade, a psicopatologia e a forma de intervir (Cordioli & Knapp, 2008).

Os objetivos das tarefas de intervenção são facilitar uma mudança comportamental adequada, ajudando os indivíduos a enfrentar exigências específicas que se lhes deparam, quer como resultado da doença, quer como resultado do seu tratamento, em diversos contextos (Bennett, 2000, *cit. in* Teixeira, 2004).

Entre as diversas tarefas de intervenção psicológica destacam-se a gestão do *stress*, o treino de autocontrolo e eficácia no *coping*, técnicas comportamentais como o relaxamento, modelagem e treino de competências, educação para a saúde, simplificação de mudança de comportamentos de risco e entrevista motivacional, intervenção em crise, aconselhamento psicológico, psicoterapias, grupos de suporte e ajuda mútua (Bennett, 2000; Johnston & Weinman, 1995, *cit. in* Teixeira, 2004).

Tendo em conta os resultados de avaliação apresentados anteriormente, a intervenção psicológica realizada com a paciente foi sobretudo guiada pelos pressupostos da Terapia Cognitiva Comportamental (TCC).

Esta terapia tem vindo a demonstrar eficácia em pesquisas científicas rigorosas (Shinohara, 1997; Shaw & Segal, 1999), para além de mostrar resultados positivos no tratamento da ansiedade (Hawton, 1997). A TCC como principal objetivo reduzir a ansiedade ao desenvolver competências para identificar, avaliar, controlar e modificar pensamentos negativos relacionados com a mesma e comportamentos associados (Hawton, 1997).

A TCC tem também o intuito de corrigir distorções cognitivas, treinando a identificação de pensamentos automáticos e/ou imagens, testar a validade dos pressupostos no passado e presente, identificar os erros cognitivos e as imagens provocadoras de ansiedade e desenvolver formas para a resolução do problema. (Kapczinski & Margis, 2004; Dugas & Ladouceur, 2007).

Realizaram-se 12 sessões ao longo de 6 meses, com uma frequência quinzenal.

A paciente apresentou-se sozinha à primeira consulta. Numa primeira observação foi possível constatar que AM apresentava um aspeto bem cuidado, estando orientada no tempo e no espaço. Contudo, apresentava alguma inquietação e uma postura ansiosa, com introversão marcada também ao longo do seu discurso que se verificou sempre coerente e lógico. Não se verificou qualquer perturbação aparente da atenção e da concentração. AM realizava pouco contacto ocular e foi pouco colaborante no primeiro contacto verbal, porém, demonstrava *insight* perante a sua condição.

Na 1ª e 2ª sessão, os objetivos principais centraram-se no estabelecimento de uma relação terapêutica colaborativa e empática, com a finalidade de envolver a paciente na terapia, facilitando um esforço comum para atingir objetivos específicos. Seguidamente, foi realizada a análise da história de vida da paciente, mais concretamente os seus antecedentes pessoais, familiares e psiquiátricos, explorando também a partir daí o desenvolvimento da personalidade de AM, de forma a elaborar uma história de vida clara e completa. Inicialmente a paciente não se demonstrou colaborante e comunicativa, utilizando principalmente respostas como “*sim; não; não sei...*” apenas, desta forma, foi importante realçar a importância da participação ativa da mesma, bem como o à vontade e confiança para falar dos seus problemas, para então iniciar uma exploração mais aprofundada da problemática de AM, tendo em conta os seus fatores predisponentes, precipitantes e de manutenção.

Por fim, perceber as expectativas de AM perante a terapia e estabelecer com a paciente os objetivos gerais da mesma, que seriam à partida: realizar uma melhor compreensão da problemática, identificar estratégias para resolução de prolemas, estipular objetivos a curto e a longo prazo, e diminuir os níveis de ansiedade.

A 3ª e 4ª sessão com a paciente foram dedicadas principalmente ao processo de Avaliação Psicológica. Na 3ª sessão foram preenchidos o M.M.P.I e o SCL-90, já na 4ª sessão foi aplicada a Escala de Ansiedade de Autoavaliação de *Zung*. A aplicação destas escalas foi realizada com o objetivo de concretizar uma avaliação da personalidade e da psicopatologia da paciente, e de verificar as queixas diretamente ligadas à dificuldade em lidar com a ansiedade.

Foi realizada a devolução dos resultados de forma prática e resumida, para que, a partir daí, fosse possível começar a elucidar a paciente sobre as suas problemáticas, e seguidamente estabelecer algumas metas proximais. É de realçar que nestas duas sessões a paciente se demonstrou mais colaborante na recolha de informação necessária bem como mais a vontade para comunicar.

A 5ª e a 6ª sessão foram sobretudo dedicadas a uma intervenção ao nível da sintomatologia ansiosa com vista à adoção de padrões cognitivos e comportamentais mais funcionais. Primeiramente, foi realizada uma breve elucidação teórica sobre a Ansiedade, especificando o que é, os seus sintomas, causas, e como lidar com a mesma (Anexo 7). Com esta tarefa foi possível uma aplicação do racional teórico apresentado às situações do dia-a-dia de AM, com o objetivo de ajudar a utente a compreender de forma mais aprofundada toda a sintomatologia identificada nas situações ansiosas do seu quotidiano, planificando estratégias de gestão de ansiedade.

Seguidamente, foi abordada a importância da mudança da sintomatologia física nas situações mais ansiosas, tendo em conta que esta apresentava diversos sintomas a nível físico. *“Às vezes quando estou nervosa sujo muito das mãos, fico corada, o meu coração parece que salta fora (...)” (sic)*

Desta forma, foi também importante apoiar na aprendizagem e treino do relaxamento muscular, tendo por base o método de Relaxamento Muscular Progressivo de *Jacobson* (1976), que foi posteriormente realizado como “Tarefa de Casa” (Anexo 8).

Esta forma de relaxamento seria então realizada através da aprendizagem de relaxamento muscular, zona por zona do corpo, progressivamente. Dessa forma, a paciente conseguia um relaxamento geral do corpo, que por sua vez favorecia um estado de tranquilidade mental.

A 6ª e a 7ª sessão basearam-se essencialmente na utilização da reestruturação cognitiva de determinadas crenças que AM apresentava sobre si própria, com vista à progressiva modificação de pensamentos com uma natureza potencialmente disfuncional, tentando substituí-los por abordagens alternativas, mais adaptativas, realistas e lógicas, que promovessem uma perceção de si mesma mais ajustada.

Nesta fase foi utilizado o chamado Método Socrático (Rangé, 1998), em que são realizadas perguntas à paciente, com vista a encontrar falhas lógicas na sua forma de pensar. Acredita-se que estas falhas estão diretamente ligadas ao sofrimento da paciente, assim, quando a utente se apercebe que tem vindo a encarar de forma disfuncional alguns acontecimentos, compreende que o pensamento está, por vezes, distorcido, e assim pode passar a valorizar outras formas de pensar consideradas mais saudáveis.

Com este objetivo, foi realizada uma dinâmica de reflexão com a paciente: “*O que mais gosto e o que menos gosto em mim*”. Nesta dinâmica foi pedido a AM que enumerasse um conjunto de aspetos que mais gostasse em si, ajudando-a a realçá-los o máximo possível e, seguidamente, os aspetos que menos gostasse em si, avaliando quais deles seria possível modificar (e de que forma) e se tal teria ou não fundamento.

Seguidamente, o objetivo principal foi sensibilizar a paciente para a aceitação de si mesma, valorizando as suas competências e qualidades e assumindo as suas limitações (explicando então que a autoestima não é apenas o reconhecimento das suas qualidades mas uma atitude de aceitação perante si e os outros). “*Não gosto das minhas mãos, achoas muito grandes. E não gosto de ser insegura...*”; “*Eu tenho algumas qualidades até, costumo ser muito sorridente e divertida com as pessoas próximas de mim...*” (sic) Na finalização da sessão foi realizado o estabelecimento de objetivos a longo prazo, como por exemplo uma tentativa de aceitação relativa a algo que AM não possa mudar, juntamente com um conjunto de estratégias que facilitem a sua concretização, como a reflexão e o estabelecimento de ideias mais adaptativas acerca de si mesma.

Paralelamente, a psicóloga foi reforçando a evolução positiva que AM tem demonstrado ao longo da terapia. A utente demonstrou-se empenhada e motivada para atingir a mudança.

Na sessão nº 8, a mãe de AM compareceu na consulta, não tendo sido possível estar presente anteriormente. É de apontar o facto de que a convocação da mãe da utente foi um assunto previamente falado com a mesma, e por isso sucedeu-se com o seu consentimento. A presença de A, mãe de AM, teve como principal objetivo compreender a sua perspetiva acerca da problemática da filha, no sentido de explorar também

acontecimentos passados que possam ser relevantes para o caso em questão. Deste modo, foram abordadas questões acerca da história de vida de AM, como por exemplo a sua infância. A confirmou o que AM tinha já referido nas sessões anteriores, reforçando que esta teve sempre medo de falhar, sempre foi insegura e sempre demonstrou uma baixa autoestima. Contudo, afirma que nunca existiu pressão por parte da família no contexto escolar e académico. *“Nós sempre a apoiamos, ela sabe que temos orgulho nela na mesma, mesmo que não corra sempre tudo bem... Mas já é dela, sempre foi assim (...)” (sic)*

Relativamente à perspetiva da mãe em relação à problemática de AM, foi possível compreender que existia uma preocupação notória com a filha, juntamente com tentativas de aproximação, que esta nem sempre facilitava, por ser introvertida e reservada. A afirmou ainda que tem notado melhorias significativas no estado emocional da filha, tendo em conta que ultimamente lhe parece mais calma e controlada em casa. Na 9ª sessão AM apresentou-se com uma postura mais descontraída, bem-disposta e comunicativa, sendo de realçar que se apresentava também mais cuidada com o vestuário e maquilhagem. Esta sessão foi dedicada principalmente à realização de uma breve revisão do que foi já trabalhado ao longo das consultas, com especial ênfase na intervenção ao nível da sintomatologia ansiosa mais direcionada para o meio académico, tendo em conta que a fase de exames estava a aproximar-se e AM continua a ter algumas dificuldades para lidar com a ansiedade nesses momentos. Com isto, foi repetido o objetivo principal de planificar estratégias de gestão de ansiedade no contexto académico. A nível físico, foi revista a importância da mudança da sintomatologia física nas situações mais ansiosas, realçando também uma revisão do relaxamento realizado pela utente em casa, tendo em conta que esta continuava a ter alguma sintomatologia física quando tinha entregas ou provas na faculdade. Seguidamente, foram trabalhadas novamente algumas crenças relativas à sua capacidade académica, como por exemplo: *“Tenho colegas muito inteligentes, acho que não consigo acompanhá-las, vou sempre tirar notas mais baixas que elas, e ainda as posso prejudicar nos trabalhos (...) Se estiver sempre a fazer mal as coisas, vou descer as notas de grupo (...) Não sou tão boa como elas, nem vou conseguir ser...” (sic)*

Na sessão nº 10 a paciente apresenta-se com uma postura mais ansiosa, triste e retraída. Refere, primeiramente, que se encontra muito confusa relativamente à continuidade do seu percurso académico, justificando que não está a conseguir os resultados esperados e que tem diversos recursos que a impossibilitam de transitar para o 4º ano.

AM encontra-se então com a dúvida se irá continuar a estudar e terminar a faculdade ou desistir e começar a trabalhar, afirmando que se sente esgotada e que sente que não vai conseguir obter resultados para transitar de ano. *“Não sei o que fazer, não estou a conseguir mais... por um lado queria terminar a licenciatura, por outro preciso de descansar, estou a ficar esgotada...”* (sic)

Desta forma, o objetivo principal desta sessão baseou-se numa tentativa de diminuir os níveis de ansiedade da paciente, com uma breve realização de relaxamento a nível da respiração abdominal, e no incentivo à paciente para que esta realize uma reflexão de forma autónoma, tendo em conta a dificuldade que está a ter para a tomada de decisão. Assim, são colocadas em causa as vantagens e as desvantagens que AM encontra em ficar ou sair da faculdade, quais as consequências de ambas as decisões a longo prazo, e, sobretudo, de que forma é que esta decisão irá afetar a paciente e a ansiedade que a tem prejudicado.

Desta forma, foi explicado a AM que o processo de tomada de decisão não é fácil, contudo inclui uma reflexão ponderada acerca das alternativas que lhe estão expostas. Foi então deixado em aberto a oportunidade da utente poder refletir juntamente com a psicóloga, aproveitando o espaço da consulta como um espaço de reflexão e apoio.

Nas sessões nº 11 e 12, AM apresenta-se às consultas com uma atitude mais otimista, próativa e esperançosa. Na consulta anterior verificou-se um retrocesso na terapia, tendo em conta que a utente evidenciou uma postura ansiosa e triste. Na sessão nº 11, AM demonstrou uma maior capacidade para encontrar estratégias de resolução do problema de forma independente. Isto é, após as orientações referidas previamente nas consultas, a paciente foi capaz de, autonomamente, realizar uma introspeção no sentido de refletir acerca das decisões a tomar perante as problemáticas surgidas. Foi também capaz de exercitar técnicas de relaxamento.

Assim, as duas últimas sessões com a paciente foram dedicadas principalmente à prevenção de recaída. Em termos de objetivos mais específicos foi então realizado um balanço do processo terapêutico, com o intuito de compreender qual a perceção da paciente perante a terapia, sendo esta bastante positiva: *“Senti-me muito bem aqui, acho que me ajudou a perceber como lidar com isto (...) Agora consigo pelo menos controlar melhor a ansiedade que antes parecia não ter solução.”* (sic)

Após uma retrospectiva acerca de todo o processo, foi abordado o facto de a paciente ter apresentado elevada ansiedade na última sessão. Deste modo, foi promovida a ideia de que AM teve uma atitude otimista perante a resolução de problemas, incentivando a

paciente a ter uma visão mais positiva e realista do futuro, e a acreditar que é capaz de lidar mais facilmente com a ansiedade de forma autónoma.

Em suma, foram definidos objetivos a longo prazo com AM, que se focaram, sobretudo, no término do seu curso e nas mudanças intrínsecas da paciente, como a aceitação que passou a ter de si, juntamente com uma maior valorização. *“Gostava de agora conseguir terminar o curso, mesmo que demore mais um ano...”*; *“Tenho mais vontade de me arranjar agora, de escolher o que vestir, de cuidar de mim. Sei que parece só um pormenor para os meus amigos e família, mas passou a ter muito significado para mim...”*
(sic)

Reflexão sobre o Caso

Inicialmente, AM demonstrou uma postura muito introvertida e pouco comunicativa, o que me dificultou a interação psicólogo-paciente e o estabelecimento de uma relação terapêutica adequada. As respostas da jovem eram fechadas e curtas, e isso fez com que sentisse uma dificuldade extrema em explorar a sua história de vida. Contudo, essa situação foi-se modificando à medida que as sessões iam passando, sendo sempre transmitida a ideia de que este seria um espaço que AM podia usar para se expressar, sempre na base da confidencialidade e sem julgamento algum.

Relativamente à intervenção realizada, penso que teve na paciente uma evolução bastante positiva. Considerei importante trabalhar a sintomatologia ansiosa tendo em conta que esta seria o principal motivo de prejuízo nas áreas de vida da paciente (social, académica e familiar). Por outro lado, considerei também relevante trabalhar a autoestima de AM, que se encontrava, inevitavelmente, relacionada com a ansiedade e seus sintomas associados.

Atualmente, AM apresenta melhorias significativas e por isso o seu processo de intervenção encontra-se concluído. Contudo, foi importante salientar o facto de que a paciente teria sempre a oportunidade de regressar às consultas se assim sentisse necessidade, tendo em conta a probabilidade de existir uma recaída com os exames que se aproximavam, entre outros eventos *stressores*. Foi portanto bem estabelecida a ideia de que AM teria à sua disponibilidade um psicólogo para lhe dar suporte se tal acontecesse.

Este caso, no meu ponto de vista pessoal e profissional, permitiu que me fosse possível a consolidação de vários conhecimentos previamente adquiridos na minha formação, juntamente com o aprofundamento dos mesmos, como por exemplo acerca do tema Ansiedade.

Posso afirmar que, apesar de não ter realizado uma reavaliação quantitativa das problemáticas apresentadas pela paciente, a observação clínica, a postura modificada de AM e a sua atitude motivada para a mudança, comprovam uma evolução geral positiva deste caso.

2.5.2 Atividades de grupo realizadas

Ao longo do meu estágio, foi-me permitida a participação em dois grupos terapêuticos: o grupo de apoio a pacientes depressivos e o grupo de apoio a pacientes enlutados. São dois grupos bastante distintos em termos terapêuticos, contudo têm como objetivos comuns, melhorar a qualidade de vida dos pacientes, adquirir estratégias de *coping* e diminuir a sintomatologia depressiva.

Grupo de Apoio a Pacientes Depressivos

Relativamente ao grupo de apoio a pacientes depressivos, foi realizada uma sessão de abertura no final do mês de Outubro, onde os pacientes foram distribuídos em dois grupos, tendo em conta o número elevado de participantes.

O grupo que me foi atribuído teve início na primeira semana de Novembro de 2015. Realizou-se quinzenalmente, às quintas-feiras das 10h00 às 12h00, sendo liderado pelo Doutor Carlos Araújo e pela Doutora Catarina Varejão.

Os pacientes com perturbação depressiva apresentam, geralmente, humor deprimido com foco cognitivo direcionado para aspetos negativos, ou seja, a sua visão a cerca de si e do seu futuro é negativa (Beck & Dozois, 2011). Tendo em conta as consequências que estes sintomas apresentam na vida do ser-humano, foi verificada uma necessidade cada vez maior de realizar intervenção nesta área. Foi constatado que a Terapia Cognitiva Comportamental é efetiva no tratamento de depressão, tendo efeitos comparáveis aos de antidepressivos. Assim, o principal objetivo desta terapia é produzir alterações nos pensamentos e crenças dos pacientes para que, com isso, seja possível modificar défices

comportamentais, tornando também essa mudança duradoura (Cuijpers et al., 2008). Deste modo, o grupo de apoio a pacientes depressivos segue um protocolo terapêutico cognitivo-comportamental para a depressão, sendo constituído por 12 sessões que abordam os seguintes objetivos específicos: informação sobre a terapia e administração de instrumentos de avaliação; apresentação dos participantes, identificação de problemas e estabelecimento de metas, introdução de alguns conceitos no âmbito da problemática depressiva; estratégias de mudança cognitiva; racional teórico e partilha de experiências pessoais; estratégias emocionais, autoconceito e autoestima; estratégias de mudança comportamental; estratégias de resolução de problemas; estratégias de facilitação da comunicação interpessoal; finalização, prevenção de recaída e avaliação do processo terapêutico.

A participação neste grupo permitiu-me explorar conhecimentos relacionados com a Perturbação Depressiva, juntamente com a sua intervenção em contexto grupal. A diversidade das dinâmicas realizadas e a partilha constante de experiências pessoais por parte dos pacientes permitiu que fossem criadas estratégias de resolução de problemas e de mudanças comportamentais, que guiavam a uma melhoria significativa verificada em quase todos os participantes do grupo.

Grupo de Apoio aos Pacientes Enlutados

No que concerne ao grupo de apoio aos pacientes enlutados, iniciei a minha participação no mesmo quando decorria já a 2ª sessão, dia 8 de Outubro de 2015. Contudo, tive a oportunidade de me integrar relativamente à terapia e aos procedimentos envolvidos. O grupo realizou-se quinzenalmente, às quintas-feiras das 14h às 16h, com 8 participantes em luto complicado, ocorrendo duas desistências ao longo das sessões.

Existe uma forte evidência de que os indivíduos que se encontram em luto complicado partilham um perfil comum, na medida em que apresentam uma relação ambivalente com a pessoa que faleceu, pois encontram-se incapazes de aceitar a perda e de progredir com as suas vidas (Silva, 2004). O termo Luto Complicado designa, assim, uma síndrome de dor prolongada e intensa, associada ao comprometimento substancial da saúde, do trabalho e funcionamento social do indivíduo (Zisook & Shear, 2009, p. 67). Podendo ainda ser definido como a combinação da angústia de separação com os sintomas cognitivos, emocionais e comportamentais desenvolvidos após a perda (Wittouck, Van Autreve, De Jaegere, Portzky, Van Heeringen, 2010, p. 70). Deste modo, a necessidade

de intervenção na área do luto tem vindo a ser cada vez mais importante no contexto hospitalar.

O programa foi constituído por 6 sessões estruturadas da seguinte forma: (1) apresentação dos elementos do grupo e dos objetivos do mesmo; partilha com o grupo sobre a perda sofrida; exercício de meditação (Relaxamento + Lugar seguro); (2) elucidação teórica acerca do luto; evocação de lembranças do falecido (positivas e negativas); (3) dinâmica: completar a frase: “*Algo de bom e algo de mau que me aconteceu desde a última sessão*”; apresentação dos “objetos de ligação” (explorar simbolismos e ativação emocional); relaxamento; (4) dinâmica: “*A minha linha da vida*” – (valorização de aspetos positivos e menção dos negativos); Relaxamento; (5) exploração da multiplicidade/diversidade de experiências emocionais e cognitivas do episódio (reevocação do episódio); explorar diferentes significados possíveis para o episódio; dinâmica: “*Cadeira Vazia*”; (6) finalização do processo: cada paciente deverá avaliar os resultados que conseguiu alcançar com a terapia; o terapeuta faz também uma síntese pessoal de todo o processo, salientando os principais resultados e os aspetos mais significativos de todo o processo. Na minha experiência enquanto estagiária, este foi um grupo bastante enriquecedor a vários níveis. Primeiro pela complexidade das problemáticas apresentadas, isto é, casos de pacientes em luto por perdas súbitas como acidentes, homicídios ou suicídios. Em segundo pela dificuldade em encontrar estratégias com os pacientes para lidar com a perda, tendo em conta a sua pouca colaboração e motivação inicial. Ao longo das sessões, a participação de grande parte dos pacientes envolvidos evoluiu positivamente. Contudo, não foram alcançadas as expectativas iniciais, isto é, uma diminuição significativa dos sintomas de luto complicado e depressão, que poderão justificar-se pela sensibilidade e complexidade do tema em questão.

2.5.3 Grupo de Estimulação Cognitiva

Ao longo do estágio, foram realizadas diversas consultas destinadas à população +60. Todas as sextas-feiras eram realizadas consultas de avaliação neuropsicológica destinadas a indivíduos com mais de 60 anos de idade, com o objetivo de avaliar a presença de défices cognitivos e, por vezes, quadros demenciais, verificados pelo médico psiquiatra responsável pelo seu encaminhamento. Foram vários os pacientes que apresentaram défices cognitivos, tornando-se premente a necessidade de existir um acompanhamento interventivo adequado e contínuo.

São diversos os fatores que aumentam o risco de desenvolvimento do Défice Cognitivo Ligeiro (Ghetu, M.V.; Bordelon, P.C. & Langan, R.C., 2010): historial de traumas cerebrais, a idade, a baixa escolaridade, hipertensão arterial, diabetes, níveis baixos de atividade física, mental e social e historial de depressão (Oliveira et al., *cit. in* Rabelo, 2009). Determinados estilos de vida têm potencial para proteger os idosos do declínio cognitivo (Rabelo, 2009). É então necessário adotar um estilo de vida saudável, incluindo uma dieta equilibrada, exercício físico, atividades de lazer e atividades que estimulem a cognição (Ghetu, M.V.; Bordelon, P.C & Langan, R.C., 2010). Deste modo, a estimulação cognitiva tem como principal objetivo capacitar os utentes e familiares a conviver, lidar, reduzir e superar défices cognitivos, proporcionando uma melhoria significativa na qualidade de vida (Nomura *cit. in* Simon & Ribeiro, 2011).

Embora não exista ainda um tratamento eficaz para as doenças crónico-degenerativas, para os que se encontram numa “zona indefinida” como o défice cognitivo ligeiro, as intervenções precoces podem fazer a diferença (Rabelo, 2009).

Foi elaborada uma proposta de intervenção em grupo posteriormente apresentada à coordenadora da Unidade de Psicologia e à diretora do departamento, que após avaliarem a pertinência do projeto, autorizaram a sua execução.

A proposta apresentada era dirigida a pacientes com mais de 60 anos que apresentassem défices cognitivos ligeiros, com capacidades mínimas preservadas, de forma a ser possível a sua reabilitação e prevenção. Relativamente aos critérios de inclusão de grupo, seriam ter idades compreendidas entre os 60 e 80 anos; défices cognitivos ligeiros em pelo menos um domínio cognitivo (atenção, orientação, memória, funções executivas, visuoespacial, fluência verbal), diagnóstico de demência numa fase inicial da doença, indivíduos com patologia depressiva associada; capacidade de *insight*, competências de comunicação, autonomia e motivação semi conservadas. Como critério de exclusão foi

estabelecido que indivíduos com um nível avançado de demência, doença mental ou física grave, incapacidade ou elevada dependência não poderiam ingressar no grupo.

Através das sessões de estimulação cognitiva, pretendemos reabilitar e manter a capacidade mental dos participantes. Deste modo, os principais objetivos do grupo consistiram em preservar algumas capacidades e melhorar as áreas em maior défice, prevenir a deterioração cognitiva, melhorar a qualidade de vida e bem-estar em particular de pacientes com presença de quadros depressivos associados.

O grupo de Estimulação Cognitiva teve início em Março e terminou em Julho. A principal responsável pela direção do grupo foi a Dr.^a Catarina Varejão, contudo as sessões foram levadas a cabo de forma autónoma pelas estagiárias Inês Azevedo e Flávia Ferreira, sempre com a supervisão da responsável. O nosso trabalho seria então programar de forma pormenorizada todas as sessões, incluindo as dinâmicas a realizar, funções a trabalhar e materiais a utilizar, criando muitas das vezes os nossos próprios recursos. No Anexo 9 pode observar-se um exemplo de uma atividade de elucidação teórica em *Power Point*.

É de realçar que com o avançar das sessões de intervenção, foi notada a importância de intervir em algumas necessidades individuais em cada paciente e por isso, tivemos sempre o cuidado de programar cada sessão de forma a corresponder às características de cada membro do grupo. No Anexo 10 podemos encontrar uma sumarização de todas as sessões. Assim, foram realizadas 10 sessões quinzenais, às terças-feiras, das 10h00 às 12h00. O grupo foi constituído inicialmente por 8 elementos, com uma desistência posterior. As sessões estruturaram-se da seguinte forma: (1) Sessão de apresentação, definição de objetivos gerais e específicos, definição de regras de funcionamento, abordagem das problemáticas; (2) Psicoeducação, orientação espacial e temporal, destreza manual e criatividade; (3) Introdução às atividades de vida diária; (4) Atividades de vida diária, nomeação, evocação, estratégias de compensação; (5) memória retrógrada; (6) Atenção e velocidade de processamento; (7) Memória; (8) Treino cognitivo (flexibilidade cognitiva, funcionamento executivo, controlo inibitório e planeamento); (9) Dinâmica de emoções; (10) Sessão de encerramento.

Para a avaliação da eficácia da intervenção foram utilizados os seguintes instrumentos: Avaliação Cognitiva de *Addenbrooke* (Hodge & Mioshi, 2005, versão experimental portuguesa de Firmino, Simões, Pinho, Cerejeira & Martins, 2009), Escala de Depressão Geriátrica (Yesavage, Rose, Lum, Huang, Adey & Leirer, 1983; versão portuguesa, Veríssimo, 1988), *World Health Organization Quality of Life* (Power, Quinn, Schmidt &

The WHOQOL-OLD Group, 2005; versão portuguesa, Vilar & Simões, 2009). Foi realizada uma avaliação com os instrumentos referidos, com o objetivo de comparar posteriormente com os resultados obtidos após a intervenção em grupo. Contudo, não foi possível realizar a reavaliação dos pacientes tendo em conta que a solicitação de todos os elementos foi dificultada por incompatibilidade de horários e pelo término do estágio.

Desta forma, a reavaliação ficou ao encargo da responsável pelo grupo.

Apesar de não nos ter sido possível avaliar a eficácia da intervenção com uma avaliação quantitativa, podemos afirmar que os pacientes evidenciaram melhorias significativas. Podemos constatar que os objetivos previamente definidos foram concretizados, nomeadamente ao nível da qualidade de vida, bem-estar e dos processos cognitivos, principalmente nos elementos que evidenciavam sintomatologia depressiva.

Todos os pacientes demonstraram uma evolução positiva e uma elevada motivação para prosseguirem, no seu quotidiano, com as aprendizagens adquiridas ao longo das sessões. Na minha opinião, esta foi uma intervenção inovadora na Unidade de Psiquiatria do Hospital de Amarante, tendo em conta que proporcionou aos pacientes um acompanhamento continuado e adequado às suas necessidades individuais.

Foi uma experiência bastante enriquecedora, na medida em que tive a oportunidade de trabalhar com a minha colega de estágio de forma autónoma, o que me exigiu, de certa forma, uma constante procura de informação acerca deste tema e desta intervenção. Deste modo, foi-me permitida uma expansão de conhecimentos e a oportunidade de os colocar em prática.

2.5.4 Formações no Local de Estágio

Outras atividades que posso referir relativamente ao estágio são, maioritariamente, as formações em que tive oportunidade de participar e realizar.

A primeira formação realizada foi proposta por uma pedopsiquiatra, era relativa à temática de Psicodrama Psicanalítico. Foi uma formação deveras interessante tendo em conta que nos fez ver, a nós participantes, uma outra perspetiva de análise clínica e de psicoterapia, representando assim uma diversidade ampla de interpretações relativas ao caso abordado e, para mim, uma nova aprendizagem, tendo em conta que nunca tinha ouvido falar deste tema.

A segunda formação que tivemos oportunidade de participar foi sobre a Equipa IntraHospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos. Achei esta formação também

interessante, apesar do tema não ser desconhecido como o anterior, foi uma boa oportunidade para ficarmos a conhecer um pouco melhor a equipa destacada na formação.

A última formação recebida foi relativa à temática “*Disforia de Género*”. Penso que este género de formações são sempre bastante importantes em contexto hospitalar, tendo em conta que muitas vezes são conceitos confundidos pela população em geral e até mesmo por profissionais de saúde, sendo assim importante elucidar e sensibilizar a população para que as falhas dentro deste âmbito vão diminuindo.

Por último mas não menos importante, refiro a formação que tive a oportunidade de realizar intitulada “*Gestão de Conflitos*”, em parceria com o meu orientador de estágio Dr. Carlos Araújo e com a minha colega de estágio Flávia Ferreira. Esta formação foi dirigida a profissionais na área de Neonatologia e Pediatria, em que a participação foi, maioritariamente, por parte de enfermeiras. Penso que foi uma formação útil tendo em conta que foi permitido ao grupo aprender várias técnicas para lidar com o conflito, visto que foi notável a presença de alguns conflitos dentro da equipa referida.

Conclusão

No decorrer de vários anos de formação, compostos pela licenciatura e pelo mestrado, somos continuamente preparados para a realidade da prática clínica, que depende sobretudo dos nossos conhecimentos e do nosso empenho.

Quando me deparei com o meu estágio curricular, verifiquei que existe de facto uma necessidade de ir em busca de conhecimentos previamente adquiridos de uma forma contínua e inevitável, de esclarecer dúvidas, de aprender sempre mais.

A receção que obtive na chegada a este local foi sem dúvida fantástica. Toda a equipa desta unidade foi recetiva para ajudar no que fosse necessário e para a transmissão futura de conhecimentos. Desde o trabalho de equipa com as enfermeiras no hospital de dia, ao trabalho em conjunto com os médicos psiquiatras, todas as experiências foram enriquecedoras e todos os momentos foram de aprendizagem.

Contudo, foi-me possível verificar que, tal como em todos os contextos hospitalares, a existência de um protocolo de avaliação rígido dificultava alguma necessidade de, por vezes, realizar avaliações mais aprofundadas e complexas. Deste modo, seria positivo

para o trabalho dos psicólogos desta unidade uma atualização (ou pelo menos expansão) dos testes psicológicos que poderiam usar em contexto de avaliação.

Tive também a oportunidade de participar em diversas atividades como os grupos terapêuticos, de conhecer o hospital de dia e suas respectivas atividades.

O Grupo de Estimulação Cognitiva foi sem dúvida uma das principais etapas do meu estágio curricular. Primeiramente, porque exigiu muito trabalho, tempo e dedicação para que tudo corresse da melhor forma, desde a seleção de pacientes com os seus respetivos médicos e familiares, à estruturação do grupo e sua intervenção. Sendo também uma necessidade verificada na Unidade de Psiquiatria. Muitos pacientes não estavam a receber a intervenção necessária e por isso, uma inovação terapêutica como este grupo veio permitir o acompanhamento contínuo dos pacientes e uma maior valorização da intervenção neuropsicológica.

Com a concretização deste estágio, foi-me possível enriquecer a minha aprendizagem, principalmente a dois níveis: o profissional e o pessoal. Relativamente ao primeiro porque me permitiu um contacto direto com a prática clínica, e isso fez com que, consequentemente arrecadasse cada vez mais conhecimento acerca de diversos problemas, avaliação e intervenção das mesmas. Em termos pessoais, posso afirmar que a minha forma de ver a vida e de lidar com diversas situações foi-se modificando à medida que ia conhecendo novas pessoas e novas histórias. Deste modo, a minha capacidade de empatia para com o outro foi extremamente desenvolvida na minha vida pessoal, senti que evolui em diversas áreas no meu quotidiano e sobretudo que ganhei uma responsabilidade acrescida para com os outros.

Ao longo do meu percurso enquanto estagiária, nem todos os momentos foram fáceis, nem todos os objetivos foram cumpridos de forma a corresponder às minhas próprias expectativas. Contudo, foi com essas experiências menos boas, dúvidas e medos, com a vontade de vencer a insegurança e com a vontade de aprender, que consegui aperceberme do meu crescimento enquanto futura psicóloga e enquanto ser humano.

Esta foi sem dúvida uma fase marcante na minha formação académica e pessoal, que se revelou a junção entre o final de uma etapa e o início de outra, com uma maior autonomia e responsabilidade.

Bibliografia

- Amaral, V.L.A.R. (1999). *Novos desafios na formação do psicólogo na área da saúde*. Em: R.R. Kerbauy (Org.) pp. 03-09. Santo André: ARBytes Editora.
- APA (2014). *DSM 5. Manual Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais, 5ª Edição*. Lisboa: Climepsi Editores
- Arzeno, M. E. G. (2003). *Psicodiagnóstico clínico*. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 151 p.
- Avanci, J. Q., Assis, S. G., Santos, N. C. dos. & Oliveira, R. V. V. (2007). Adaptação Transcultural de Escala de Auto-estima para Adolescentes. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20(3), 397-405.
- Azevedo, A.S & Faria, L. (2004). A Auto-estima no Ensino Secundário: Validação da Rosenberg Self-Esteem Scale. In C. Machado, L. S. Almeida, M. Gonçalves & V. Ramalho (Org). *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos* (pp. 415-421). X Conferencia Internacional. Braga: Psiquilibrios Edições.
- Banaco (2005). *Sobre comportamento e cognição: Aspectos teóricos metodológicos e de formação em análise do comportamento e terapia cognitiva*, V. 3 (p. 1-5) São Paulo: Editora Arbytes.
- Bankston, C.L. III and M. Zhou, (2002). *Being well vs. doing well: Self esteem and school performance among immigrant and non-immigrant racial and ethnic groups*. *Int. Migration, Rev.*, 36: 389-415.
- Beck, A.T.; Dozois, D.J.A. (2011). Cognitive therapy: current status and future directions. *Annual Review of Medicine*, 62:397-409.
- Bowker, A. (2006). Relationship Between Sports Participation and Self-Esteem During Early Adolescence. *The Canadian Journal of Behavioural Science*, 38(3), 214-229.

Cordioli, A., & Knapp, P. (2008). A terapia cognitivo-comportamental no tratamento dos transtornos mentais. *Revista brasileira de psiquiatria*, 30 (Supl II), 51-53.

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

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

Dugas, M. J. Ladouceur, R. (2007). Análise e Tratamento do Transtorno de Ansiedade Generalizada. *Manual para o Tratamento Cognitivo-Comportamental dos Transtornos Psicológicos*. São Paulo: Livraria Santos Editora, 2007.

Feldman, J.R (2002) *Autoestima: Como desenvolvê-la?; Jogos, Atividades, Recursos, Experiências*. Madrid: Narcea.

Fernández-Ballesteros, R., De Bruyn, E., Godoy, A., Hornke, L., Ter Laak, J., Vizcarro, C., Zaccagnini, J. (2001). Guidelines for the Assessment Process (GAP): A Proposal for Discussion. *European Journal of Psychological Assessment*, 1, 187–200.
doi:org/10.1027//1015-5759.17.3.187

Firmino, H., Simões, M., Pinho, S., Cerejeira, J., & Martins, C. (2009). *Avaliação Cognitiva de Addenbrooke – Versão Revista*. Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Frazão, A. (2004). *Consumo de bebidas alcoólicas e de tabaco na população adolescente. Factores pessoais e familiares predictores do consumo*. Tese de Doutoramento.

Universidade Aberta: Lisboa

Gentil, V. (1997). Ansiedade e Transtornos Ansiosos. In: Valentim Gentil, Francisco Lotufo-Neto e Márcio Antonini Bernik (org.): *Pânico, Fobias e Obsessões*. São Paulo: Edusp.

Ghetu, M.V.; Bordelon, P.C. e Langan, R.C. (2010). “Diagnosis and Treatment of Mild Cognitive Impairment”. *Clinical Geriatrics*. p.30 a 36. Disponível em:<
<http://www.clinicalgeriatrics.com/node/3612>>.

Gorayeb, R. (2001). A prática da psicologia hospitalar. Em M.L. Marinho & V.E. Caballo (Orgs.), *Psicologia clínica e da saúde*. pp 263-278. Londrina/Granada: UEL/APICSA.

Guillamón, N. Clínica de la Ansiedad, (2004). Disponível em: <<http://www.clinicadeansiedad.com/02/156/Ansiedad-y-personalidad.htm>>.

Gullotta, T.P. (2000). *Adolescent Experience*. San Diego: Academic.

Hathaway, S. R., & McKinley, J. C. (1940). A multiphasic personality schedule (Minnesota): I. Construction of the schedule. *Journal of Psychology*, 10, 249–254

Hawton, K. (1997). *Terapia cognitivo-comportamental para problemas psiquiátricos: um guia prático*. São Paulo: Martins Fontes,

Holly, W. (1987). *Self-esteem: Does it contribute to students' academic success?* Eugene: Oregon School Study Council, University of Oregon,

Josselyn, I. (1960). Psicoterapia de los Adolescentes en la Práctica Privada. In Balser, B.H. *Psicoterapia del Adolescente* (A. Madrazo, Trad.), Buenos Aires: Ediciones Hormé.

Kanfer, F. H. and Phillips, J. S. (1970). *Learning foundations of behavior therapy*. New York: John Wiley & Sons, Inc.

Kapczinski, F. and Margis, R., (2004). Transtorno de Ansiedade Generalizada. *Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica*. Porto Alegre: Artes Médicas Lockett,

C.t. and J.P. Harrel, (2003). Racial identity, self-esteem and academic achievement: *Too much interpretation, too little supporting data*. *J. Black Psychol.*, 29:

325-336.

Myiazaki, M.C.; Domingos, N.M. & Caballo, V.E. (2001). Psicologia da saúde: intervenções em hospitais públicos. Em B. Rangé (Org). *Psicoterapias cognitivocomportamentais: um diálogo com a psiquiatria*, pp.463-47. Porto Alegre: Artes Médicas

Ocampo, M. L. S. et al. (2005). *O processo psicodiagnóstico e as técnicas projetivas*. 11. ed. São Paulo: Martins Fontes.

Pedinielli, J. L (1999). Definição Operatória da Psicologia Clínica. *Introdução à Psicologia Clínica*. (1ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.

Pedro, N. & Peixoto, F. (2006). Satisfação profissional e auto-estima em professores dos 2.º e 3.º ciclos do Ensino Básico. *Análise Psicológica*, 2(XXIV), 247-262

Pereira, A. L. S. (2005). *Construção de um protocolo de tratamento para o transtorno de ansiedade generalizada*. Dissertação de Mestrado do Programa de Pós-graduação em Psicologia do Instituto de Psicologia da UFRJ.

Power, M., Quinn, K., Schmidt, S., & The WHOQOL-OLD Group (2005). Development of the WHOQOL-OLD module. *Quality of Life Research*, 14, 2197-2214.

Quiles, M. J, & Espada, J. P. (2009). Educar para a auto-estima: Propostas para a escola e para o tempo livre (2ªEd.). Sintra: K Editora.

Rabelo, Doris Firmino – “Comprometimento cognitivo leve em idosos: avaliação, factores associados e possibilidades de intervenção”. *Revista Kairós Gerontologia*. V.12. [s.n.]: São Paulo, Nov. 2009. p.65-79.

Rangé, Bernard. (Org.) (1998). Transtorno do pânico e Agorafobia. In: Rangé, Bernard. *Psicoterapia comportamental e cognitiva de transtornos psiquiátricos*. Editorial Psy,

Ross, C.e. and B.A. Broh, (2000). *The roles of self-esteem and the sense of personal control in the academic achievement process*. *Soc. Educat.*, 73: 270-284.

Santos. A.D & Carvalho, C.V. (2006). Gravidez na adolescência: Um estudo exploratório. *Boletim de Psicologia*, LVI (125), 135-151.

Sharma, S. C. (2003). *Generalized anxiety disorder and personality traits*. Kathmandu University Medical Journal, v.1, n.4, p.248-250.

- Shaw, B. F. & Segal, Z.V. (1999). Efficacy, indications, and mechanisms of actions of cognitive therapy of depression. In D. S. Janowsky (Ed.) *Psychotherapy, indications and outcomes* (p. 173-195). Washington: American Psychiatric Press.
- Shinohara, H.O. (1997). Conceituação da terapia cognitivo-comportamental. Em: R. A.
- Sigelman, C.K. (1999). *Life Span Human Development*. (3rd Ed.). New York: Brooks/Cole Publishing.
- Silva, D.B. P. (2012). Psicologia Hospitalar. *O portal do psicólogos*.
Acedido Setembro 10, 2016, em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0705.pdf>
- Silva, M.D.F. (2004). *Processos de Luto e Educação*. Tese de Mestrado não publicada, Braga: Universidade do Minho.
- Soares, I. & Campos, B. P. (1988). Vinculação e Autonomia na Relação do Adolescente com os Pais. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 4, 57-64
- Starling, R. (2001). Análise funcional da enfermidade: um quadro conceitual analítico-comportamental para orientar a intervenção psicológica em contextos médicos. Em Guilhardi, H. (Org). pp. 262-296. Santo André: Arbytes
- Teixeira, J. (2004). Psicologia da saúde. *Análise psicológica*, 22(3), 441-448.
- Trinca, W. (1984). Processo diagnóstico de tipo compreensivo: Diagnóstico psicológico. *A prática clínica*. São Paulo: EPU, p. 14-24.
- Veríssimo, M. T. (2006). *Avaliação multidimensional do Idoso*. Lisboa: Editora Psiquiatria Clínica.
- Vilar, M., & Simões (2009). *WHOQOL-OLD: Manual de Administração e Cotação [European Portuguese WHOQOL-OLD module: Manual for administration and scoring]*. Coimbra: Serviço de Avaliação Psicológica da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra.

Wittouck, C., Van Autreve, S., De Jaegere, E., Portzky, G., & Van Heeringen, K. (2010). The prevention and treatment of complicated grief: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 31(1), 69–78.

Yesavage, Y. G., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M. B., & Leirer, V. O. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17, 37-49. doi:10.1016/00223956(82)90033-4

Zisook, S. & Shear, K. (2009). Grief and bereavement: what psychiatrists need to know. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 8(2), 67–74.

Zung, W. W. K. (1971). A rating instrument for anxiety disorders. *Official Journal of the Academy of Psychosomatic Medicine*, v. 12, p. 371-379.

ANEXOS

Índice de Anexos

- 1 – Objetivos Gerais do Estágio
- 2 – Exemplo de Relatório Unidade Psiquiatria
- 3 – Exemplos de Consultas Psicológicas e de Avaliação realizadas
- 4 – *Inventário Multifásico de Personalidade de Minnesota (MMPI-II)*
- 5 – *Symptoms Checklist (SCL-90)*
- 6 – Escala de Ansiedade de Auto Avaliação de *Zung*
- 7 – Relaxamento Muscular Progressivo de *Jacobson*
- 8 – *Power Point: Grupo de Estimulação Cognitiva – Funcionamento Cognitivo e Envelhecimento*
- 9 – Sumarização das Sessões do Grupo de Estimulação Cognitiva

Anexo 1 – Objetivos Gerais do Estágio

OBJETIVOS A DESENVOLVER DURANTE O PERÍODO DE ESTÁGIO:

OBJETIVO GERAL:

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

OBJETIVOS ESPECÍFICOS POR TRIMESTRE:

- NO PRIMEIRO TRIMESTRE:

- ✓ Integração na instituição, equipa e ambiente laboral e participação em atividades do serviço e interação com os técnicos do mesmo;
- ✓ Contacto com a dinâmica do serviço e com situações de atendimento de doentes;
- ✓ Contacto com a realidade clínica através da observação de consultas de *Avaliação*

Psicológica, Entrevistas de Avaliação Psicodiagnóstica, Apoios Psicológicos e Acompanhamentos Psicoterapêuticos Estruturados, em diversas faixas etárias (crianças: 0-12 anos; adolescentes: 13-18 anos; adultos: 18-64 anos; e idosos: >65 anos);

- ✓ Observação de “PSICOTERAPIAS DE GRUPO” desenvolvidas no serviço: “*Grupo*

de Apoio aos Doentes Depressivos” e “*Grupo de Apoio a Pacientes Enlutados*”;

- ✓ Contacto com a “Unidade de Hospital de Dia” e observação das principais

“*Atividades terapêuticas*” aí desenvolvidas.

▪ NO SEGUNDO TRIMESTRE:

- ✓ Contacto experimental direto com “*Provas de Avaliação Psicológica*” e sua

administração;

- ✓ Elaboração de “*Relatórios de Avaliação Psicológica*”, com a indicação dos

instrumentos utilizados.

▪ NO TERCEIRO TRIMESTRE:

- ✓ Realização de “*Entrevistas Psicológicas*”, “*Primeiras Consultas*” e “*Propostas de Intervenção Psicoterapêuticas*”. Pretende-se:

- Adquirir competências de “*Entrevista Clínica*”;
- Desenvolver aptidões para o “*Estabelecimento de relações terapêuticas*” adequadas;
- Treinar a “*Aplicação de técnicas de intervenção psicoterapêutica*”;
- Ao assumir a formulação e a intervenção dos processos terapêuticos, treinar a “*Elaboração de análises funcionais*” (estudo psicológico de indivíduos e elaboração de psicodiagnóstico);
- Desenvolver a “*Intervenção Psicológica*”;
- Elaborar “*Relatórios Psicológicos*” do acompanhamento psicoterapêutico efetuado.

Anexo 2 – Exemplar de Relatório Unidade Psiquiatria

RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO DO NÍVEL COGNITIVO

Nome do Doente	L M M P		
Data da Avaliação	2015/10/26	Nº do Processo	
Data de Nascimento	2007/10/14		
Idade Cronológica	8 Anos	0 Meses	12 Dias
Encaminhado por:			
Motivo do pedido	Avaliação Acompanhamento Descrição: -	X da Capacidade electual	
Provas utilizadas	- Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças		

Colaboração

A criança apresentou um comportamentopositor perante os procedimentos psicométricos, necessitando de reforços permanentes para a prossecução da prova. Evidenciou marcada imaturidade psicoafetiva, sendo necessário, para obter uma maior colaboração, solicitar a presença do pai.

Resultados da Avaliação:

Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças (WISC-III)

Análise quantitativa:

- Q.I. Verbal= 75 (inferior)
- Q.I. Realização= 66 (muito inferior)
- Q.I. Escala Completa= 65 (muito inferior)

No quadro que se segue encontram-se os principais resultados brutos da WISC-III:

	Resultado	QI/Índice	Percentil	95% Intervalo de Confiança	Classificação dos níveis de inteligência
Escala Verbal	33	75	5	70 – 84	Inferior
Escala de Realização	25	66	1	61 – 79	Muito Inferior
Escala Completa	58	65	1	60 – 78	Muito Inferior
Compreensão Verbal	27	78	7	72 – 88	Inferior
Organização Percetiva	21	69	2	64 – 82	Muito Inferior
Velocidade de Processamento	4	53	0,1	53 – 74	Muito Inferior

Análise qualitativa:

Parte Verbal:

- **Informação:** resultados bastante baixos ao nível de conhecimento geral factual, assimilações de experiências e memória remota;
- **Compreensão:** resultados bastante baixos que revelam dificuldades ao nível da demonstração de informação prática, avaliação e uso de experiências passadas e conhecimento dos comportamentos convencionais padronizados;
- **Aritmética:** resultados bastante baixos ao nível da capacidade de computação e raciocínio quantitativo, capacidade mental de avaliação com conceitos básicos numéricos e resolução de problemas, concentração, raciocínio e cálculo numérico e utilização automática de símbolos;
- **Vocabulário:** resultados bastante baixos ao nível do conhecimento (lexical) de palavras;
- **Semelhanças:** resultados satisfatórios ao nível do pensamento lógico abstrato: categorias verbais e classificações.

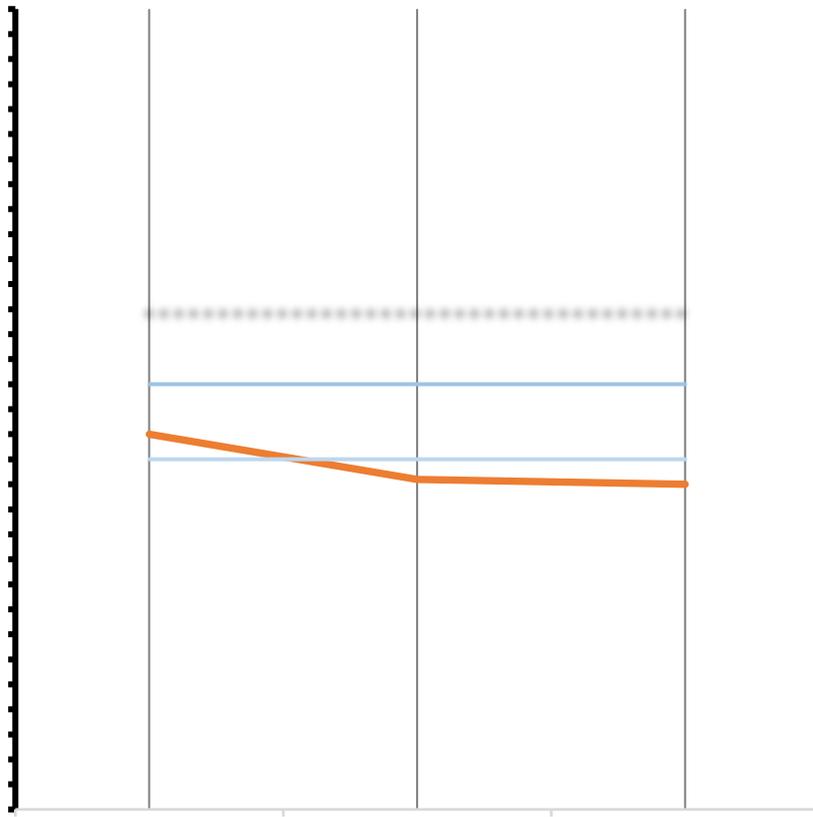
Parte de Realização:

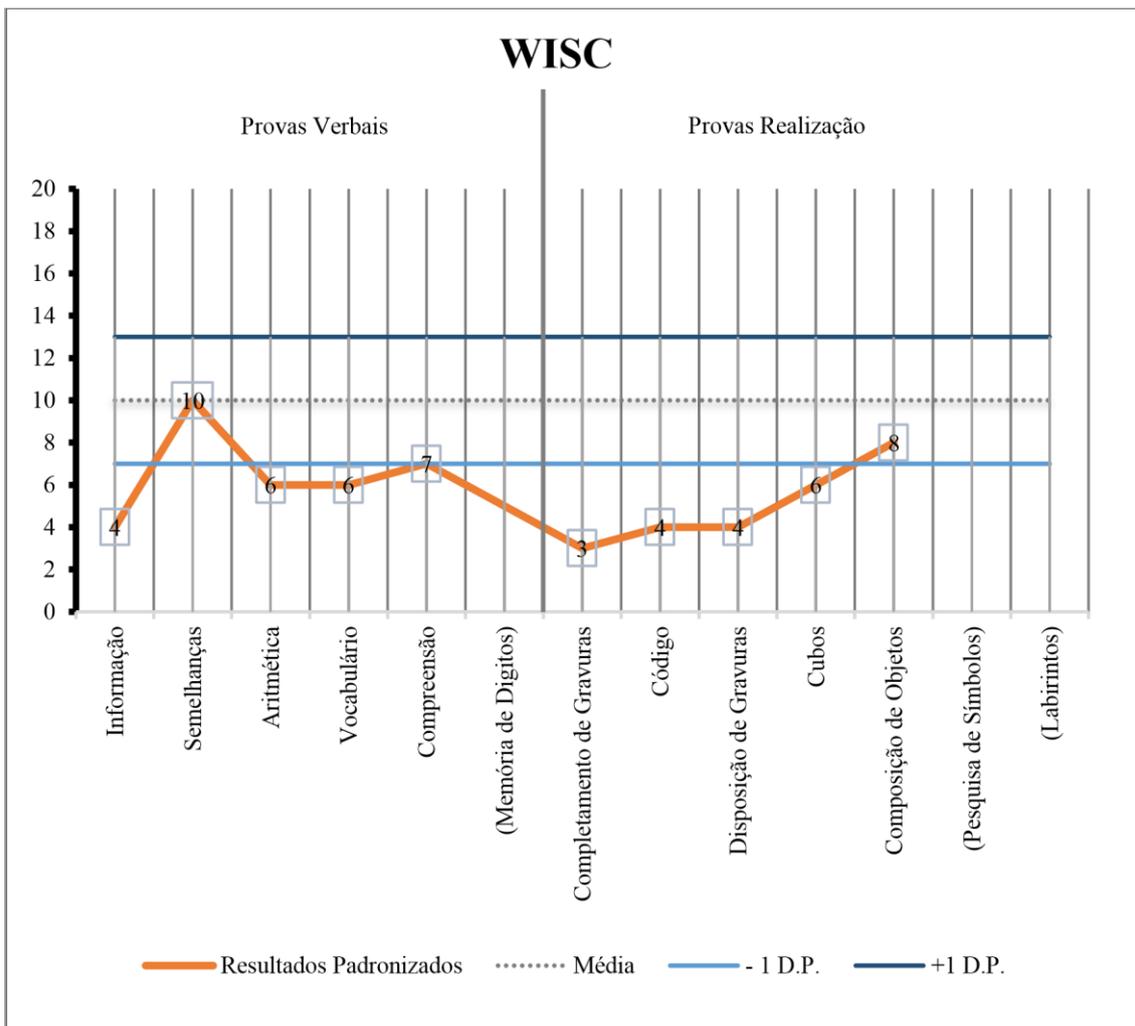
- **Disposição de gravuras:** resultados muito baixos ao nível da antecipação das consequências, sequenciação temporal e conceção de tempo, e antecipação das relações entre as partes;
- **Composição de objetos:** resultados pouco satisfatórios ao nível do benefício do *feedback* sensorio-motor e antecipação das relações entre as partes;
- **Cubos:** resultados insatisfatórios ao nível da análise do todo a partir de partes componentes e formação de conceitos não-verbais (dificuldades ao nível da perceção visual e relações espaciais e coordenação visuo-motora); dificuldades ao nível do raciocínio não-verbal;
- **Completamento de gravuras:** resultados muito baixos ao nível do reconhecimento e identificação visuais (memória visual de longo prazo), sem atividade motora essencial; dificuldades ao nível da memória visual diferida e atenção visual aos elementos da gravura;
- **Código:** resultados muito baixos ao nível da velocidade psicomotora e capacidade para seguir as instruções.

Os resultados da avaliação indicam um nível cognitivo inferior à média para a sua faixa etária, em consonância com um funcionamento globalmente desadaptativo da criança ao nível do rendimento escolar.

Na explicação das suas dificuldades de aprendizagem podem concorrer fatores de carácter intrínseco e extrínseco, nomeadamente os escassos recursos cognitivos, a desmotivação, pouco investimento na área académica. **Realçando-se sobretudo a sua marcada imatura psicoafetividade.**

Os resultados globais e específicos da L podem ser conferidos nos gráficos abaixo apresentados:





PROVAS VERBAIS

Informação: Conhecimentos gerais, assimilação de experiências, memória remota. **Semelhanças:** Compreensão, relações conceptuais, pensamento abstrato e associativo.

Aritmética: Concentração, raciocínio e cálculo numérico, utilização automática de símbolos.

Vocabulário: Riqueza e tipo de linguagem, compreensão e fluência verbal

Compreensão: Juízo prático, compreensão e adaptação a situações sociais, comportamento social aceitável e eficaz.

Memória de Dígitos: Atenção concentrada, memória auditiva imediata.

Completamento de Gravuras: Memória e agudeza visuais.
Código: Memória visual imediata, previsão associativa, rapidez motora.
Disposição de Gravuras: Percepção e compreensão de situações sociais, captação de sequências causais. **Cubos:** Percepção visual, relações espaciais, coordenação visuomotora.
Composição de Objetos: memória de formas, orientação e estruturação espaciais.
Pesquisa de Símbolos: capacidade de discriminação perceptiva e atenção visual.

PROVAS DE REALIZAÇÃO

Labirintos: capacidade de antecipação e planificação.

Conclusão e Orientação:

Face ao exposto, conclui-se através da evidência dos resultados da prova que a criança apresenta reforço de medidas de apoio em contexto escolar.

Tendo em conta as características idiossincráticas da L, sugere-se que a criança beneficie de estratégias de intervenção que visem:

- Planear atividades extracurriculares que a permitam aumentar as suas experiências de sucesso;
- Pedir-lhe que conte o que está a fazer e a pensar de modo a aumentar a sua capacidade verbal;
- Planear períodos de tempo com uma atividade que a L realize bem e para a qual esteja motivada;
- Reforçar de forma positiva e sistemática as suas aquisições, e reforçar o seu esforço mesmo quando os seus resultados possam não ser positivos;
- Medidas de apoio o mais individualizado possível;

**Anexo 3 – Exemplos de Consultas Psicológicas e de
Avaliação realizadas**

Exemplos de alguns casos de acompanhamento individual

ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO INDIVIDUAL				
Identificação	Problemática	Avaliação Psicológica	Abordagem Terapêutica	Eficácia
JS 19 anos (6 consultas)	Ansiedade; Distúrbio Alimentar.	SCL-90; MMPI	Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson; Abordagem TCC, reestruturação cognitiva.	Alta por abandono
MC 18 anos (4 consultas)	Perturbação Personalidade; Tentativa Suicido; Abuso Sexual;	MMPI	Abordagem TCC	Alta por abandono
FP 51 anos (3 consultas)	Problemas Familiares; Depressão; Ansiedade.	SCL-90 MMPI	Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson; Abordagem TCC.	Mudança de psicólogo por incompatibilidade de horário
AN 64 anos (2 consultas)	Humor deprimido; Queixas memória.	ACE-R; Teste Benton; F. Complexa Rey	Encaminhamento para Grupo Estimulação Cognitiva	Alta do grupo
MV 36 anos (2 consultas)	Problemas Sociais;	WAIS-II	Encaminhamento para grupo de treino de competências	Alta do grupo
NC 29 anos (3 consultas)	Suspeita de Hiperatividade ; Problemas Sociais.	WAIS-II; MMPI; SCL-90; DIVA (Entrevista de Diagnóstico de PHDA Adultos).	Sem intervenção por abandono ainda no processo de avaliação	Alta por duas faltas consecutivas sem aviso prévio à avaliação

<p>MO 32 anos (3 consultas)</p>	<p>Humor deprimido; Ansiedade; Problemas Familiares.</p>	<p>MMPI; SCL-90;</p>	<p>Encaminhamento para grupo de apoio a doentes depressivos.</p>	<p>Alta</p>
<p>AM 21 anos (12 consultas)</p>	<p>Ansiedade; Autoestima</p>	<p>MMPI; SCL-90; Escala de Ansiedade e Auto avaliação de <i>Zung</i>.</p>	<p>Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson; Abordagem TCC, reestruturação cognitiva.</p>	<p>Alta</p>

Anexo 4 – *Inventário Multifásico de Personalidade de
Minnesota (MMPI-II)*

Inventário Multifacetado de Personalidade de Minnesota (MMPI-II)

Data: 18/10/2015

Assinatura: [assinatura]

Nome: A

Idade: 21

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

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

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

	Tomo bebidas alcoólicas em quantidade moderada (ou não bebo de todo).	(D) ✓
B.42	Abusei de bebidas alcoólicas.	(E) ✓
B.43	Tenho a convicção de que não se deveria tomar bebidas alcoólicas.	(D) ✗
B.44	Contraí um ou vários vícios tão tenazes que é inútil lutar.	(D) ✗
B.45	Tenho um ou vários defeitos que são tão grandes que me parece preferível aceitá-los, tentando o seu controle, em vez de tentar desembaraçar-me deles.	(D) ✗
B.46	Na nossa casa tivemos sempre o necessário (alimentação, vestuário, etc).	(E) ✓
B.47	A minha família não gosta da profissão que escolhi (ou que tenciono escolher).	(D) ✗
B.48	Estou persuadido de que tenho em minha casa uma vida familiar tão agradável como a maior parte das pessoas que conheço.	(E) ✓
B.49	Fazendo a comparação com outros lares, apercebi-me que havia pouco afecto e intimidades na minha família.	(D) ✗
B.50	Os meus pais tratam-me mais como uma criança do que como adulto.	(D) ✗
B.51	Fui completamente livre e independente de toda a disciplina familiar.	(E) ✗
B.52	Os meus pais têm muitas vezes criticado as minhas companhias.	(D) ✗
B.53	Os meus pais e a minha família encontram-me mais defeitos do que aqueles que tenho.	(D) ✗
B.54	O meu pai ou mãe deram-me muitas vezes ordens às quais obedecia mesmo quando não as julgava razoáveis.	(E) ✗
B.55	Discuto pouco com os membros da minha família.	(E) ✓
C.1	Os membros da minha família e os meus parentes mais próximos entendem-se bem.	(E) ✓
C.2	Certas pessoas da minha família têm um carácter arrebatado.	(E) ✓
C.3	Alguns membros da minha família têm hábitos que me aborrecem e irritam muito.	(D) ✓
C.4	Já me tenho embaraçado com o género de trabalho que um ou vários membros da minha família fizeram.	(D) ✗
C.5	Já tenho ficado horrorizado com acções de algumas pessoas da minha família.	(D) ✓
C.6	Já houve momentos em que tive um grande desejo de abandonar a minha casa.	(D) ✗
C.7	Quase todos os meus parentes simpatizam comigo.	(E) ✓
C.8	Um ou mais membros da minha família são muito nervosos.	(D) ✓
C.9	Tenho razões para me sentir ciumento dum ou mais membros da minha família.	(D) ✗
C.10	De tempos a tempos sinto ódio por membros da minha família que amo habitualmente.	(D) ✗
C.11	Nunca estive apaixonado por ninguém.	(D) ✗
C.12	Já tive decepções amorosas.	(D) ✓
C.13	Amava a minha mãe.	(E) ✓
C.14	A minha mãe era boa.	(E) ✓
C.15	Amava o meu pai.	(E) ✓
C.16	O meu pai era um homem honesto.	(E) ✓
C.17	Tenho agora a mesma capacidade que no passado.	(E) ✗
C.18	Preocupo-me muito com questões de dinheiro e de negócios.	(D) ✗
C.19	Sou muito capaz de largar alguma coisa que queria fazer, porque os outros acham que eu não sou muito competente para a realizar.	(D) ✗
C.20	Sou muito capaz de deixar alguma coisa que queria fazer porque os outros acham que isso não vale a pena.	(D) ✗
C.21	Tenho horror a apressar-me quando trabalho.	(E) ✓
C.22	Tenho mudado de opinião várias vezes, sobre a minha vida profissional.	(D) ✗
C.23	Aborreço-me quando alguém me vê trabalhar, mesmo quando sei que faço bem o meu trabalho.	(D) ✓
C.24	Já tive muitas vezes que receber ordens de alguém que sabia disso menos do que eu.	(D) ✓
C.25	Aconteceu-me muitas vezes fracassar por não poder decidir-me com suficiente rapidez.	(D) ✓
C.26	Como regra prefiro procurar as coisas por mim próprio a pedir a alguém que me mostre a maneira de proceder.	(E) ✓
C.27	Impacienta-me que as pessoas me peçam a opinião ou me interrompam quando trabalho numa coisa importante.	(D) ✓
C.28	Não gosto de parar mesmo por um instante, numa tarefa que tenha começado.	(E) ✗
C.29	Como regra conto realizar o que começo a fazer.	(E) ✓
C.30	Prefiro um trabalho que pede uma grande atenção a outro que me permita ser negligente.	(E) ✗
C.31	Já me tinha acontecido contrariar pessoas que procuravam fazer alguma coisa, não porque isso importasse muito, mas por princípio.	(D) ✓
C.32	Jogo em regra com as "cartas na mesa" com as pessoas que procuro corrigir ou melhorar.	(E) ✓
C.33	É preciso discutir muito para convencer a maior parte das pessoas da verdade.	(E) ✗
C.34	Quando me sinto feliz e activo, vem alguém que está desmoralizado ou triste estragar tudo.	(D) ✓

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

	Aprecio muito mais um jogo ou uma corrida quando faço apostas.	(D)	✓	1
1	Gosto de arriscar pequenas importâncias ao jogo.	(D)	✓	1
38	O meu comportamento depende, numa grande medida, dos hábitos do meu meio.	(E)	✓	0
39	Acho muitas vezes necessário intervir para defender o meu ponto de vista.	(E)	✓	0
D.40	Sinto-me muitas vezes inclinado a fazer o impossível para ganhar vantagem sobre alguém que se tenha oposto aos meus desejos.	(D)	✓	1
D.41	Tenho ideias políticas muito assentes.	(D)	F	0
D.42	Acredito na eficácia da lei.	(E)	✓	0
D.43	Seria muito melhor se quase todas as leis fossem suprimidas.	(D)	✓	1
D.44	Fico sempre desgostoso com a justiça quando um criminoso é libertado graças aos argumentos de um advogado inteligente.	(E)	✓	0
D.45	As pessoas exigem geralmente mais respeito pelos seus direitos pessoais do que elas têm a intenção de conceder aos dos outros.	(E)	✓	0
D.46	No seu foro íntimo, a maior parte das pessoas não gosta de se maçar para ajudar os outros.	(D)	F	0
D.47	A maior parte das pessoas cria amizades porque estas podem ser-lhes úteis mais tarde.	(D)	F	0
D.48	Creio que muitas pessoas exageram as suas desgraças, só para obter a simpatia e a ajuda dos outros.	(D)	✓	1
D.49	Não censuro uma pessoa que se aproveita de alguém que se deixa levar.	(D)	F	0
D.50	É sobretudo o «medo da polícia» que torna honesta a maior parte das pessoas.	(D)	F	0
D.51	Sou contra ao princípio de dar esmola aos mendigos.	(D)	F	0
D.52	Creio que a maior parte das pessoas seria capaz de mentir para obter uma vantagem.	(D)	✓	1
D.53	Creio que quase toda a gente diria uma mentira para se livrar de uma situação difícil.	(D)	✓	1
D.54	Quase toda a gente preferiria empregar meios pouco elegantes para obter uma vantagem em vez de a perder.	(D)	✓	1
D.55	O homem que faz nascer a tentação, deixando sem protecção objectos valiosos, é tão culpado como aquele que os roubou.	(D)	F	0
E.1	Se várias pessoas se encontram metidas num sarilho, o melhor que têm a fazer é porem-se de acordo sobre uma história e manterem-na.	(D)	F	0
E.2	Certas pessoas são-me de tal maneira antipáticas que sinto um prazer secreto em vê-las apanhadas em falso.	(D)	F	0
E.3	Penso que o melhor para mim é calar-me quando estou numa situação má.	(E)	✓	0
E.4	Quando estou num «beco sem saída» não digo senão a parte da verdade que não me prejudica.	(D)	✓	1
E.5	Se me encontrasse numa má situação com vários amigos que seriam tão culpados quanto eu, preferiria que toda a acusação caísse sobre mim a denunciá-los.	(D)	F	0
E.6	Acho bem contornar a lei se a não violarmos completamente.	(D)	F	0
E.7	Não censuro aquele que quer aproveitar tudo o que pode neste mundo vil.	(D)	F	0
E.8	Uma pessoa não devia ser punida por ter violado uma lei que julga irrazoável.	(D)	F	0
E.9	Quando alguém me faz mal, sinto que lhe devo pagar na mesma moeda, se puder, por uma questão de princípio.	(D)	F	0
E.10	Adoraria vencer um desafio no meu próprio terreno.	(D)	✓	1
E.11	Já me aconteceu ter tido tal prazer em observar a habilidade de um batoteiro que tive esperança, que ele não fosse apanhado.	(D)	✓	1
E.12	Nunca tive aborrecimentos com os tribunais.	(E)	✓	0
E.13	Os polícias são, geralmente, pessoas honestas.	(E)	✓	0
E.14	Nunca fiquei particularmente inquieto com aborrecimentos ou doenças que pudessem ter os membros da minha família.	(E)	F	1
E.15	Não ficaria inquieto se alguém da minha família tivesse aborrecimentos com a justiça.	(D)	F	0
E.16	Quando tomo conta de um novo emprego gosto de ser informado sobre a pessoa que trabalha ao meu lado.	(D)	F	0
E.17	Nunca tive aborrecimentos por causa do meu comportamento sexual.	(E)	✓	0
E.18	É-me indiferente encontrar desconhecidos.	(E)	F	1
E.19	Na minha infância não gostava de ser membro de um bando ou de um grupo.	(D)	✓	1
E.20	Gosto de crianças.	(E)	✓	0
E.21	Nunca sou tão feliz como quando estou só.	(D)	F	0
E.22	Detesto ter pessoas à minha volta.	(D)	F	0
E.23	Não dirijo a palavra a desconhecidos antes que eles me tenham falado.	(D)	F	0
E.24	Prefiro ignorar os amigos de escola ou as pessoas que eu conheço, mas que não vejo há muito tempo, a não ser que eles me dirijam a palavra primeiro.	(D)	✓	1
E.25	Seria muito feliz se vivesse sozinho numa cabana na floresta ou na montanha.	(D)	F	0

	Acontece-me muitas vezes não participar na conversa ou no cavaquear do grupo em que me encontro.	(D)	✓	1
27	Nas reuniões prefiro instalar-me só simplesmente com uma outra pessoa em vez de me misturar com a multidão.	(D)	✓	1
E.28	Adoro ir a bailes.	(E)	✗	1
E.29	Adoro as recepções simplesmente porque gosto de me encontrar em sociedade.	(E)	✗	1
E.30	Gosto da excitação de uma multidão.	(E)	✗	1
E.31	Quando começo a aborrecer-me gosto de inventar um divertimento.	(D)	✗	0
E.32	Os meus aborrecimentos parecem desaparecer quando estou em companhia de um grupo alegre de amigos.	(E)	✓	0
E.33	Gosto de fazer parte de um grupo em que se «gozem» uns aos outros.	(E)	✓	0
E.34	Gosto de ir a recepções ou a reuniões em que haja muitos divertimentos ruidosos.	(E)	✗	1
E.35	Gosto de fazer parte de vários clubes ou agrupamentos.	(E)	✗	1
E.36	Sou muito sociável.	(E)	✗	1
E.37	Ninguém parece compreender-me.	(D)	✗	0
E.38	Parece-me que faço amigos tão depressa como qualquer outra pessoa.	(E)	✗	1
E.39	Sou estimado pela maior parte das pessoas que me conhecem.	(E)	✓	0
E.40	Tenho toda a simpatia que desejo.	(E)	✓	0
E.41	Aprecio muito os vários jogos e distrações.	(E)	✓	0
E.42	Recuso participar em certos jogos porque não sou forte neles.	(D)	✓	0
E.43	Quando me encontro num grupo tenho dificuldade em encontrar as coisas que convém dizer.	(D)	✓	1
E.44	É-me difícil entabular uma conversação quando encontro novas pessoas.	(D)	✓	1
E.45	Gosto de «gozar» as pessoas.	(D)	✗	0
E.46	É-me indiferente ser gozado.	(E)	✓	0
E.47	Esforço-me por fixar histórias divertidas para as contar.	(E)	✓	0
E.48	Não me preocupo nunca com o meu aspecto exterior.	(D)	✓	1
E.49	É-me indiferente não ter uma melhor aparência.	(E)	✗	1
E.50	Faço muitas coisas que lamento (lamento mais coisas e mais frequentemente que os outros, parece-me).	(D)	✗	0
E.51	Não gosto de ver as mulheres a fumar.	(E)	✗	1
E.52	As pessoas decepcionam-me muitas vezes.	(D)	✓	1
E.53	É mais seguro não ter confiança em ninguém.	(D)	✓	1
E.54	Posso ser amigo de pessoas que agem de uma maneira que reprovó.	(E)	✓	0
E.55	No comboio, no autocarro, etc... falo muitas vezes com desconhecidos.	(E)	✗	1
F.1	A maior parte do tempo gostaria mais de ficar sentado a sonhar do que a fazer o que quer que fosse.	(D)	✗	0
F.2	Não ficaria embaraçado por ser chamado a iniciar uma discussão ou a dar uma opinião num grupo sobre qualquer coisa que conhecesse bem.	(E)	✗	1
F.3	Nas aulas era-me muito difícil falar diante dos outros.	(D)	✗	0
F.4	Fico facilmente embaraçado.	(D)	✗	0
F.5	Gostaria de não ser tímido.	(D)	✓	1
F.6	Não me preocupo particularmente com efeito que produzo.	(E)	✓	1
F.7	Não fico incomodado com o que os outros pensam de mim.	(E)	✓	0
F.8	Sinto-me embaraçado a representar alguma coisa diante de um grupo de amigos mesmo quando todos participam na representação.	(D)	✓	1
F.9	Muitas vezes tenho que lutar contra a minha timidez para evitar que ela se mostre.	(D)	✓	0
F.10	Sou mais sensível do que a maior parte das pessoas.	(D)	✗	0
F.11	Em geral defendo afincamente a opinião pessoal.	(E)	✗	1
F.12	É-me por vezes difícil defender os meus direitos porque sou muito reservado.	(D)	✓	1
F.13	Já me tem acontecido ficar afastado de alguém porque tive receio de fazer ou dizer alguma coisa que pudesse lamentar de seguida.	(D)	✓	1
F.14	Não tenho dificuldade em pedir um favor a pessoas amigas mesmo se não posso retribuir-lho.	(D)	✗	0
F.15	É raro sonhar acordado.	(E)	✓	0
F.16	Tenho uma vida imaginária de que não falo.	(D)	✗	0
F.17	É-me impossível falar de mim, mesmo seja a quem for.	(D)	✓	1
F.18	Certos assuntos tocam-me tão profundamente que não posso falar deles.	(D)	✓	0
F.19	É sempre bom ser sincero.	(E)	✓	0
F.20	Gosto de fazer compreender às pessoas aquilo que penso.	(E)	✓	0
F.21	Não me dou ao trabalho de esconder de certas pessoas a fraca opinião que tenho a seu respeito.	(D)	✗	0

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

			✓	0
	consagrar a uma única tarefa durante muito tempo.	(D)	✓	1
	Sou facilmente conquistado por uma ideia nova.	(E)	✓	0
16	Uma coisa interessante faz-me sair quase sempre da «neura».	(D)	✓	1
17	Gosto que as pessoas não possam adivinhar o que vou fazer.	(E)	F	1
G.18	Sinto-me por vezes cheio de vitalidade, sem razão especial.	(D)	✓	1
G.19	Já me aconteceu encontrar problemas com soluções tão diversas que fui incapaz de reflectir neles seriamente.	(D)	✓	1
G.20	Uma vez por semana, pelo menos, sinto-me exaltado.	(D)	✓	1
G.21	Tenho períodos de tal agitação que sou incapaz de ficar muito tempo sentado numa cadeira.	(D)	✓	1
G.22	Por vezes, estou de tal modo excitado, que tenho dificuldade em adormecer.	(E)	F	1
G.23	Sinto-me por momentos cheio de energia.	(D)	✓	1
G.24	Acontece-me por vezes estar tão excitado que durante estes períodos o sono não me parece necessário.	(D)	F	0
G.25	Sem razão especial, e mesmo quando as coisas correm mal, sinto-me por vezes extraordinariamente feliz.	(E)	F	1
G.26	Tenho a impressão por momentos, de que o meu espírito funciona melhor que o habitual.	(D)	F	0
G.27	Dizem muitas vezes que sou arrebatado (precipitado, violento).	(E)	F	1
G.28	Não fico facilmente encolerizado.	(D)	✓	1
G.29	Assim como me encolerizo depressa também esqueço.	(E)	✓	0
G.30	Os meus pensamentos correm por vezes mais depressa do que consigo exprimi-los.	(D)	✓	1
G.31	Tenho por vezes a impressão de que vou destruir tudo.	(D)	✓	1
G.32	Sinto por vezes desejos de brigar com alguém.	(D)	F	0
G.33	Tenho «bicho-carpinteiro» e não sou feliz senão quando passeio ou viajo.	(D)	F	0
G.34	Por vezes oiço tão nitidamente que isso me irrita.	(D)	✓	1
G.35	Esqueço-me do que as pessoas me dizem.	(D)	✓	1
G.36	Preciso em regra de parar e reflectir antes de passar à acção, mesmo para coisas insignificantes.	(D)	F	0
G.37	Insisto, por vezes, de tal maneira numa coisa que os outros perdem a paciência.	(E)	F	1
G.38	Quando saio de casa nunca me preocupo com o ter fechado as portas e as janelas.	(D)	F	0
G.39	Lembro-me muitas vezes de números que não têm importância nenhuma (números de placas de automóveis, etc.).	(D)	✓	1
G.40	Quando caminho tomo o cuidado de não colocar o pé nas frinchas da calçada.	(D)	F	0
G.41	- Habituei-me a contar coisas que não têm importância nenhuma, como por exemplo: lâmpadas, sinais, etc.	(D)	✓	1
G.42	Acontece-me que um pensamento sem importância se fixa no meu espírito durante vários dias.	(D)	✓	1
G.43	Acodem-me muitas vezes ao espírito palavras e palavras obscenas e não consigo desembaraçar-me delas.	(D)	✓	1
G.44	Tem-me sido por vezes impossível impedir-me de roubar ou «surrupiar» qualquer coisa.	(D)	F	0
G.45	Acontece-me muitas vezes atravessar a rua para evitar encontrar alguém.	(D)	✓	1
G.46	O meu olhar é atraído pelo fogo.	(D)	F	0
G.47	Sinto por vezes uma necessidade muito forte de fazer alguma coisa de nocivo ou de chocante.	(D)	✓	1
G.48	Sou por vezes impelido a fazer mal a alguém ou a mim próprio.	(D)	✓	1
G.49	Quando alguém se engana, ou diz tolices, tento corrigi-lo.	(D)	F	0
G.50	Há pessoas que se mostram de tal maneira autoritárias que sinto necessidade de fazer o contrário do que elas dizem, mesmo que esteja seguro de que elas têm razão.	(D)	✓	1
G.51	Tenho muitas vezes a impressão de que as coisas não são reais.	(E)	F	0
G.52	Não tenho inimigos que queiram realmente prejudicar-me.	(D)	F	0
G.53	Se as pessoas não me quisessem mal, teria tido certamente mais sucesso.	(D)	✓	1
G.54	Alguém me quer mal.	(D)	✓	1
G.55	Estou convencido de que nunca terei sorte.	(D)	✓	1
H.1	Fico contrariado quando as pessoas na rua, no autocarro ou nas lojas olham para mim.	(D)	✓	1
H.2	Já tenho dito muitas vezes a impressão que desconhecidos me olham como para me criticarem.	(D)	F	0
H.3	Estou certo de que se fala de mim.	(D)	✓	1
H.4	Tenho a impressão de ser seguido.	(D)	F	0
H.5	Tenho por vezes a convicção de que o que penso se lê na minha cara.	(D)	F	0
H.6	Já têm tentado influenciar-me.	(D)	F	0
H.7	Alguém controla o meu espírito.	(D)	F	0
H.8	Em uma ou várias épocas da minha vida senti que alguém procurava hipnotizar-me.	(D)	✓	1
H.9	Tenho tendências a pôr-me em guarda com as pessoas que têm uma atitude mais amigável do que aquela que esperava delas.	(E)	✓	0

	Eu pergunto-me frequentemente qual pode ser a razão escondida porque uma pessoa é amável comigo.	(D)	✓	
A.11	Creio que se conspira alguma coisa contra mim.	(D)	✓	
H.12	Já tenho tido experiências muito particulares e estranhas.	(D)	F	
H.13	Tenho pensamentos estranhos e especiais.	(D)	F	
H.14	Alguém tentou envenenar-me.	(D)	F	
H.15	Alguém procurou roubar-me.	(D)	F	
H.16	As pessoas fazem observações grosseiras e que ferem, a meu respeito.	(D)	F	
H.17	Há pessoas que procuram aproveitar os meus pensamentos e ideias.	(D)	F	
H.18	Se me dessem uma oportunidade poderia realizar coisas que seriam muito úteis ao mundo.	(D)	F	
H.19	Sou uma personagem importante.	(D)	F	
H.20	Oiço coisas estranhas quando estou só.	(D)	F	
H.21	Oiço frequentemente vozes sem distinguir de onde elas vêm.	(D)	F	
H.22	Quando estou em sociedade fico contrariado porque oiço coisas estranhas.	(D)	F	
H.23	Nunca tive visões.	(E)	✓	
H.24	Vejo objectos, animais, pessoas em volta de mim que os outros não vêem.	(D)	F	
H.25	Há momentos em que sou possuído por espíritos.	(D)	F	
H.26	Sei quem é o responsável pela maioria dos meus aborrecimentos.	(D)	F	
H.27	Gosto de visitar sítios que não conhecia antes.	(E)	✓	
H.28	Fico ansioso e transtornado quando tenho que me afastar algum tempo da minha casa.	(D)	F	
H.29	Devo reconhecer que já me tem acontecido preocupar-me em demasia por uma razão, que na realidade não valia a pena.	(D)	✓	1
H.30	Acontece-me quase todos os dias alguma coisa que me apavora.	(D)	F	0
H.31	Tenho poucos terrores em comparação com os meus amigos.	(E)	F	1
H.32	Já tenho ficado apavorado por coisas ou por pessoas que eu sabia, no entanto, que não podiam fazer-me mal.	(D)	F	0
H.33	Não tenho medo de mexer em grandes somas de dinheiro.	(E)	✓	0
H.34	Tenho medo de relâmpagos.	(D)	✓	1
H.35	Uma tempestade aterroriza-me.	(D)	✓	1
H.36	Não tenho medo do fogo.	(E)	✓	0
H.37	Alguns animais põe-me nervoso.	(D)	F	0
H.38	Não tenho muito medo de serpentes.	(E)	✓	0
H.39	Não tenho medo de ratos.	(E)	✓	0
H.40	Não tenho medo de aranhas.	(E)	✓	0
H.41	A água não me faz medo.	(E)	✓	0
H.42	A sujidade apavora-me ou mete-me nojo.	(D)	✓	1
H.43	Não me preocupo a respeito de doenças que possa possuir.	(E)	✓	0
H.44	Não tenho medo que as maçanetas das portas me transmitam doenças ou micróbios.	(E)	✓	0
H.45	Estremeço à ideia de um tremor de terra.	(D)	F	0
H.46	Tenho medo de estar só no escuro.	(D)	F	0
H.47	Tenho medo quando dum lugar elevado, olho para baixo.	(D)	✓	1
H.48	Tenho medo de me encontrar só num grande espaço deserto.	(D)	F	0
H.49	Sinto-me pouco à vontade no interior das casas.	(D)	✓	1
H.50	Tenho medo de me encontrar fechado num pequeno compartimento.	(D)	✓	1
H.51	Evito tanto quanto possível encontrar-me no meio de uma multidão.	(D)	✓	1
H.52	Não tenho receio de entrar numa sala onde estejam outras pessoas a conversar.	(E)	✓	1
H.53	Fico apreensivo se tenho de me servir de uma faca ou de outro objecto cortante e pontiagudo.	(D)	F	0
H.54	Ver sangue não me apavora nem me deixa doente.	(E)	F	1
H.55	Tenho medo de enlouquecer.	(D)	F	0
1	Posso facilmente meter medo a outra pessoa, por vezes faço-o para me divertir.	(D)	✓	1
2	Divirto-me por vezes a fazer mal às pessoas de quem gosto.	(D)	F	0
3	Já tenho encontrado, por vezes, prazer em ser chocado e magoado por alguém que eu amava.	(D)	F	0
4	Arrelio por vezes os animais.	(E)	F	1
5	Devia-se bater ou dar pontapés nos cavalos que não andam.	(E)	F	1
6	Não me aborrece particularmente ver sofrer os animais.	(D)	F	0
7	Acontece-me ser muitas vezes atraído irresistivelmente por objectos pessoais, como sapatos, luvas, etc... a tal ponto de querer procurá-los ou comprá-los, mesmo quando não me podem servir para nada.	(D)	F	0

	Ninguém se preocupa com o que possa acontecer-nos.	(D)	✓	A
	Um homem que é capaz de trabalhar seriamente tem uma boa oportunidade de triunfar.	(E)	✓	0
I.10	O futuro é demasiado incerto para que se possam fazer projectos a sério.	(D)	✓	0
I.11	É magnífico viver na nossa época quando tantas coisas importantes acontecem.	(D)	✓	0
I.12	Acho difícil neste momento não perder a esperança de chegar a qualquer coisa.	(D)	F	0
I.13	Os meus conflitos mais duros são contra mim mesmo.	(E)	✓	0
I.14	Peço com frequência conselhos às outras pessoas.	(E)	✓	1
I.15	Os meus projectos parecem por vezes tão cheios de dificuldades que tenho de abandoná-los.	(D)	F	0
I.16	Tenho tido muitas vezes superiores que pareciam arranjar as coisas para receber o benefício do que se tinha feito de bom no seu serviço, mas que seriam muitíssimo capazes de lançar as culpas nos seus aborrecimentos.	(D)	F	0
I.17	Gostaria de deixar de me atormentar com as coisas que disse e que podem ferir os sentimentos dos outros.	(D)	✓	1
I.18	Tenho com frequência de dormir uma noite antes de me decidir sobre um assunto. (Aconselhar-me com o travesseiro).	(D)	F	0
I.19	Já tem acontecido esgotar-me por querer fazer demasiadas coisas ao mesmo tempo.	(E)	✓	0
I.20	Podem fazer-me mudar facilmente de opinião mesmo quando já fiz o meu próprio juízo.	(D)	F	0
I.21	Lembro-me de ter fingido doente para evitar qualquer coisa.	(D)	F	0
I.22	Tem-me acontecido muitas vezes encontrar pessoas que eram tidas por especialistas e não sabiam disso mais do que eu.	(E)	F	1
I.23	Tenho mais dificuldades em me concentrar que a maioria das pessoas.	(D)	✓	1
I.24	Já me aconteceu várias vezes ser o último a renunciar a uma coisa difícil de fazer.	(E)	✓	1
I.25	Aconteceu-me várias vezes renunciar a alguma coisa por falta de confiança em mim mesmo.	(D)	✓	1
I.26	Sou facilmente vencido numa discussão.	(D)	F	0
I.27	É-me difícil fixar o espírito num trabalho ou numa ocupação.	(D)	✓	1
I.28	Se me dessem oportunidade, eu saberia levar as multidões (ser um bom guia de multidões).	(E)	F	1
I.29	É para mim como que um fracasso saber do sucesso de alguém que conheço bem.	(D)	F	0
I.30	A minha maneira de agir é muitas vezes mal interpretada pelos outros.	(D)		-
I.31	Tem-me acontecido algumas vezes ter a impressão de que não conseguiria nunca vencer as dificuldades que se iam acumulando.	(D)	✓	1
I.32	Acontece-me tomar as coisas pelo lado mau.	(D)	F	0
I.33	Sou uma pessoa extremamente nervosa.	(D)	✓	1
I.34	Trabalho num estado de grande tensão.	(D)	✓	1
I.35	A vida representa para mim um esforço contínuo.	(D)	✓	1
I.36	Acontece-me pensar que não sirvo para nada.	(D)	✓	1
I.37	Sinto-me por vezes inútil.	(D)	✓	1
I.38	Penso muitas vezes: "Gostaria de ser ainda uma criança".	(D)	✓	1
I.39	Não tenho, certamente, confiança em mim.	(D)	✓	1
I.40	Tenho uma confiança total em mim.	(E)	F	1
I.41	Recuo diante das dificuldades ou das crises.	(D)	F	0
I.42	Creio que gostaria muito do trabalho de costureiro.	(D)	F	0
I.43	Prefiro as histórias de aventuras às histórias sentimentais.	(E)	✓	0
I.44	Se fosse artista, gostaria de desenhar flores.	(D)	F	0
I.45	Gostava de brincar ao "jogo do lenço".	(D)	F	0
I.46	Gosto de arranjar uma fechadura de porta.	(E)	✓	0
I.47	Gosto ou já gostei de pesca.	(E)	F	1
I.48	Faz-me zangar estar com pessoas que forçam a apressar-me.	(D)	✓	1
I.49	Creio que gostaria muito do trabalho de guarda-florestal.	(D)	✓	1
I.50	Gosto da ciência.	(E)	✓	1
I.51	Gosto muito da caça.	(D)	F	0
I.52	Gostaria de caçar um leão em África.	(D)	F	0
I.53	Gostaria de ser florista.	(D)	✓	0
I.54	Assusto-me só de pensar em possíveis acidentes.	(D)	✓	1
I.55	Quando estou num sítio elevado, tenho vontade de saltar lá para baixo.	(D)	F	0
J.1	Gostaria de ser enfermeiro.	(D)	F	1
J.2	Gostaria de ser corredor de automóveis.	(D)	✓	1
J.3	Preferiria trabalhar habitualmente com mulheres.	(E)	F	1
J.4	Tenho a impressão de que por vezes me vou aniquilar.	(D)	✓	1

	Gosto de revistas técnicas.	(E)	✓	0
	Tem-me acontecido, muitas vezes ter terrores no meio da noite.	(D)	✓	0
	Penso que gostaria do trabalho de construtor civil.	(D)	✓	1
J.7	Gostaria de ser secretário particular.	(D)	✓	1
J.8	Não gosto de tomar banho.	(D)	✓	1
J.9	Gostaria de ser militar.	(D)	✓	1
J.10	Gosto de cozinhar.	(D)	✓	1
J.11	Gosto de coleccionar flores ou plantas trepadeiras.	(D)	✓	0
J.12	Sinto-me com frequência muito fatigado.	(D)	✓	1
J.13	Dou muita atenção à maneira como me visto.	(D)	✓	0
J.14	Por vezes, um dos meus sonhos, repete-se.	(D)	✓	0
J.15	Suporto tão bem as dores como os outros.	(E)	✓	1
J.16	Penso que a Rainha Santa Isabel era maior do que Afonso Henriques.	(E)	✓	1
J.17	Gosto da poesia.	(D)	✓	0
J.18	Se fosse repórter, era para a rubrica teatral que iriam as minhas preferências.	(D)	✓	0
J.19	Se fosse artista, gostaria de desenhar crianças.	(D)	✓	1
J.20	Já me aconteceu ter companheiros imaginários.	(D)	✓	0
J.21	Gosto de mulheres altas.	(D)	✓	0
J.22	Gostaria de ser jornalista.	(D)	✓	0
J.23	Gosto de teatro.	(D)	✓	1
J.24	Tive um diário.	(D)	✓	1
J.25	Gostei da história da «Branca de Neve».	(D)	✓	1
J.26	Gosto muito das cenas de amor no cinema.	(E)	✓	1
J.27	Gosto imenso de montar a cavalo.	(E)	✓	1
J.28	Se fosse repórter gostaria de escrever artigos desportivos.	(D)	✓	0
J.29	A pessoa a quem estava mais ligada e que mais estimava na minha infância era uma mulher (mãe, irmã, tia ou outra mulher).	(E)	✓	0
J.30	Em nenhum momento da minha vida gostei de brincar com bonecas.	(E)	✓	1
J.31	Gostaria de ser cantor.	(D)	✓	0
J.32	Gosto das reuniões e da sociedade.	(D)	✓	1
J.33	Creio que gostaria muito do trabalho de bibliotecário.	(D)	✓	1
J.34	Gosto de homens de aspecto feminino.	(E)	✓	0
J.35	Tenho muitas vezes medo do escuro.	(D)	✓	0
J.36	Gostava de jogar ao eixo.	(D)	✓	0
J.37	Gosto de mulheres de aspecto masculino.	(E)	✓	0
J.38	O homem com quem, tive maior contacto na minha infância era muito severo comigo (o meu pai, o meu padrasto, etc.).	(D)	✓	0
J.39	Já tenho desejado muitas vezes ser uma rapariga (ou se você é uma mulher: nunca lamentei ser uma rapariga).	(D)	✓	0
J.40	Acontece-me, por vezes, pensar em coisas demasiado más para poder falar nelas.	(E)	✓	1
J.41	Nem sempre digo a verdade.	(E)	✓	0
J.42	Encolerizo-me algumas vezes.	(E)	✓	0
J.43	Por vezes, quando não me sinto bem, fico de mau humor.	(E)	✓	0
J.44	Por vezes, quando não me sinto bem, fico de mau humor.	(E)	✓	0
J.45	Se pudesse entrar num cinema sem pagar e estar certo de que ninguém me via fá-lo-ia de certeza.	(E)	✓	1
J.46	Gosto de conhecer pessoas importantes, porque isto me dá a impressão de ser também uma pessoa importante.	(E)	✓	1
J.47	Não gosto de todas as pessoas que conheço.	(E)	✓	1
J.48	Acontece-me ser um pouco maldizente.	(E)	✓	0
J.49	Acontece-me votar nas eleições por homens que conheço mal.	(E)	✓	0
J.50	Sucedede-me por vezes rir de uma piada grosseira.	(E)	✓	1
J.51	Tenho por vezes desejo de praguejar.	(E)	✓	0
J.52	Não leio todos os dias o artigo de fundo do jornal.	(E)	✓	0
J.53	Acontece-me guardar para amanhã o que deveria ser feito hoje.	(E)	✓	0
J.54	As minhas maneiras à mesa não são sempre tão boas em casa como quando como fora e estou acompanhado.	(E)	✓	0
J.55	Gosto mais de ganhar que perder ao jogo.	(E)	✓	0

Anexo 5 – *Symptoms Checklist (SCL-90)*

SCL - 90 - R

ESTE QUESTIONÁRIO FAZ PARTE DA SUA HISTÓRIA CLÍNICA E ESTÁ SUJEITO AO SEGREDO
PROFISSIONAL

Arquivar:

Data	___/___/___	Psicóloga	
------	-------------	-----------	--

Nome do Doente		
Idade	21	Nº do Processo
Agregado Familiar	5	
Estado Civil	Solteira	
Profissão	Estudante	
Nível de Escolaridade	3º ano - Faculdade	
Pedido de Referenciação		

Instruções:

Leia cuidadosamente cada questão que se segue. Estas descrevem uma lista de problemas e queixas médicas que algumas pessoas costumam sentir. Pense nas últimas semanas, incluindo o dia de hoje, e responda:

Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
0	1	2	3	4

Traduzido da versão Espanhola SCL-90-R by Leonard R. Derogatis PH.D.

Uso restrito no **CHTS** na Unidade de Psicologia Clínica

1.	Dores de cabeça	0	1	2	3	4
2.	Nervosismo ou tensão interior	0	1	2	3	4
3.	Pensamentos, palavras ou ideias desagradáveis que não vêm da sua mente	0	1	2	3	4
4.	Sensação de desmaio ou tonturas	0	1	2	3	4
5.	Diminuição do interesse ou prazer sexual	0	1	2	3	4
6.	Vê as pessoas de forma negativa, encontra sempre falhas	0	1	2	3	4
7.	Impressão de que as outras pessoas podem controlar os seus pensamentos	0	1	2	3	4
8.	Ideia de que as outras pessoas são culpadas pela maioria dos seus problemas	0	1	2	3	4
9.	Dificuldade em se lembrar de coisas passadas ou recentes	0	1	2	3	4
10.	Preocupações com a sujidade, a desarrumação e a desorganização	0	1	2	3	4
11.	Aborrecer-se ou irritar-se facilmente	0	1	2	3	4
12.	Dores Sobre o coração ou peito	0	1	2	3	4
13.	Sentir medo de estar em espaços abertos ou na rua	0	1	2	3	4
14.	Falta de forças ou lentidão	0	1	2	3	4
15.	Pensamentos suicida ou de acabar com a vida	0	1	2	3	4
16.	Ouvir vozes que as outras pessoas não ouvem	0	1	2	3	4
17.	Tremer	0	1	2	3	4
18.	Sentir que não pode confiar na maioria das pessoas	0	1	2	3	4
19.	Perder o apetite	0	1	2	3	4
20.	Chorar facilmente	0	1	2	3	4
21.	Sentir-se tímido ou com falta de à vontade com pessoas do sexo oposto	0	1	2	3	4
22.	Impressão de se sentir preso ou fechado	0	1	2	3	4
23.	Ter um medo súbito sem razão para isso	0	1	2	3	4
24.	Ataques de cólera ou de fúria que não consegue controlar	0	1	2	3	4
25.	Medo de sair de casa sozinho	0	1	2	3	4
26.	Culpar-se a si mesmo de tudo o que se passa	0	1	2	3	4
27.	Dores no fundo das costas	0	1	2	3	4
28.	Sentir-se incapaz de fazer as coisas ou terminar as tarefas	0	1	2	3	4
29.	Sentir-se sozinho	0	1	2	3	4
30.	Sentir-se triste	0	1	2	3	4
31.	Preocupar-se demasiado com tudo	0	1	2	3	4
32.	Sem interesse por nada	0	1	2	3	4
33.	Sentir-se amedrontado (assustado)	0	1	2	3	4
34.	Ser demasiado sensível ou sentir-se magoado facilmente	0	1	2	3	4
35.	Ter a impressão de que as outras pessoas apercebem-se do que está a pensar	0	1	2	3	4
36.	Sentir que os outros não o compreendem	0	1	2	3	4
37.	Sentir que as outras pessoas são pouco simpáticas ou que não gostam de si	0	1	2	3	4
38.	Fazer tudo devagar a fim de ter a certeza de que fica bem feito	0	1	2	3	4
39.	Palpitações ou batimentos rápidos do coração	0	1	2	3	4

40.	Vontade de vomitar ou mal-estar do estômago	0	1	2	3	4
41.	Sentir-se inferior	0	1	2	3	4
42.	Dores musculares	0	1	2	3	4
43.	Impressão de que os outros o costumam observar ou falar de si	0	1	2	3	4
44.	Dificuldade em adormecer	0	1	2	3	4
45.	Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz	0	1	2	3	4
46.	Dificuldade em tomar decisões	0	1	2	3	4
47.	Medo de viajar de carro, autocarro, metro e comboio	0	1	2	3	4
48.	Sensação de que lhe falta o ar	0	1	2	3	4
49.	Calafrios, sentir calor ou frio de repente	0	1	2	3	4
50.	Ter de evitar certas coisas, lugares ou atividades por lhe causarem medo	0	1	2	3	4
51.	Ficar com a mente em branco	0	1	2	3	4
52.	Sensação de anestesia (formigueiro ou adormecimento) no corpo	0	1	2	3	4
53.	Impressão de ter um nó na garganta	0	1	2	3	4
54.	Sentir-se sem esperança perante o futuro	0	1	2	3	4
55.	Dificuldades em se concentrar	0	1	2	3	4
56.	Falta de força em alguma parte do corpo	0	1	2	3	4
57.	Sentir-se tenso, com os nervos à flor da pele	0	1	2	3	4
58.	Sentir "um peso" no braço ou nas pernas	0	1	2	3	4
59.	Pensamentos sobre a morte ou o facto de morrer	0	1	2	3	4
60.	Vontade de comer de mais	0	1	2	3	4
61.	Sentir-se incomodado quando as pessoas o observam ou falam de si	0	1	2	3	4
62.	Ter pensamentos que não lhe pertencem	0	1	2	3	4
63.	Impulsos de bater, ofender ou ferir alguém	0	1	2	3	4
64.	Acordar muito cedo de manhã	0	1	2	3	4
65.	Vontade de repetir certas ações (e.g. tocar em objetos, lavagens, contar...)	0	1	2	3	4
66.	Sono agitado ou não repousante	0	1	2	3	4
67.	Vontade de destruir ou partir coisas	0	1	2	3	4
68.	Ter pensamentos ou ideias/crenças que os outros não percebem ou não têm	0	1	2	3	4
69.	Sentir-se inibido ou envergonhado junto de outras pessoas	0	1	2	3	4
70.	Não se sentir à vontade no meio de muitas pessoas (cinemas, festas...)	0	1	2	3	4
71.	Sentir que tudo o que faz exige muito esforço	0	1	2	3	4
72.	Ter ataques de terror ou pânico	0	1	2	3	4
73.	Não se sentir à vontade quando come ou bebe num local público	0	1	2	3	4
74.	Ter discussões frequentes	0	1	2	3	4
75.	Sentir-se nervoso quando tem que ficar sozinho	0	1	2	3	4
76.	Sentir que as outras pessoas não dão o devido valor ao seu trabalho ou às suas capacidades (não reconhecem mérito)	0	1	2	3	4
77.	Sentir-se sozinho mesmo quando está com mais pessoas	0	1	2	3	4
78.	Sentir-se tão inquieto que não se pode sentar ou estar parado	0	1	2	3	4

79.	Ter sentimentos de que é inútil, de que não tem valor	0	1	2	3	4
80.	Ter o pressentimento de que alguma coisa má lhe vai acontecer	0	1	2	3	4
81.	Gritar com as outras pessoas ou atirar coisas	0	1	2	3	4
82.	Medo de vir a desmaiar em público	0	1	2	3	4
83.	A impressão de que, se deixasse, as outras pessoas aproveitariam de si	0	1	2	3	4
84.	Pensamentos acerca de assuntos sexuais que o perturbam muito	0	1	2	3	4
85.	Sentimentos de que deveria ser castigado pelos seus pecados ou erros	0	1	2	3	4
86.	Pensamentos ou imagens assustadoras que causam medo	0	1	2	3	4
87.	A impressão de que alguma coisa grave se passa no seu corpo	0	1	2	3	4
88.	Grande dificuldade em sentir-se "próximo" de outra pessoa	0	1	2	3	4
89.	Sentimentos de culpa	0	1	2	3	4
90.	Impressão de que alguma coisa não regula bem na sua cabeça	0	1	2	3	4

Anexo 6 – Escala de Ansiedade de Auto Avaliação de Zung

ESCALA DE ANSIEDADE DE AUTO-AVALIAÇÃO DE ZUNG

(Ansiedade-Estado)

Nome: _____

Idade: _____

Data: _____

Leia com atenção todas as frases seguidamente expostas. Em relação a cada uma delas assinale com uma cruz (X) no quadrado respectivo, aquilo que constitui a descrição mais aproximada da **maneira como se sente neste momento**.

	1	2	3	4
	Nenhuma ou raras vezes	Algumas vezes	Uma boa parte do tempo	A maior parte do tempo
1. Sinto-me mais nervoso e ansioso que o costume.			X	
2. Sinto-me com medo sem nenhuma razão para isso.		X		
3. Sinto-me facilmente perturbado ou em pânico.		X		
4. Sinto-me como se estivesse para rebentar.		X		
5. Sinto que tudo corre bem e que nada de mal acontecerá.			X	
6. Sinto os braços e as pernas a tremer.		X		
7. Tenho dores de cabeça, de pescoço e de costas que me incomodam.		X		
8. Sinto-me fraco e fico facilmente cansado.	X			
9. Sinto-me calmo e com facilidade me posso sentar e ficar sossegado.		X		
10. Sinto o meu coração bater depressa demais.		X		
11. Tenho crises de tonturas que me incomodam.	X			
12. Tenho crises de desmaio ou sensação de que vou desmaiar.	X			
13. Posso inspirar e expirar com facilidade.		X		
14. Sinto os dedos das minhas mãos e pés entorpecidos e com picadas.	X			
15. Costumo ter dores de estômago ou más digestões.		X		
16. Tenho de esvaziar a bexiga com frequência.		X		
17. As minhas mãos estão habitualmente secas e quentes.		X		
18. A minha face costuma ficar quente e corada.			X	
19. Adormeço facilmente e consigo obter um bom descanso durante a noite.		X		
20. Tenho pesadelos.		X		

Total: _____

Observações: _____

42

Anexo 7 – Relaxamento Muscular Progressivo de *Jacobson*

Treino de Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson

Treino de Relaxamento para 16 grupos musculares

“A fim de conseguir relaxar-se tudo quanto precisa de aprender é conhecer as diferenças entre estar contraído e descontraído. Feche os seus olhos, apoie-se bem na cadeira. Imagine que a sua cabeça é um pião cujo bico se apoia numa base chamada pescoço. Rode-a muito lentamente de forma a descontrair os músculos do pescoço. Não a deixe inclinada nem para a frente, nem para trás, nem para o lado esquerdo, nem para o lado direito. Deixe-a estar ao centro, de modo descontraído. Apoie os membros superiores nos braços da cadeira. Desloque os pés mais para a frente ou mais para trás, consoante a posição que for mais confortável para si. Contudo, estes devem ficar posicionados para que as plantas dos pés fiquem semi voltadas uma para a outra. Quando eu der as instruções de relaxamento, deve repeti-las mentalmente para si.”

“Gostaria que focalizasse a sua atenção nos músculos da mão e braço dominante. Quando eu disser AGORA, vou pedir-lhe que contraia esses músculos, fechando o punho.

AGORA...

Sinta a tensão na mão, sobre as articulações e, mais acima, até ao braço.”

(manter a contracção durante 15 segundos)

RELAXE...

Repare na diferença de sensações entre tensão e relaxamento.

Focalize as sensações no músculo à medida que ele vai ficando mais e mais relaxado...”

(manter a descontração durante 30-40 segundos)

“Gostava que passasse para o bíceps dominante. Quando eu disser AGORA, vou pedir-lhe que contraia esses músculos, puxando o cotovelo para baixo, contra o braço da cadeira.

AGORA...

Sinta os músculos a puxar...

Repare como é a sensação de tensão nesses músculos, quando os puxa e os mantém duros e apertados

(manter a contração durante 15 segundos)

RELAXE...

Foque toda a sua atenção nas sensações que estão associadas ao relaxamento.

(manter durante 30-40 segundos)

(O mesmo que para o lado dominante)

“Vamos passar agora para os músculos da parte superior do seu rosto: a testa. Quando eu disser AGORA, vou pedir-lhe que contraia esses músculos levantando as sobrancelhas tanto quanto puder.

AGORA...

Sinta a tensão a subir através da testa até ao crânio.

(manter durante 15 segundos).

RELAXE...

Deixe toda a tensão sair...

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

(manter durante 30-40 segundos)

“Foque agora a sua atenção nos músculos da parte superior das maçãs do rosto, e do nariz. Quando eu disser AGORA, vou pedir-lhe que contraia esses músculos, trocando os olhos e franzindo o nariz.

AGORA...

Repare na sensação que é os músculos tornarem-se tensos, quando focaliza a sua atenção nas sensações associadas a essa tensão.

(manter durante 15 segundos). RELAXE...

Aprecie as sensações agradáveis associadas ao relaxamento. Não procure fazer mais nada do que centrar a sua atenção nas sensações profundamente agradáveis que fluem para essa área.

(manter durante 30-40 segundos).

“Agora vamos descer para os músculos da parte inferior do seu rosto: parte inferior das maçãs do rosto e queixo. Quando eu disser AGORA, vou pedir-lhe para cerrar os seus dentes e puxar os cantos da boca para trás.

AGORA...

Sinta a tensão através de toda a parte inferior do seu rosto, reparando no que sente à medida que esses músculos vão ficando tensos.

RELAXE...

Aprecie as sensações nos músculos à medida que eles se vão soltando suavemente, tornando-se descontraídos e relaxados cada vez mais profundamente...

(manter durante 30-40 segundos)

“Vamos agora focar a sua atenção nos músculos do pescoço e da garganta. Quando eu disser AGORA, vou pedir-lhe que contraia esses músculos, puxando o queixo para o peito mas sem o deixar tocar no peito.

AGORA...

Aprecie a tensão nesses músculos.

(manter durante 15 segundos)

RELAXE...

Repare na sensação que é os músculos irem ficando cada vez mais e mais relaxados...

Sinta apenas as sensações de profundo e completo relaxamento fluindo por esses músculos...

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

“Focalize-se agora nos músculos do peito, ombros e parte superior das costas. Quando eu disser AGORA, vou pedir-lhe que contraia esses músculos, inspirando bem fundo, prendendo a respiração e, ao mesmo tempo, puxando as omoplatas como se as quisesse juntar; isto é, puxe os ombros para trás e tente que as omoplatas se toquem.

AGORA...

Sinta a tensão no peito, nos ombros e na parte das costas.

(manter durante 15 segundos)

RELAXE...

Descontraia-se...

Repare como eles se sentem agora, comparando com anteriormente.

(manter durante 30-40 segundos)

“Foque agora a sua atenção nos músculos do estômago. Quando eu disser AGORA, vou pedir-lhe para fazer o estômago duro, contraindo-o como se fosse dar uma pancada a si mesmo no estômago.

AGORA...

Sinta a tensão e o aperto no estômago e aprecie as sensações associadas com isso.

(manter durante 15 segundos)

RELAXE...

Deixe a tensão sair...

Repare como esses músculos ficam completamente relaxados.

(manter durante 30-40 segundos)

“A fim de descontrair os músculos do tórax tudo quanto vai procurar fazer é respirar lentamente... Tão lentamente quanto lhe possa ser possível fazê-lo. Quando alguém está nervoso a respiração torna-se rápida e superficial. Tente agora fazer o contrário: uma respiração lenta e profunda, permitindo que o ar chegue bem abaixo dos pulmões, de forma a levantar o seu abdómen. Respire lentamente, tão lentamente quanto lhe possa ser possível fazê-lo. O controlo da respiração é um meio poderoso de se relaxar. À medida que se vai sentindo mais relaxado/a vá dizendo para si mesmo: “sinto-me descontraído/a! Afinal é fácil. Sinto-me calmo/a”. Continue a respirar sempre lenta e profundamente, tão lentamente quanto lhe possa ser possível fazê-lo.”

“Agora vamos passar para os músculos da parte superior da perna dominante: a coxa dominante. Quando eu disser AGORA, vou pedir-lhe que contraia esses músculos da parte superior da perna dominante, contrapondo o grande músculo da parte superior da perna, com os dois músculos pequenos da parte inferior.

AGORA...

Sinta a tensão e aprecie a parte de cima do músculo grande ficar dura...

(manter durante 7 segundos)

RELAXE...

Deixe toda a tensão sair...

Repare naquilo que se passa à medida que os músculos se tornam mais e mais profundamente relaxados...

(manter durante 30-40 segundos)

“Focalize a sua atenção nos músculos da parte inferior da perna dominante: a barriga da perna dominante. Quando eu disser AGORA, vou pedir-lhe que contraia esses músculos, puxando os dedos dos pés para cima, em direcção à sua cabeça.

AGORA...

Aprecie toda a tensão na área da barriga da perna...

(manter durante 7 segundos)

RELAXE...

Repare naquilo que se passa à medida que os músculos vão ficando cada vez mais e mais relaxados...

Aprecie as sensações nestes músculos à medida que eles se vão libertando.

(manter durante 30-40 segundos)

“Vamos passar para os músculos do pé dominante. Quando eu disser AGORA, vou pedir-lhe para contrair esses músculos, esticando o pé e virando-o para dentro, ao mesmo tempo que encara os dedos.

AGORA...

Aprecie a sensação de tensão, a pressão no arco e no peito do pé...

(manter durante 7 segundos)

RELAXE...

Descontraia-se...

Repare como eles estão agora, comparando como anteriormente.

“Aprecie a diferença de sensações á medida que vai ficando cada vez mais e mais relaxado/a.”

(manter durante 30-40 segundos)

Conclusão:

“Agora que já aprendeu a notar as diferenças entre estar contraído e descontraído vai percorrer com o seu pensamento todo o seu corpo a fim de descontrair por completo qualquer músculo que tenha ainda contraído.”

“Vá dizendo para si mesmo: “a minha testa está completamente descontraída... o meu nariz, a minha boca, a minha língua, os meus lábios estão completamente relaxados”. Se porventura encontrar algum músculo ainda contraído fale com ele diretamente e diga: “Deixa-te descontrair... Abandona-te”.

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

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

Neste momento, que já aprendeu a descontrair todo o seu corpo vai tentar fazê-lo ainda mais. Imagine-se num dia bem frio de Inverno... Lá fora está frio, está vento, está a chover. Neste momento encontra-se junto de uma lareira acesa, com lenha a arder. Tente observar todos os pormenores. Sinta o tempo desagradável que está lá fora e o conforto que está a sentir na sala onde se encontra. Está-lhe a saber bem o calor que a lenha liberta. Começa a sentir o calor a invadi-lo progressivamente, a espalhar-se pelo seu tórax, a ir para o ombro direito e para o ombro esquerdo o braço direito e o braço esquerdo, o antebraço direito e o antebraço esquerdo, a mão direita e a mão esquerda. O calor está a distribuir-se por todo o seu corpo e a fazê-lo descontrair ainda mais”.

“Agora que sente o seu corpo bem descontraído, coloque dentro de si a sua imagem de paz. Uma imagem que lhe dê tranquilidade, calma, serenidade, boa disposição. Vou estar calada durante sessenta segundos para poder reviver por completo a sua imagem de paz:

observe todos os pormenores... o que vê... o que ouve... o que sente... Agora calo-me para o/a deixar com a sua imagem de paz.”

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

Relaxamos os músculos da face e do pescoço... Continue a permitir que eles se mantenham profundamente relaxados...

Relaxamos os músculos do peito, os ombros, a parte superior das costas, o abdómen... Permita que esses músculos se tornem, agora, ainda mais profundamente relaxados...

Agora vou começar a contar, de trás para a frente, de “4” até “1”. Quando eu disser “4” comece a mexer as pernas e pés... Quando eu disser “3”, pode mexer os braços e as mãos... Quando eu disser “2”, a face e o pescoço... Quando eu disser “1”, abra os olhos

Treino de Relaxamento para 4 grupos musculares

“A fim de conseguir relaxar-se tudo quanto precisa de aprender é conhecer as diferenças entre estar contraído e descontraído. Feche os seus olhos, apoie-se bem na cadeira. Imagine que a sua cabeça é um pião cujo bico se apoia numa base chamada pescoço. Rode-a muito lentamente de forma a descontrair os músculos do pescoço. Não a deixe inclinada nem para a frente, nem para trás, nem para o lado esquerdo, nem para o lado direito. Deixe-a estar ao centro, de modo descontraído. Apoie os membros superiores nos braços da cadeira. Desloque os pés mais para a frente ou mais para trás, consoante a posição que for mais confortável para si. Contudo, estes devem ficar posicionados para que as plantas dos pés fiquem semi voltadas uma para a outra. Quando eu der as instruções de relaxamento, deve repeti-las mentalmente para si.”

“Gostaria que focasse a sua atenção nos músculos de ambos os braços e mãos.”

“Quando eu disser AGORA, vou pedir-lhe que contraia esses músculos, levantando ambos os braços à sua frente, dobrando os cotovelos num ângulo de 45 graus e fechando o punho.”

AGORA...

Sinta a tensão nas mãos, braços e bíceps...

(Manter a contração durante 15 segundos)

RELAXE...

Repara na diferença entre tensão e relaxamento...

Focalize a sua atenção nas sensações destes músculos à medida que eles vão ficando mais e mais relaxados...

(Manter durante 30-40 segundos)

“Vamos agora passar para todos os músculos da sua face e pescoço.”

“Quando eu disser AGORA, vou pedir-lhe que contraia esses músculos... Levantando as sobrancelhas, trocando os olhos, franzindo o nariz, cerrando os dentes, puxando os cantos da boca para trás, enquanto que, ao mesmo tempo, puxa o seu queixo para baixo, em direção ao peito, mas sem tocar no peito.

AGORA...

“Sinta a tensão através de toda a área facial e do pescoço...”

(Manter durante 15 segundos)

RELAXE...

Descontraia-se...

Repare como sente os músculos agora comparando com anteriormente.

(Manter durante 30-40 segundos)

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

“Focalize-se agora nos músculos do peito., ombros, parte superior das costas e abdómen.

Quando eu disser AGORA, vou pedir-lhe que contraia esses músculos, inspirando bem no fundo, prendendo a respiração, puxando as omoplatas uma de encontro à outra, enquanto que, ao mesmo tempo, faz o estômago duro.”

AGORA...

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

(manter durante 15 segundos)

RELAXE...

Descontraia-se...

Repare como esses músculos estão agora, comparando com anteriormente...

(Manter durante 30-40 segundos)

“A fim de descontrair os músculos do tórax tudo quanto vai procurar fazer é respirar lentamente... tão lentamente quanto lhe possa ser possível fazê-lo. Quando alguém está nervoso a respiração torna-se rápida e superficial. Tente agora fazer o contrário: uma respiração lenta e profunda, permitindo que a ar chegue bem abaixo dos pulmões, de forma a levantar o seu abdómen. Respire lentamente, tão lentamente quanto lhe possa ser possível fazê-lo. O controlo da respiração é um meio poderoso de se relaxar. À medida que se vai sentindo mais relaxado/a vá dizendo para si mesmo: “sinto-me descontraído/a! Afinal é fácil. Sinto-me calmo/a”. Continue a respirar sempre lenta e profundamente, tão lentamente quanto lhe possa ser possível fazê-lo.”

Agora vamos para os músculos de ambas as coxas, barriga da perna e pés.

Quando eu disser AGORA, vou pedir-lhe que contraia os músculos de ambas as pernas, levantando ligeiramente as pernas da cadeira, enquanto estica os dedos dos pés para dentro.

(Manter durante 5-7 segundos)

RELAXE...

Descontraia-se...

Deixe toda a tensão sair...

Repare como esses músculos estão agora, comparando com o que se passava anteriormente...

Repare como é a sensação, à medida que os músculos ficam cada vez mais e mais profundamente relaxados... (Manter durante 30-40 segundos)

Conclusão:

“Agora que já aprendeu a notar as diferenças entre estar contraído e descontraído vai percorrer com o seu pensamento todo o seu corpo a fim de descontrair por completo qualquer músculo que tenha ainda contraído.”

“Vá dizendo para si mesmo: “a minha testa está completamente descontraída... o meu nariz, a minha boca, a minha língua, os meus lábios estão completamente relaxados”. Se porventura encontrar algum músculo ainda contraído fale com ele diretamente e diga: “Deixa-te descontrair... Abandona-te”.

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

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

Neste momento, que já aprendeu a descontrair todo o seu corpo vai tentar fazê-lo ainda mais. Imagine-se num dia bem frio de Inverno... lá fora está frio, está vento, está a chover. Neste momento encontra-se junto de uma lareira acesa, com lenha a arder. Tente observar todos os pormenores. Sinta o tempo desagradável que está lá fora e o conforto que está a sentir na sala onde se encontra. Está-lhe a saber bem o calor que a lenha liberta. Começa a sentir o calor a invadi-lo progressivamente, a espalhar-se pelo seu tórax, a ir para o ombro direito e para o ombro esquerdo o braço direito e o braço esquerdo, o antebraço direito e o antebraço esquerdo, a mão direita e a mão esquerda. O calor está a distribuir-se por todo o seu corpo e a fazê-lo descontrair ainda mais”.

“Agora que sente o seu corpo bem descontraído, coloque dentro de si a sua imagem de paz. Uma imagem que lhe dê tranquilidade, calma, serenidade, boa disposição. Vou estar calada durante sessenta segundos para poder reviver por completo a sua imagem de paz: observe todos os pormenores... o que vê... o que ouve... o que sente... Agora calo-me para o/a deixar com a sua imagem de paz.”

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

Relaxamos os músculos da face e do pescoço... Continue a permitir que eles se mantenham profundamente relaxados...

Relaxamos os músculos do peito, os ombros, a parte superior das costas, o abdómen...
Permita que esses músculos se tornem, agora, ainda mais profundamente relaxados...

Agora vou começar a contar, de trás para a frente, de “4” até “1”. Quando eu disser “4” comece a mexer as pernas e pés... Quando eu disser “3”, pode mexer os braços e as mãos... Quando eu disser “2”, a face e o pescoço... Quando eu disser “1”, abra os olhos.

Anexo 8 – *PowerPoint*: Grupo de Estimulação Cognitiva –
Funcionamento Cognitivo e Envelhecimento

FUNCIONAMENTO COGNITIVO & ENVELHECIMENTO

Estimulação Cognitiva

Dr.^a Catarina Varejão
Flávia Ferreira
Inês Azevedo



ENVELHECER O QUE É?



ENVELHECER NÃO É ADOECER!

- É um processo universal e natural pelo qual todos nós passamos e por isso devemos aceitar como parte da vida.
- Convivendo com as limitações que podem surgir:
 - Declínio progressivo nas capacidades físicas e mentais.

Mas o que fazemos em relação a isso?

Mantemo-nos ativos quer **física** quer **mentalmente**.

ENVELHECIMENTO NORMAL OU PATOLÓGICO?

- Envelhecimento Normal é marcado por défices cognitivos.
- Que devem ser avaliados

Porquê?

É importante compreender qual a gravidade dessas alterações, de modo a impedir uma evolução para quadros mais graves, como a **Demência**.

- Por isso:

É muito importante que se mantenham estimuladas.



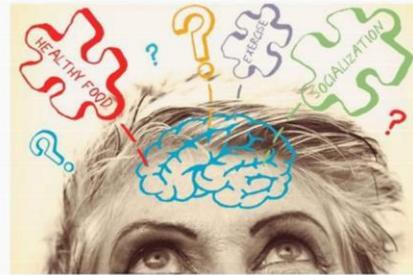
ENVELHECER O QUE É?

“Envelhecer implica ter passado pelas diversas etapas, acumulando experiências, anseios e realizações no caminho que se trilha na estrada do viver (...)”

- O fenómeno de envelhecimento deve ser compreendido na sua totalidade, porque é, simultaneamente, um fenómeno biológico com consequências psicológicas.
- Como todas as situações humanas, a velhice tem uma dimensão existencial, que modifica a relação da pessoa com o tempo, que acaba por gerar mudanças nas suas relações com o mundo e com sua própria história.



ENVELHECER O QUE É?



Envelhecimento

Biológico

Social

Psicológico

O QUE É O DÉFICE COGNITIVO?



“Cognição”

corresponde ao funcionamento intelectual humano, incluindo:

- Atenção
- Perceção
- Memória
- Raciocínio
- Tomada de decisões e Resolução de problemas.

- **Deterioração Cognitiva** – Alteração das capacidades mentais a nível superior.
- E associa-se à **perda de autonomia pessoal e social**.

Assim, é importante a aplicação de terapias e tarefas que diminuam, em grande parte, essa deterioração.

QUAIS AS QUEIXAS MAIS COMUNS?

- As alterações dos órgãos dos sentidos (visão, audição...) dificultam o acesso às informações e à aprendizagem.
- As capacidades que habitualmente sofrem maior declínio são:
 - A memória de trabalho;
 - A velocidade de pensamento;
 - As capacidades visuoespaciais.



ALTERAÇÕES PSICOLÓGICAS NA SENILIDADE

Alterações sensoriais

Diminuição dos rendimentos gerais no teste de inteligência

Lentificação psicomotora e aumento do tempo de reação

Maior rigidez e dificuldades de adaptação

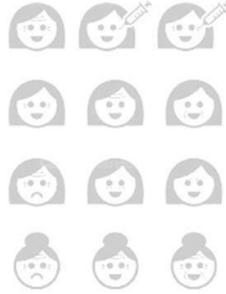
Diminuição da motivação e dificuldades de aprendizagem

Dificuldades de memória, retenção e recuperação

Maior número de queixas somáticas (depressão mascarada)

Menor raciocínio aritmético e Pensamento lógico abstrato

Relativa conservação das aptidões verbais



ENVELHECIMENTO PSICOLÓGICO

- O amadurecimento é conquista individual que se traduz pela modificação dos valores de vida ou pela aquisição da consciência da mesma.
- O processo de envelhecimento psicológico está associado à diminuição e alteração de capacidades psíquicas que podem resultar em dificuldade de adaptação a novos papéis, em falta de motivação e dificuldade de planear o futuro, em perdas orgânicas, afetivas e sociais, em baixa autoimagem e autoestima e em dificuldade de adaptação a mudanças rápidas.

No entanto, sempre que trabalhadas, a inteligência e a capacidade de aprendizagem podem continuar a progredir.



Ativa Mente



A PLASTICIDADE DO CÉREBRO



- Está presente ao longo de toda a vida!
- Permite modificações, em função das experiências vividas pelo indivíduo.
- A plasticidade permite a adaptação ao meio (aprendizagem e memória).

Existem modificações neuronais (perda ou mau funcionamento de neurónios), ao longo do envelhecimento que dificultam a capacidade de aprendizagem do indivíduo.

No entanto: O cérebro tem plasticidade para recuperar algumas conexões e melhorar de desempenho após o treino.

COMO VAMOS ESTIMULAR O NOSSO CÉREBRO?

- Quando o cérebro é estimulado, menor a probabilidade de sofrer declínio.
- Atividade física e o treino cognitivo são muito importantes para as capacidades cognitivas.
- A intervenção pode retardar e reabilitar a deterioração cognitiva.
- Atividades que estimulem as capacidades a nível da memória, do planeamento, do raciocínio e das funções visuoespaciais e visuoconstrutivas do idoso, são muito importantes neste processo.



Memória

Capacidade para:
Adquirir, reter e utilizar
conhecimentos e habilidades



É um sistema que permite ao organismo obter e representar a informação, mantê-la, recuperá-la e usá-la no momento oportuno.

Memória a Curto Prazo está relacionada com a retenção de pequenas quantidades de informação e mantém-na de forma consciente.

Memória a Longo Prazo possui uma grande capacidade de armazenamento de informação, a qual pode reter-se durante longos períodos de tempo, ou mesmo durante uma vida inteira.

O QUE VAMOS ESTIMULAR?

Atividades da Vida Diária

Capacidades para realizar tarefas no dia-a-dia, como por ex.: autocuidados: escovar os dentes, vestir-se, tomar banho, alimentar-se, tarefas diárias: cozinhar, lavar louça, lavar roupa (...)

Habilidades necessárias para o desempenho de comportamentos complexos, tais como planeamento, organização, flexibilidade mental (...)



ALTERAÇÕES PSICOLÓGICAS?

DEPRESSÃO

- É muito frequente;
- Pode comprometer a Qualidade de Vida e interferir nos processos motivacionais, comprometendo também a memória.



PODE SER UM FATOR DE RISCO
PARA DEMÊNCIA?

↓
SIM

ENVELHECIMENTO ATIVO

EXERCÍCIO FÍSICO

- Diminui o sofrimento psíquico
- Aumenta a autoestima
- Aumenta o desenvolvimento das funções cognitivas
- Aumenta as capacidades sociais



ENVELHECIMENTO ATIVO

EXERCÍCIO MENTAL

- Importante manter áreas cerebrais estimuladas
- Retardar o declínio cognitivo
- Importante para manter a capacidade funcional, a autonomia e a independência



QUAIS AS MAIS VALIAS DESTE GRUPO?

A Estimulação Cognitiva tem benefícios:

- No Desenvolvimento Cognitivo
- Na Qualidade de Vida
- Nos sintomas de Depressão
- Nas Competências Sociais



Anexo 10 – Sumarização das Sessões do Grupo de Estimulação
Cognitiva

Sumarização das sessões do Grupo de Estimulação Cognitiva

SESSÃO	OBJETIVOS	ATIVIDADES
1	Sessão de boas-vindas Receção ao grupo Apresentações Introdução ao funcionamento do grupo	Tarefa de orientação temporal e espacial Dinâmica de apresentação Definição de objetivos e regras de funcionamento Introdução às problemáticas Aplicação de escalas
2	Psicoeducação “Envelhecimento Cognitivo” Estimulação das relações interpessoais Sensibilização para as problemáticas individuais	Tarefa de orientação temporal e espacial Destreza manual e criatividade Dinâmica de Interação Interpessoal
3	Introdução às Atividades de Vida Diária Compreensão das dificuldades individuais	Tarefa de orientação temporal e espacial Estimulação para ocupações e atividades de lazer
4	Aplicação de Questionário de AVD's Instrução de estratégias compensatórias	Tarefa de orientação temporal e espacial Aplicação prática de estratégias compensatórias Jogos dinâmicos (Memória, Controlo Inibitório)
5	Psicoeducação “Memória” Identificação de problemáticas Recordação de Memórias de Infância Estratégias Recordatórias	Tarefa de orientação temporal e espacial Aplicação de uma dinâmica (Memória)
6	Psicoeducação “Atenção e Velocidade de Processamento” Explicação dos mecanismos	Tarefa de orientação temporal e espacial Exercícios práticos Atividade dinâmica
7	Psicoeducação “Memória e diferentes tipos”	Tarefa de orientação temporal e espacial Exercícios práticos Atividade dinâmica
8	Treino Cognitivo das Capacidades Mentais Superiores (Flexibilidade Cognitiva, Funcionamento Executivo, Controlo Inibitório e Planeamento)	Tarefa de orientação temporal e espacial Exercícios práticos
9	Partilha de Emoções	Atividades dinâmicas