



RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia
Instituto Universitário de Ciências da Saúde

Flávia Dias Ferreira

Nº 20292

Gandra, Janeiro de 2017



Relatório de Estágio para obtenção do grau de Mestre em:
Psicologia da Saúde e Neuropsicologia

Flávia Dias Ferreira
Nº 20292

Estágio realizado no Centro Hospitalar
Orientação: Doutora Catarina Varejão
Supervisão: Professora Doutora Alexandra Serra

Agradecimentos

À Doutora Catarina Varejão pela sua orientação durante o estágio, pela confiança demonstrada, apoio e acima de tudo pela transmissão de conhecimentos. Muito obrigada!

À Professora Doutora Alexandra Serra pela sua orientação, pelo seu grau de exigência, pelos sábios conselhos e por toda atenção e apoio nos momentos de maior insegurança e ansiedade.

À Professora Doutora Maria Emília Areias, pela disponibilidade e apoio.

A todos os profissionais que me acompanharam. Em especial, ao Doutor Carlos Araújo, pelos conhecimentos e boa disposição que transmite; à Doutora Márcia Mendes, pela energia, motivação e encorajamento que me proporcionou em todo este percurso; e ao Doutor Joaquim Seixas, por toda a disponibilidade, transmissão de conhecimentos e experiências e por todo o carinho. Muito obrigada.

Aos meus pais, pelos valores que me foram inculcados, por toda a confiança que depositaram em mim e por todos os esforços que fizeram para que pudesse chegar até aqui. Não esquecendo o encorajamento e apoio que me concederam em todos os momentos.

Obrigada ao meu fiel amigo e companheiro, Filipe, por todo o apoio em todo este percurso.

Á minha grande amiga e colega estagiária, Inês Azevedo, por toda a amizade. Por todo o seu apoio e carinho em todos os momentos.

Um muito obrigado a todos os que me motivaram e apoiaram durante este percurso!

Lista de Abreviaturas e Siglas

ASEBA – Achenbach System of Empirically Based Assessment

CBCL – Questionário de Comportamentos da Criança

DPSM – Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental

GEC – Grupo de Estimulação Cognitiva

IUCS – Instituto Universitário de Ciências da Saúde

TRF – Questionário de Comportamentos da Crianças – Relatório do Professor

PHDA – Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção

RATC – Roberts Apperception Test for Children

TCC – Terapia Cognitivo-Comportamental

YSR – Questionário de Auto-Avaliação para Jovens

Índice

Introdução	1
I. Caracterização do Local de Estágio	2
II. Descrição de Atividades de Estágio.....	4
i. Reuniões de Orientação e Supervisão	4
ii. Observação de Consulta Psicológica	5
iii. Observações de Avaliação Psicológica e Neuropsicológica	6
iv. Avaliação Psicológica e Neuropsicológica	6
v. Consulta Psicológica	8
vi. Estudo de Caso	10
vii. Atividades de Grupo Realizadas	30
viii. Grupo de Estimulação Cognitiva	32
ix. Formações no Local de Estágio	36
Conclusão	37
Referências Bibliográficas.....	39
Anexos	45

Introdução

O presente relatório insere-se no âmbito do estágio curricular do segundo ano do Mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia do Departamento de Ciências Sociais e do Comportamento do Instituto Universitário de Ciências da Saúde do Norte, na CESPU. Tem como objetivo principal fazer uma descrição da instituição, do papel do psicólogo na mesma e das atividades realizadas no decorrer do estágio, nomeadamente o acompanhamento de vários casos clínicos, grupos terapêuticos e formações.

O estágio curricular foi a etapa de formação académica mais aguardada, uma vez que, é nesta fase onde todos os conhecimentos previamente adquiridos são postos à prova e onde também é possível aprofundar e consolidá-los na prática clínica, proporcionando o lançamento para a vida profissional.

Este estágio foi realizado num centro hospitalar, no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental sob a orientação da Doutora Catarina Varejão e a supervisão da Professora Doutora Alexandra Serra. Iniciou-se no dia 25 de Setembro de 2015 e prolongou-se até 22 de Julho de 2016, ultrapassando as 420 horas exigidas, de modo a finalizar os grupos terapêuticos em curso e facultar o acompanhamento contínuo de alguns casos clínicos, tornando possível o desenvolvimento de uma intervenção e o acompanhamento dos progressos dos mesmos. O horário semanal ficou definido para segunda-feira das 09:30 às 16h30, quinta-feira e sexta-feira das 08h30 às 16h30, correspondendo assim a uma totalidade de 20 horas semanais de estágio, no entanto, este foi sujeito a algumas alterações. No final de Novembro de 2015 surgiu uma pequena alteração no horário, segunda-feira das 08h30 às 16h30 e em Março de 2016 a troca das sextas-feiras pelas terças-feiras, de modo a ajustar o horário a algumas atividades.

O presente relatório contém um capítulo com uma breve introdução à caracterização da instituição e do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, abarcando as atribuições do serviço de psicologia e o papel do psicólogo na instituição; e outro capítulo dedicado às atividades realizadas ao longo do estágio, nomeadamente a descrição detalhada de um caso clínico e um grupo de intervenção neuropsicológica. Por fim, será apresentada uma reflexão final relativamente a todo o processo de estágio.

I. Caracterização do Local de Estágio

O estágio foi realizado num centro hospitalar, no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental (DPSM) tem como atividade principal a prestação de serviços à comunidade, existindo uma unidade de Internamento (Hospital de Dia) e Consultas Externas. Esta unidade funciona durante todo o ano, exceto fins-de-semana e feriados, das 8h00 às 20h00. Encontra-se situada no piso 0 onde estão localizados gabinetes de psicologia, gabinetes de psiquiatria, sala de grupos terapêuticos e, ainda, o Hospital de Dia. Dispõe de uma equipa multidisciplinar constituída por dois psicólogos, cinco psiquiatras, dois pedopsiquiatras, três enfermeiras e uma assistente social, que entretanto deixou de exercer funções no Hospital em Janeiro de 2016. No DPSM a referenciação à Psicologia é muitas vezes feita através do reencaminhamento do médico de família, pedopsiquiatra, psiquiatra ou através de outras especialidades. Uma parte do papel do psicólogo encontra-se destinada ao acompanhamento, individual e/ou grupal, e outra à avaliação psicológica e neuropsicológica.

Papel do Psicólogo em Contexto Hospitalar

A Psicologia Clínica da Saúde é caracterizada pela aplicação dos conhecimentos e métodos de todos os campos práticos da psicologia, na promoção e manutenção da saúde física e mental do individuo e na prevenção, avaliação e tratamento de todas as formas de perturbação mental e física, nas quais as influências psicológicas podem ser usadas ou podem contribuir para aliviar o mau funcionamento ou *distress* (Ribeiro & Leal, 1996). O psicólogo possui um papel importante no meio hospitalar (Ribeiro, 1998) e deve estar inserido na equipa de saúde, redefinindo os seus limites no espaço institucional com uma atuação diferenciada do contexto clínico (Chiatone & Sebastiane, 1991). É importante considerar a pertinência do papel do psicólogo quando inserido numa equipa multidisciplinar, uma vez que este fornece conhecimentos e técnicas especializadas capazes de enriquecer e complementar a ação da equipa na elaboração de diagnósticos e no planeamento de intervenções. No DPSM, esta ação do psicólogo verifica-se sobretudo na unidade de internamento (Hospital de Dia), onde existe uma equipa multidisciplinar que trabalha em conjunto de modo a dar as respostas mais adequadas e efetivas às

problemáticas de cada paciente. No entanto, esta atuação é minoritária e, infelizmente, não houve a oportunidade de fazer observação das dinâmicas neste âmbito.

A intervenção dos psicólogos na saúde, para além de contribuir para a melhoria do bem-estar psicológico e da qualidade de vida dos utentes dos serviços de saúde, pode também contribuir para a redução de internamentos hospitalares, diminuição da utilização de medicamentos e utilização adequada dos serviços de recursos de saúde (APA, 2004).

Segundo Romano (1999, cit in Nunes & Gióias-Martins, 2003), o que caracteriza o psicólogo hospitalar é “estar diretamente voltado para o doente”, compreender o seu sofrimento e perceber a natureza do seu problema. Este deve realizar o seu trabalho partindo da compreensão e das limitações que se verificam no contexto institucional em que se encontra, tendo de adequar as técnicas e teorias à realidade do hospital; deve possuir os conhecimentos psicológicos necessários à compreensão da dinâmica psíquica do doente; focalizar a sua intervenção no momento pelo qual o paciente atravessa: a doença, a hospitalização, as suas consequências e os significados que lhe atribui, visando ajudá-lo a lidar melhor com as suas emoções intensificadas por esse período de crise e, não deve descurar um aspeto muito importante para um doente hospitalizado: não deixar de considerar o futuro, a sua recuperação e reintegração social e familiar.

De todas as funções do psicólogo referidas por Leal (2000), neste contexto as que se melhor enquadram dizem respeito ao estudo psicológico de indivíduos e elaboração do psicodiagnóstico, a intervenção psicológica e psicoterapia individual e grupal, a responsabilidade pela escolha administração e utilização do equipamento técnico específico da Psicologia, nomeadamente testes, escalas e provas psicológicas que constam no protocolo hospitalar.

A atuação de cada psicólogo do serviço encontra-se aparentemente subdividida mediante as faixas etárias, isto é, uns maioritariamente com crianças e adolescentes e outros com a população adulta. Além disso, a forma de atuação é diversificada. Quando se trata de crianças e adolescentes a abordagem terapêutica normalmente é individual, embora exista intervenção grupal (Grupo Terapêutico de Relaxamento) para crianças e adolescentes, devido à elevada incidência de problemáticas do domínio da ansiedade. No caso de adultos, existem acompanhamentos psicoterapêuticos individuais mas a intervenção predominante é a grupal (e.g. Grupo Terapêutico de Depressivos, Grupo Terapêutico de Relaxamento, Grupo de Treino de Competências, Grupo de Luto Complicado),

atingindo um maior número de pacientes e possibilitando assim um acompanhamento mais regular. Em casos de maior necessidade, é dada orientação para a Unidade de Internamento, onde há o acompanhamento de uma equipa multidisciplinar. Por fim, no caso de indivíduos com mais de 60 anos, além de algumas consultas de acompanhamento, a Psicologia tem vindo a desempenhar essencialmente um papel de suporte à Psiquiatria no âmbito da avaliação neuropsicológica.

II. Descrição de Atividades de Estágio

i. Reuniões de Orientação e Supervisão

O início do estágio foi pautado por um período de observação de consultas sendo sempre permitido no final levantar questões. No entanto, perante a aproximação da fase autónoma verificou-se a necessidade de definir um horário para reuniões de orientação com a Dr.ª Catarina Varejão. Estas realizaram-se semanalmente às quintas-feiras das 9h00 às 9h30 e tiveram o intuito de, inicialmente, apresentar os objetivos gerais do estágio (Anexo 1), e posteriormente, o debate de aspetos importantes da consulta, de modo a esclarecer eventuais dúvidas; receber orientações e instruções relativamente a casos clínicos, avaliações e outras questões consideradas pertinentes; e, ainda, proceder ao agendamento de consultas.

Em Outubro iniciaram-se também reuniões de supervisão de estágio com a Professora Doutora Alexandra Serra, nas instalações do Instituto Universitário de Ciências da Saúde (IUCS). Realizaram-se quinzenalmente às quintas-feiras ao final da tarde, pelas 18h00, sendo por vezes sujeitas a alterações mediante a disponibilidade da supervisora. Estas tinham como objetivo a partilha de experiências, o esclarecimento de dúvidas e debate de temáticas, ou seja, obtendo uma orientação e supervisão atenta e cuidada de todas as atividades desenvolvidas ao longo do estágio. Além disso, paralelamente, a supervisão foi complementada com a partilha da experiência vivenciada pela supervisora no sentido de consciencializar e alertar para aspetos essenciais da prática clínica.

ii. Observação de Consulta Psicológica

No início do estágio curricular foram definidas diversas etapas a cumprir, desde a observação à avaliação psicológica e neuropsicológica, acompanhamento e intervenção. O primeiro trimestre foi dedicado a uma observação presencial das diferentes atividades realizadas na instituição.

Houve a possibilidade de assistir a consultas de apoio psicológico, acompanhamentos terapêuticos estruturados para diferentes faixas etárias (crianças 0-12; adolescentes 13-18; adultos 18-59; idosos +60) e administração de provas de avaliação psicológica e neuropsicológica. Grande parte do período de observação foi realizado com a Dr.^a Catarina Varejão, no entanto foi também possível observar consultas com o outro psicólogo do departamento. Além da consulta individual, foi realizada também observação das terapias em grupo, nomeadamente, “Grupo Terapêutico de Depressivos” e o “Grupo Terapêutico de Relaxamento”. Não foi possível interagir com os restantes grupos em funcionamento devido à incompatibilidade do horário pré-estabelecido, não sendo possível observar ou participar em nenhuma atividade do “Hospital de Dia”.

Ao longo deste período, foram observadas com maior regularidade consultas de acompanhamento, o que foi bastante vantajoso no sentido de obter uma perceção da abordagem e da intervenção nas diversas problemáticas e perante as características idiossincráticas dos pacientes. Relativamente aos grupos terapêuticos, foi observado com maior frequência o Grupo Terapêutico de Depressivos, uma vez que habitualmente se encontravam dois grupos em funcionamento. Estes permitiram obter uma noção da aplicação da abordagem cognitivo-comportamental em contexto de grupo e da consequente dinâmica do grupo, bem como das atividades realizadas ao longo das sessões, da gestão de conflitos ou de situações imprevisíveis. Além disso, foi ainda possível fazer uma observação da eficácia e evolução dos intervenientes.

Subjacente a toda esta fase foram ainda percebidos todos os recursos que o hospital dispõe, desde os instrumentos/escalas psicométricos, sistemas informáticos (AIDA, SClínico) para redigir os registos diários e relatórios, sala de terapia de grupo, *data show* e material áudio para as sessões de relaxamento.

iii. Observações de Avaliação Psicológica e Neuropsicológica

Antes de dar início a processos de avaliação psicológica ou neuropsicológica de forma autônoma, a estagiária teve de rever as principais diretrizes de administração dos instrumentos definidos no protocolo de avaliação do hospital. Seguidamente, ocorreu um período de observação da administração dos mesmos com a orientadora de estágio, Dr.^a Catarina Varejão e, pontualmente, com outros psicólogos do departamento.

A observação da administração foi fundamental uma vez que é essencial observar como todo o procedimento se desenrola na prática. Aliás, a administração de instrumentos exige o maior rigor, evitando riscos de enviesamento, para que sejam obtidos resultados fidedignos. Este período de observação foi também essencial para a aprendizagem de estratégias para gerir situações de recusa ou desinteresse perante a avaliação e cativar a colaboração, como se verificou comumente com crianças.

iv. Avaliação Psicológica e Neuropsicológica

A avaliação psicológica é uma ferramenta indispensável ao psicólogo, contudo é um processo complexo que exige conhecimento aprofundado de métodos e recursos (Pais-Ribeiro, 2005). Ribeiro (2007) salienta que a avaliação psicológica é um processo complexo, respeitando a interação clínica e recolhendo informações de múltiplas fontes, desde testes e instrumentos, bem como ao comportamento observado e tido em conta o seu contexto. A avaliação psicológica é um processo de coleta de dados, constitui-se de métodos e técnicas de investigação, dentro dos métodos estão os testes psicológicos de uso exclusivo do psicólogo, e utilizados adequadamente podem oferecer informações importantes sobre o testando (Godoy & Noronha, 2005). Já a avaliação neuropsicológica, segundo Neto, Gauer & Furtado (2003), engloba a investigação da capacidade intelectual do paciente, com o intuito de mensurar as funções cognitivas e o impacto de problemas psicopatológicos sobre o funcionamento cognitivo.

Assim, após o período essencial de observação de consultas de avaliação psicológica e neuropsicológica e estudo da administração e cotação das diversas provas, prosseguiu a

fase de avaliação autónoma. Perante a capacitação para esta tarefa e a autorização da orientadora procedeu-se ao agendamento de consultas de avaliação.

No total foram contabilizadas 114 consultas de avaliação, com a respetiva cotação e relatório para anexar ao processo clínico (Exemplar, Anexo 2). Foram administrados quer testes psicológicos, quer neuropsicológicos. Apesar da grande diversidade de instrumentos disponíveis no serviço, os mais utilizados neste contexto foram: Escalas de Inteligência da Wechsler (WISC-III, WAIS-III), Teste de inteligência Não-Verbal (Toni-3), Symptoms Checklist (SCL-90 R), Inventário Multifásico de Personalidade de Minnesota (MMPI), Avaliação Cognitiva de Addenbrooke (ACE-R), Figura Complexa de Rey, Teste de Benton, Mini Mental State Examination (MMSE), Teste do Relógio, Questionário de Zelazosca, Desenho da Família, entre outros. Embora o hospital disponha de vários instrumentos, na presença de um pedido de avaliação efetuado pela Psiquiatria, o protocolo é menos flexível à seleção da prova uma vez que normalmente os médicos psiquiatras fazem um pedido para expressamente ser aplicado determinado instrumento.

Além da administração, é realizada a respetiva cotação, análise e interpretação dos resultados obtidos para posteriormente ser elaborado um relatório clínico. Os relatórios habitualmente são elaborados após a conclusão dos processos referidos e mediante a urgência e natureza do pedido. No caso de avaliação de crianças, muitas vezes, os relatórios advêm de pedidos realizados por parte da escola de modo a apurar as competências de cada criança justificando a necessidade de um encaminhamento para uma intervenção adequada às suas dificuldades, e.g. terapia da fala, ensino especial. Relativamente à população adulta, os pedidos são mais diversificados. Surgem situações de cariz jurídico-legal que exigem uma avaliação minuciosa das capacidades cognitivas e do estado emocional, sendo muitas vezes o papel do psicólogo comparecer em tribunal com o intuito de dar o seu testemunho; também são comuns os pedidos de baixa médica e reforma antecipada por/ou não grau de incapacidade, sendo igualmente necessário uma avaliação pormenorizada, atribuindo um diagnóstico e uma apreciação do caso. Já relativamente à terceira idade, alguns pedidos são direcionados para a avaliação do grau de capacitação do paciente para aprovação/ou não da renovação de carta de condução; contudo, os pedidos normalmente cingem-se a uma avaliação neuropsicológica com o intuito de confirmar diagnósticos demenciais. Aquando desta situação, por vezes surge a necessidade de uma avaliação do estado emocional dos acompanhantes que, normalmente são os cuidados

habituais e, apresentam alguma vulnerabilidade digna de sinalização, sendo normalmente encaminhados para um grupo terapêutico, e.g. Grupo Terapêutico de Cuidadores de Doentes Demenciados.

v. Consulta Psicológica

A consulta psicológica é entendida como visão integradora de todo o exercício profissional do psicólogo (Campos & Coimbra, 1991).

Um dos objetivos do programa de estágio seria o acompanhamento autónomo dos pacientes. A observação da prática clínica e as orientações dadas quer pela orientadora, quer pela supervisora de estágio foram fundamentais para a iniciação desta etapa. Acabaram por ser reunidas competências que caracterizam a consulta psicológica: os processos comunicacionais, as questões relativas ao *setting*, espaço e tempo, as competências básicas de entrevista e condução da mesma; treino de competências específicas de aconselhamento psicológico.

Esta fase foi enriquecedora pois possibilitou aplicar as competências adquiridas até ao momento, utilizando-as para realizar vários acompanhamentos terapêuticos individuais. No total foram contabilizadas 48 consultas de acompanhamento, incluindo psicoterapias de apoio, acompanhamentos psicoterapêuticos breves e alguns acompanhamentos psicoterapêuticos estruturados (Tabela 1), sendo um deles descrito detalhadamente mais a frente. A maioria dos casos acompanhados foram breves uma vez que nem sempre existia assiduidade, adesão à terapia, acabando estes por abandonar a consulta e, conseqüentemente ser atribuída alta.

Apesar da ampla variedade de problemáticas a que a Psicologia dá resposta, e de não me ter sido possível acompanhar uma maior variedade de casos, foi possível detetar as problemáticas mais frequentes mediante a faixa etária. No que diz respeito às crianças é possível destacar problemas comportamentais e emocionais como quadros de ansiedade e medos, hiperatividade com défice de atenção, dificuldades de aprendizagem, enurese e problemas relacionais. Já nos adolescentes destacam-se tanto problemas comportamentais, como emocionais e familiares, associados a sintomatologia depressiva e ansiosa, défices nas competências sociais, défices de atenção e concentração e ainda insucesso escolar. Nos adultos verificou-se uma prevalência de quadros de ansiedade,

depressão e luto mas também perturbações de personalidade. Por fim, nos idosos destaca-se um significativo predomínio de situações de sintomatologia depressiva, défices cognitivos e quadros demenciais.

Tabela 1 – *Casos Clínicos acompanhados de forma autónoma.*

ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO INDIVIDUAL				
Identificação	Problemáticas	Avaliação Psicológica	Abordagem Terapêutica	Observações
AR 17 anos (4 consultas)	Ansiedade; Autoestima.	*	Abordagem TCC, reestruturação cognitiva; Psicoeducação Ansiedade, Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson.	Encaminhamento para outro profissional
CM 19 anos (6 consultas)	Problemas Familiares e Sociais; Tentativa de Suicídio.	*	Treino de Competências; Aplicação de técnicas de gestão de conflitos.	Alta por abandono
NM 38 anos (5 consultas)	Problemas Familiares; Luto.	*	Treino de Competências Sociais; Estratégias com base na Terapia Narrativa.	Alta
FC 49 anos (5 consultas)	Ansiedade	*	Abordagem TCC, reestruturação cognitiva; Psicoeducação Ansiedade; Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson.	Encaminhamento para outro profissional
CB 57 anos (3 consultas)	Problemas Familiares	*	Follow- up	Alta
MC 60 anos (4 consultas)	Problemas Sociais; Ansiedade; Humor deprimido.	*	Direcionamento para Assistente Social; Abordagem TCC, reestruturação cognitiva;	Alta

Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson.				
CV 62 anos (4 consultas)	Humor deprimido; Problemas Familiares; Queixas de Memória.	SCL-90R; ACE-R; Teste de Benton.	Avaliação Psicológica e Neuropsicológica; Abordagem TCC, reestruturação cognitiva; Aplicação de técnicas de gestão de conflitos.	Encaminhamento para GEC
AC 70 anos (3 consultas)	PTSD; Depressão; Queixas de Memória.	ACE-R; SCL-90R.	Follow-up, Avaliação neuropsicológica.	Alta

* Avaliação prévia antes da iniciação do acompanhamento.

vi. Estudo de Caso

Identificação

B., género feminino, nasceu a 9 de Janeiro de 2001 e tem 15 anos de idade. Reside em Amarante com o pai e é filha única. Frequenta o 10ºano do Curso Profissional Técnico Auxiliar de Saúde, na Escola Secundária de Amarante.

Motivo e Pedido

B. perante os acontecimentos de vida e as dificuldades em gerir os sintomas ansiosos recorreu pela primeira vez ao centro hospitalar. Realizou uma consulta de Pedopsiquiatria, em que lhe foi prescrita medicação, nomeadamente ansiolíticos. Atualmente a medicação encontra-se suspensa. Ainda nesta altura, foi reencaminhada pela Pedopsiquiatria para uma consulta de Psicologia em 2015 tendo sido inserida no Grupo Terapêutico de Adolescentes durante o período de férias escolares. Mais tarde, veio a abandonar o grupo por se sentir desconfortável com o contacto com outras pessoas.

Passados cerca de três meses da desistência foi de novo direcionada para a consulta de Psicologia, para beneficiar de acompanhamento psicoterapêutico individualizado regular.

As principais queixas apresentadas por B. foram relativas à dificuldade em lidar com a ausência da figura materna (falecida há 5 anos) e da figura de referência (avó paterna falecida há 2 anos), referindo a presença de sentimentos de tristeza, angústia, solidão, desamparo e de saudade, uma vez que estas sempre foram as suas figuras de suporte e proteção. Refere também sintomas ansiosos, nomeadamente, dor no peito, batimento cardíaco acelerado, sensação de falta de ar, suores e náuseas que ocorrem sobretudo em contextos sociais. Estes sintomas coincidem com a fase de adaptação à nova de escola.

História de Vida

A gravidez de B. foi desejada e planeada, fruto de uma relação estável. O parto foi eutócico e sem complicações. B. viveu sempre com os pais, A. e O., em Amarante.

B. foi criada no seio de uma família aparentemente saudável *"Tive uma infância muito feliz, os meus pais sempre se deram muito bem, eram muito unidos."* (sic). Segundo B. a relação familiar foi sempre funcional, denotando-se proximidade emocional. Quando questionada quanto à relação com cada um dos progenitores B. refere que a mãe era uma pessoa *"...extremamente bem-disposta, otimista, lutadora e sempre com vontade de ajudar os outros."*, *"...boa mãe, uma amiga, uma confidente."* (sic) destacando-a como uma fonte importante de proteção e apoio. Relativamente ao pai, B. refere que este é *"bem-disposto, dedicado, muito trabalhador e dado às outras pessoas."* (sic). Comparativamente com a mãe, sente que não existe uma ligação tão vincada. O pai fornece um suporte importante na sua vida porém não o suporte emocional que carece. Considera-o um pai muito dedicado e protetor contudo, por vezes, controlador.

B. refere uma relação positiva com a família alargada, registando a existência de bastante convívio sobretudo com a família materna. Refere uma maior ligação afetiva com a avó paterna, CM, e a tia materna, AM, com quem ficava ao cuidado enquanto os pais trabalhavam. Refere apenas uma relação conflituosa com o padrinho (marido tia AM) e com a sua filha CL (5 anos), com quem rivaliza.

B. foi uma criança que se desenvolveu dentro dos parâmetros considerados normais, nunca apresentando problemas de saúde significativos. Revela uma fobia relativa a balões,

não sendo possível precisar desde quando subsiste, mas reconhece que é uma grande fonte de ansiedade e evitamento de contextos sociais envolventes. Já procurou ajuda para converter a situação mas sem sucesso e, atualmente, não está recetiva a ajuda nesse sentido.

B. teve dificuldades de adaptação na fase pré-escolar *“Não gostava muito de ir para o infantário, gostava mais de estar com adultos, com a minha avó ou a minha tia.”* (sic). Segundo o Pai, foi uma criança que sempre revelou alguma timidez e insegurança.

Iniciou o 1º ano escolar, com 5 anos e, embora com algumas hesitações, teve sucesso nas suas aprendizagens e conseguiu ter um bom relacionamento com os pares.

A transição para o 5º ano escolar foi positiva, com boa adaptação ao meio escolar, (facilitada pela presença dos colegas da escola anterior), apresentando um rendimento escolar favorável no primeiro período letivo.

Nesta altura a mãe de B. morre subitamente. Segundo a jovem a mãe apresentou um quadro de Leucemia mas pouco tempo antes de falecer tinha ultrapassado a fase de tratamentos, sem sinais de fragilidade, evidenciando melhorias significativas e chegando a obter alta médica *“Nunca vi a minha mãe mal, ela era uma lutadora, sempre bem-disposta... ficou muito triste por perder o cabelo, mas o que queria mesmo era ficar boa e voltar para casa.”* (sic). Recuperou e regressou a casa com autorização médica, porém começou a manifestar alguns sintomas alarmantes, e.g. mau estar generalizado, tosse e febre, que mais tarde se veio a confirmar a presença de uma pneumonia que viria a ser fatal. B. considera que esta morte foi inesperada *“Não queria acreditar, a minha mãe era forte, ela aguentou os tratamentos, reagiu tão bem e de repente acontece isto”* (sic). Após o internamento e a deteção da problemática, B. foi aconselhada a não ir visitar a mãe ao hospital considerando que a imagem que B. tinha da sua mãe deveria ser preservada *“Disseram que a minha mãe já não reconhecia ninguém, que não valia a pena ir.”* (sic). O pai de B. esteve presente em todo o processo *“Estive sempre presente nos tratamentos da minha esposa, já conhecia os cantos à casa, os médicos, enfermeiros, auxiliares já me conheciam e eu era quem tratava da medicação, cuidei sempre dela. (...) B. só ia visitar a mãe ao fim-de-semana, ela não queria que ela a visse mal.”* (sic).

A jovem recebeu a notícia da morte pela tia AM e não foi ao funeral da mãe. Atualmente tem alguma dificuldade em participar em celebrações eucarísticas, funerais ou

mesmo ir a cemitérios. B. considera que esta perda teve bastante impacto na sua vida, causando um período de grande tristeza, revolta e incompreensão.

A entrada na adolescência, com o aparecimento da menarca é vivida com grande angústia e desamparo "*Não estava nada preparada, sem a minha mãe, não sabia como lidar com aquilo na altura, a minha avó é que me ajudou e explicou e assim.*" (sic). A tia AM e a avó CM desempenharam um papel fundamental nesta fase da sua vida. Esta tia era também vista como uma figura de referência e B. sentia-se sustentada por ela até que sentiu que o seu lugar ficou comprometido pelo nascimento da prima CL "*Eu gosto muito da minha tia, e eu também gosto muito de crianças... Mas não sei, a CL irrita-me, parece que faz de propósito certas coisas só para me deixar assim, para chamar a atenção das outras pessoas... Parece que deixei de ser importante, que já ninguém se importa comigo.*" (sic). Perante esta situação, B. procurou uma figura substitutiva na avó paterna, considerada "*...uma segunda mãe.*"(sic).

Após a morte da mãe B. foi acompanhada por uma psicóloga escolar, por um período breve, verificando-se graduais melhorias no seu desempenho académico. No entanto, estas melhorias não impediram que B. começasse a apresentar algumas dificuldades nas interações interpessoais que influenciaram negativamente a sua autoestima "*Os meus colegas da escola não eram muito compreensivos comigo... não sabiam o que estava a passar.*"(sic). A este propósito, refere uma situação que caracteriza como *bullying* relatando situações em que foi alvo de ofensas psicológicas por parte dos colegas "*Diziam-me coisas menos boas, coisas que me faziam sentir diferentes dos outros, que não tinha valor.*" (sic). A ausência do apoio e do reforço da mãe, a crítica patente nas ofensas dos colegas era hipervalorizada, tendo um impacto significativo na imagem que B. tinha de si própria.

Apesar do seu desamparo, B. consegue identificar uma grande fonte de apoio, a amiga que mantém desde a infância. CR perdeu também o seu pai e por isso B. sente que esta lhe proporciona o suporte e a compreensão que não encontra nos outros pares "*Ela é diferente de mim, é forte e otimista, mas sabe aquilo que eu sinto e isso ajuda-me... Nem sempre sinto isso, muitas vezes sinto-me em baixo e as pessoas não me entendem.*" (sic).

Com 13 anos, teve o seu primeiro relacionamento amoroso com um rapaz da mesma escola, no entanto este terminou por influência do pai. Segundo B. o pai tem uma atitude controladora e conhece pessoas do seu contexto escolar. Diversas vezes o pai obtinha informações da filha por terceiros e entrava em confronto com B., gerando um clima de

tensão *“O meu pai é muito protetor... por vezes demasiado controlador, sabe sempre o que eu faço, com quem estou. Às vezes sabe demasiado, os pais não precisam de saber de tudo, a não ser que queiramos contar.”*(sic).

Três anos após a morte da mãe, a avó acaba por falecer, devido a uma úlcera e posteriores complicações resultantes. Na altura em que adoeceu a avó morava em casa de B. que assistiu ao seu sofrimento *“Era muito doloroso para mim ver a minha avó a berrar com dores...”* (sic). B. apresenta alguns sentimentos de culpa, pois os médicos que a acompanharam induziram a uma descrença das queixas apresentadas *“Os médicos diziam a mim e ao meu pai que ela demonstrava mais dor do que deveria estar a sentir... que estava bem medicada, que aquilo era tudo exagero... Se calhar devia ter acreditado mais nela via-a sofrer tanto... sentia-me tão mal, só queria fugir.”*(sic).

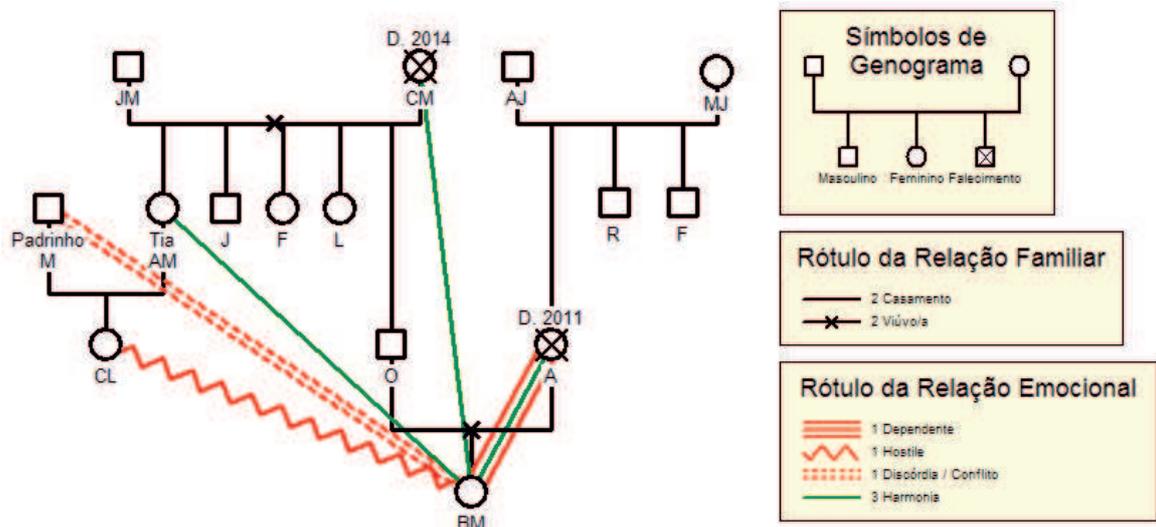
Aos 14 anos B. descobre que o pai tem um relacionamento com uma mulher brasileira, MA. Inicialmente esta situação causou-lhe muita ansiedade uma vez que este evento foi inesperado e não se sentia preparada para uma nova dinâmica familiar. No entanto, esta relação foi sendo aceite uma vez que MA continua a residir no Brasil, mantendo-se uma relação à distância.

Aos 15 anos, muda para a Escola Secundária para ingressar no Curso Profissional Técnico Auxiliar de Saúde. *“Eu fui para este curso porque gosto muito, gosto de cuidar dos outros... sinto-me motivada.”*(sic). Até ao momento tem sido uma aluna bastante dedicada e com bons resultados, apresentando apenas algumas dificuldades pontuais. No entanto recorreu a um Centro de Estudos que frequenta duas vezes por semana.

B. evidenciou dificuldades de adaptação à nova escola, uma vez que se trata de um meio escolar mais diversificado dando aso a maiores dificuldades de relacionamentos interpessoais, pois teve de se adaptar a uma nova turma. Além disso, B. assume alguma dificuldade em criar ligações afetivas *“Fico ansiosa com pessoas estranhas... E tenho medo de me aproximar demasiado das pessoas e depois perder, ou ser julgada...”*(sic).

Em maio de 2016, começou a exercer o primeiro estágio curricular numa creche/infantário, tendo esta mudança agravado os sintomas ansiosos já presentes.

Genograma Familiar



Processo de Avaliação Psicológica

É uma ferramenta essencial ao psicólogo, contudo é um processo complexo que exige conhecimento aprofundado de métodos e recursos (Ribeiro, 2007). A avaliação psicológica pretende acrescentar um cunho científico a esta atividade, utilizando o método de observação e formulação de hipóteses e inferências confiáveis para a prática profissional (Pasquali, 2001). Define-se como um processo relacional complexo, no decurso do qual um psicólogo procura obter informações contextualizadas sobre o paciente e os seus problemas, recorrendo a vários meios e instrumentos, e as elabora num todo coerente com vista ao preenchimento de cinco funções de avaliação psicológica: a descrição, a explicação, o diagnóstico/classificação, prognóstico e proposta de intervenção.

Assim, após uma recolha de dados acerca da história de vida e do problema, a partir da observação e do relato da paciente, foi realizado o processo de avaliação psicológica que exigiu duas sessões (3ª e 4ª sessão). Perante esta condição a paciente revelou-se sempre colaborante.

Na terceira sessão, considerando a história de vida de B. e sua descrição da sua sintomatologia atual, de índole ansiosa e depressiva, recorreu-se ao Modelo Multiaxial de

Achenbach (ASEBA) para o Período Escolar, que é um Sistema Integrado de Avaliação com Múltiplos Informadores, e que inclui as seguintes escalas de autoavaliação: Questionário de Auto-Avaliação para Jovens (YSR), Questionário de Comportamentos da Criança 6-18 anos (CBCL) e o Questionário de Comportamentos da Criança – Relatório do Professor (TRF). Estes instrumentos permitem aos profissionais de saúde mental obter uma classificação padronizada sobre os diversos aspetos do funcionamento comportamental, emocional e social da criança, quer do ponto de vista adaptativo, quer desadaptativo, além de informação sobre competências (Achenbach, Rescorla, Dias, Ramalho, Lima, Machado & Gonçalves, 2014). A informação recolhida através destes instrumentos serve, ainda, como auxílio no planeamento da complexa tarefa de intervenção clínica com crianças e adolescentes nesta faixa etária. Os resultados obtidos pelo YSR (Anexo 3) apontam para resultados clinicamente significativos nas subescalas de síndromes de Ansiedade/Depressão (25), associada a diagnósticos categoriais de ansiedade e depressão; Isolamento (14), relacionada com o isolamento ou mal-estar interpessoal, surge frequentemente em quadros depressivos ou de ansiedade social; e Problemas de Atenção (13), associada ao diagnóstico categorial de Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA). No que concerne aos valores referentes a problemas de atenção, através da observação clínica não foram detetadas alterações a este nível. No entanto, segundo várias pesquisas indicam uma alta prevalência de comorbilidade entre o PHDA e a depressão, cerca de 15 a 20%, e os transtornos de ansiedade, em torno dos 25% (Biederman, Newcorn & Sprich, 1991, cit in Santos & Vasconcelos, 2010). Já relativamente à subescala Problemas Sociais (8), encontra-se no patamar *borderline*, sendo relativo a problemas sociais e da personalidade. A escala de Internalização (46) apresenta resultados clinicamente significativos, que abarca problemas que estão essencialmente relacionados com o indivíduo e sintomas de natureza subjetiva, como o isolamento social, ansiedade, medos, etc. B. levou os questionários CBCL e TRF para serem entregues e preenchidos pelo pai e pela professora, respetivamente. No entanto, o pai não colaborou, justificando com a falta de tempo, não sendo assim possível obter a sua perspetiva. Já a professora prontificou-se a colaborar e os resultados revelaram-se normativos em todos os domínios (Anexo 4).

Tendo em conta as problemáticas e preocupações que a paciente referiu na quarta sessão foi aplicado o *Roberts Apperception Test for Children* (RATC); um teste projetivo criado para avaliar o desenvolvimento psicológico de crianças e adolescentes entre os 6 e os

15 anos (McArthur & Roberts, 1994; cit in Sousa, 2014). A sua interpretação é baseada na hipótese projetiva de que quando são apresentadas às crianças imagens ambíguas de crianças e adultos em interações diárias, elas projetarão os seus pensamentos, preocupações, conflitos e estilos de confronto nas histórias que criam (McArthur & Roberts, 1994; cit in Sousa, 2014). Assim, esta prova foi utilizada por ter um potencial contributo não só para a descrição da personalidade mas também para o processo de tomada de decisão clínica. Previamente à sua administração, foi assegurada uma relação segura com a paciente no sentido de garantir que esta responderia de forma genuína e com à-vontade possibilitando a obtenção de material clínico relevante acerca do seu funcionamento psicológico. Esta prova foi aplicada numa única sessão, sem interrupções ou distrações. B. apresentou-se colaborante na tarefa proposta, tendo contudo apresentado uma postura ansiosa e humor lábil, sendo bastante evidente a espontânea projeção das suas angústias. Demonstrou-se recetiva, obedecendo às instruções, tendo sido capaz de projetar material significativo nas suas histórias. Não existiram distorções nem evidência de qualquer perturbação ao nível do pensamento, não tendo surgido nenhuma resposta atípica, nem recusa de cartões. As suas estratégias de *coping* centram-se, sobretudo, em processos pouco complexos de resolução de problemas (maioritariamente RES-1, nota T de 85), uma pontuação extremamente elevada o que pode significar resoluções/soluções do tipo mágico ou irrealista. Além disso, a temática das suas histórias centram-se na Depressão e na Rejeição, como um sentimento central das personagens, particularmente da própria criança. Estas temáticas parecem emergir em qualquer situação problemática. Relativamente às Escalas Adaptativas, a B. apresenta poucas respostas REL (34T), o que provavelmente significa que as pessoas não são utilizadas na resolução de problemas, ou que estas são percebidas pela B. como incapazes ou indisponíveis para colaborar nos processos de resolução de problemas. A escala SUP-O (25T) encontra-se situada abaixo da média, corroborando assim a perceção que B. tem das pessoas ao seu redor, percecionando-as como incapazes de lhe fornecerem apoio. Estas duas escalas refletem um sistema de suporte inadequado. Contudo, a escala SUP-C (45T) encontra-se dentro da média, que poderá refletir uma tendência para autoafirmação e para decidir independentemente do sistema de suporte. A escala LIM (53T) situa-se dentro da média, indicando que B. perceciona as práticas parentais como adequadas. Na escala de PROB (53T), compreende-se que a mesma apresenta capacidade para identificar problemas. No entanto, as suas capacidades de

resolução de problemas parecem ser inferiores à sua faixa etária, na medida em que as suas expressões de problemas são demasiado infantis e do tipo de “contos de fadas” – RES-1 (85). A escala RES-3 (44T) encontra-se dentro da média para a faixa etária, enquanto a RES-2 (25T) encontra-se abaixo da média. Relativamente às Escalas Clínicas, estas indicam uma forte componente de DEP (85T) e REJ (70T), que se situam acima da média. Em geral, percebe-se que o pai é percecionado como tendo um papel central na escala REJ; de acordo com as histórias contadas parece também existir um reduzido suporte familiar, bem como uma elevada centraçãõ das escalas clínicas na criança. O seu principal suporte parece ser a sua mãe – sendo a única em que quando mencionada é narrado sentimentos e emoções positivas. Relativamente às restantes escalas, os valores encontram-se dentro da média – ANX (45T), UNR (58T), exceto a AGG (39T), com valores abaixo da média, refletindo uma tendência para internalizar sentimentos, negar a agressão e projetá-la para outras figuras (Anexo 5).

Enquadramento Concetual

B. apresentou-se à consulta de Psicologia relatando sentimentos de tristeza, desamparo e angústia relativos à perda de duas pessoas importantes na sua vida. A perda de um ente querido, ou privação deste, principalmente por morte, é consistentemente descrita como um dos eventos de vida mais stressantes afetando o bem-estar físico, social e psicológico (Stroebe & Stroebe, 1993). No período de luto estão aumentados os riscos para episódios de depressão *major* (Lund, Dimond & Caserta, 1985; Brown, Harris, 1989; Bruce, Bruce, Kim, Leaf & Jacobs, 1990; Parkes, 1998) e episódios de ansiedade (Bornstein, Clayton, Halikas, Maurice & Robins, 1973; Parkes, 1998).

Os adolescentes manifestam o luto como resposta à quebra de um vínculo afetivo, mas, quando essa perda se refere a uma figura que tem para eles valor de sobrevivência, essa rutura pode eliciar uma intensa ansiedade (ansiedade de separação) e vir a influenciar a maneira como irão lidar com seus vínculos e perdas futuras, bem como influenciar a sua confiança básica em si, nos outros e no mundo (Bowlby, 2004; Bromberg, 2000; Parkes, 1998). B. na primeira consulta demonstrou o sentimento de desproteção, uma vez que tinha uma relação de dependência para com a mãe *“Sinto-me desorientada sem ela, ela era quem*

estava sempre lá para mim, sempre que eu precisava... era o meu maior pilar.” (sic). Com a morte da avó paterna, uma das figuras de referência e substituição da mãe, B. veio a afirmar uma forte ansiedade de separação *“Penso muitas vezes... perdi a minha mãe, depois a minha avó... Quem mais eu irei perder?”* (sic).

Seguramente a perda de um dos pais na adolescência pode comprometer o processo de aquisição da independência e da autonomia adulta pelo jovem. No entanto, não se pode perder de vista que os medos relatados pelos jovens podem ser potencializados pelas ansiedades inerentes à adolescência, a saber, a construção da própria identidade (Aberastury & Knobel, 1981; cit in Domingos & Maluf, 2003). Neste sentido, a aquisição de autonomia continua a ser obstruída pela superproteção do pai.

A quebra do vínculo parental, da mãe, ocorreu no início de uma nova fase do desenvolvimento de B., no começo da adolescência, sendo que nesta altura ainda apresentou alguma dificuldade na compreensão do conceito de morte *“Na altura eu não percebia o que realmente tinha acontecido, pensei sempre que ela iria voltar...”* (sic). Sabe-se que é somente a partir do período das operações formais que a criança pode compreender a morte, enquanto fenómeno irreversível, universal e inevitável (Kane, 1979; Koocher, 1973; Nagy, 1948; Torres, 1979; cit in Domingos & Maluf, 2003), todavia, na formação desse conceito deve-se considerar também a experiência da criança com a morte (Bluebond-Langner, 1977; cit in Domingos & Maluf, 2003), que no caso de B. nunca teve perdas significativas até ao falecimento da mãe. Kastenbaum e Ainsenberg (1983) alertam para o facto de que a aquisição da individualidade pode, nas primeiras fases da adolescência, evocar a percepção de si mesmo como um ser solitário, fazendo com que o jovem sinta-se mais vulnerável à morte, tanto própria quanto de alguém significativo. Efetivamente, o confronto com a morte na adolescência pode exaurir as limitadas estruturas defensivas inerentes a essa fase de desenvolvimento, precipitando respostas radicais (Kastenbaum, 1986). Este facto é corroborado pelos resultados obtidos pelo YSR, em que B. recorre geralmente ao isolamento, sendo visto como um mecanismo de defesa não só derivado das perdas sofridas, mas também como um mecanismo de proteção relativamente à ansiedade perante contextos sociais *“Eu tenho medo de me aproximar demasiado das pessoas que estão á minha volta, que aconteça outra vez... sofra outra vez...”* (sic). Os sentimentos de desproteção e insegurança sentidos por B. poderão exacerbar a ansiedade que sente perante mudanças, e.g., adaptação á mudança de escola.

As perdas da mãe e da avó sucederam-se há 5 e 2 anos, respetivamente. A perda também foi percebida como ausência, sendo portanto vivenciada como falta que suscita saudade. À privação de gratificações fornecidas no passado pelo falecido, associam-se a tristeza, o choro, a raiva, que são na verdade reações a perdas secundárias (Rando, 1993). A manifestação episódica dessas emoções foi conceituada por Rando com o nome sugestivo *Subquent Temporary Upsurges of Grief* (ou STUG reations), isto é, a reativação subsequente e temporária do pesar, para caracterizar períodos breves e temporários de pesar agudo relativo a uma perda significativa. Essas respostas são precipitadas por eventos que reafirmam a ausência do ente querido. É aqui que se enquadra a maior elevação destes sentimentos descritos nas primeiras consultas. B. quando iniciou as consultas de Psicologia, em Janeiro de 2013, passou por um evento que poderá ter despoletado estas manifestações. Na época de Natal de 2015, B. mais uma vez viveu uma data importante na ausência de entes queridos, além disso vivenciou a perda de um símbolo importante para si, a sala de estar. A destruição da sala foi provocada por um pequeno incêndio em casa. Este espaço tinha um enorme simbolismo para a paciente *"A nossa sala ficou toda estragada, isso deixou-me muito em baixo... aquele era o sítio que eu guardava muitas recordações, era quase como se fosse alguma coisa que marcasse a presença da minha mãe... que me trazia boas recordações, e agora... foi-se."* (sic).

Nesta fase do processo de intervenção, segundo os estágios propostos por Kübler-Ross (1969) B. foi situada na fase de aceitação, última fase do luto, em que já não experimenta o desespero e não nega a realidade. Neste estágio as emoções não se encontram tão à flor da pele e a pessoa prontifica-se a enfrentar a situação com consciência das suas possibilidades e limitações. Efetivamente B. apresenta já consciência da realidade, de que a morte é um fenómeno irreversível e está disposta a definir estratégias de *coping* para lidar com a perda.

A experiência de luto pela morte de mãe e/ou pai na adolescência é um fator de risco para a saúde mental e, na literatura, tem sido relacionada com a depressão, a presença de doenças graves, sentimentos de culpa, redução da autoestima e ao desenvolvimento de distúrbios psíquicos, prejudicando a performance escolar e profissional e nos relacionamentos interpessoais e estimulando comportamentos desviantes (Pereira, 2004; Domingos & Maluf, 2003). Segundo os resultados obtidos pela avaliação psicológica, confirma-se a depressão, a baixa autoestima e prejuízo nos relacionamentos interpessoais.

Outra problemática intrínseca, que não pode ser desvalorizada, é a baixa autoestima. Os adolescentes autodepreciam-se e magoam-se facilmente com opiniões alheias, além disso, apresentam dificuldade em expressar os seus sentimentos por medo de se sentirem vulneráveis. No caso de B. evidencia-se uma baixa autoestima que poderá relacionar-se com a experiência do luto como referido anteriormente, bem como: a relação de dependência com a mãe, caracterizada segundo a paciente por uma fonte de suporte, compreensão e proteção perante situações desagradáveis, e.g. a fobia de balões que sempre foi muito marcada pela incompreensão e chacota pelas pessoas ao seu redor; os episódios com o padrinho que transmitia desvalorização e frustração *“Ele às vezes ajudava-me nos trabalhos da escola, se eu fizesse uma coisa mal ele apagava tudo e ofendia-me.”* (sic); a vivência de ofensas psicológicas no meio escolar; e a falta de reforços positivos por parte do pai.

Apesar dos evidentes sintomas de índole depressiva, que são corroborados pelos resultados obtidos pelo YSR e pelo RATC, B. não cumpre critérios para um diagnóstico depressivo. Segundo o DSM 5 (APA, 2014) inclui-se em apenas 2 critérios da Perturbação Depressiva Major: humor depressivo na maior parte do dia e hipersónia quase todos os dias; mas estes nunca se mantiveram por um período de duas semanas. Não existem igualmente critérios que encaixem numa Perturbação Depressiva Persistente uma vez que, apesar de apresentar humor depressivo na maior parte do dia e a presença de hipersónia, baixa energia e baixa autoestima; estes não se manifestaram continuamente por dois meses, no período de dois anos. Será importante diferenciar o luto de um episódio depressivo, uma vez que no luto o afeto predominante inclui sentimentos de vazio e perda, enquanto no episódio depressivo há humor depressivo persistente e incapacidade de antecipar felicidade ou prazer. Assim, perante as questões de luto envolvidas, de facto confirma-se a presença de sentimentos de solidão e de perda, desde o primeiro contacto, contudo não se observaram sintomas compatíveis com um quadro de Luto Complicado. Perante os critérios diagnósticos propostos para a Perturbação de Luto Complicado, não existe uma angústia persistente nem a presença de sintomas cognitivos, emocionais e comportamentais suficientes (dificuldade em aceitar a perda, evitar lembrar a perda, dificuldade em continuar com a vida, sentir que a vida é insatisfatória, etc.), nem a apresentação dos mesmos por um período de 6 meses.

Processo de Intervenção Psicológica

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) tem como objetivos a modificação dos comportamentos relacionados com o medo, a evitação ou a fuga, e a diminuição da ativação fisiológica. A terapia cognitiva tem como objetivos a alteração dos conteúdos e dos processos cognitivos relacionados com o medo, as interpretações catastróficas e a atenção. A aplicação integrada dos dois procedimentos, tal como é habitualmente feito designa-se por psicoterapia cognitivo-comportamental (LeDoux, 1998; 2002).

Segundo o modelo cognitivo-comportamental, a psicoterapia deverá atuar sobre os pensamentos deflagrados por uma dada situação estimulante, uma vez que tais pensamentos geram os sentimentos e os comportamentos que caracterizam a relação do indivíduo com o ambiente que o cerca.

Alguns estudos demonstram a efetividade da TCC para os sintomas de depressão e ansiedade, denotando maior eficácia que a terapia farmacológica (Gould, Otto, Pollack & Yap, 1997; Mitte, 2007). Constatou-se que a TCC é efetiva no tratamento de depressão, tendo efeitos comparáveis aos de antidepressivos (Cuijpers, Van Straten, Warmerdam & Smits, 2008), e têm-se verificado resultados positivos para o tratamento da perturbação de ansiedade, utilizando-se estratégias como relaxamento, resolução de problemas, planeamento de atividades de recreação, foco no tratamento para a mudança e o controle antecipatório da preocupação e da catastrofização (Liden, Zubraegel, Baer, Franke & Schlattmann, 2005).

Além disso, as terapias cognitivo-comportamentais (Moreira, Gonçalves & Beutler, 2005) têm-se revelado eficazes a curto e longo prazo no tratamento da depressão com a população pediátrica, reduzindo os sintomas depressivos (David-Ferdon & Kaslow, 2008; Moreira, Gonçalves, & Beutler, 2005). Assim, a intervenção psicoterapêutica recaiu essencialmente sobre a psicoeducação, reestruturação cognitiva, retreinamento da respiração e relaxamento.

Concluída a recolha da história de vida, a avaliação psicológica e a análise concetual do caso, foram estabelecidas as áreas de maior necessidade de intervenção. Os objetivos gerais da intervenção psicológica basearam-se na promoção de recursos pessoais para lidar com a perda; auxiliar no desenvolvimento de estratégias de *coping* com vista à finalização do processo de luto; consciencializar a influência dos pensamentos automáticos no seu comportamento; fornecer conhecimentos básicos acerca de ansiedade e algumas técnicas

de relaxamento para que detenha as ferramentas necessárias para o controlo da ansiedade; promover a autonomia; e trabalhar em conjunto no estabelecimento de metas a longo prazo e na projeção no futuro.

O processo de intervenção de B. prolongou-se por um período de 7 meses, iniciou-se em Janeiro de 2016 e terminou em Julho de 2016, sendo constituído por um total de 14 sessões. As sessões decorreram normalmente em frequência quinzenal, com a duração de, aproximadamente, 60 minutos. Nem sempre foi possível cumprir com a regularidade ideal uma vez que B. nem sempre foi assídua, apresentando alguma incompatibilidade com as datas estabelecidas devido ao horário escolar e ao transporte. Além disso foram emergindo à consulta problemáticas com maior prioridade para B., uma vez que se trata de uma adolescente e se considerou importante permitir que esta tivesse liberdade para orientar as sessões.

Em Janeiro de 2016, B. veio pela primeira vez à consulta, sozinha e com aspeto cuidado e adequado. Encontrava-se vígil, orientada, com discurso direto, organizado e coerente. Mostrou juízo crítico e capacidade de introspeção. Desde o primeiro contacto, B. apresentou humor depressivo, sem ideação suicida. Sempre com uma postura introvertida, pouco contacto visual e tom de voz baixo. Revelou-se colaborante, no entanto apresentava alguma defensividade e reserva face a algumas temáticas. As duas primeiras sessões basearam-se na exploração da história de vida; a história do problema, história do desenvolvimento psicossocial e avaliação comportamental e interpessoal, de modo a elaborar uma anamnese clara e completa. Desde o início das sessões, o objetivo primordial foi o estabelecimento de uma relação terapêutica colaborativa e empática com a paciente de modo a envolver B no processo terapêutico, tendo-se optado por uma abordagem pautada pela aceitação incondicional e compreensão empática. Dada a labilidade emocional de B., foi-lhe dada liberdade para condução da sessão em torno dos sentimentos perturbadores, permitindo o alívio do seu sofrimento. E aumentando, simultaneamente, a envolvência, colaboração e confiança no processo terapêutico. Nesta fase, foi sempre assegurado o sigilo profissional de modo a permitir a abertura da paciente. A ansiedade foi notória (e.g. voz trémula, postura tensa, movimentos repetitivos com as mãos) e apresentou

dificuldade de expressão emocional. Perante a abertura gradual da paciente foi possível verificar o humor depressivo relativamente à perda da mãe, tendo a morte da avó afirmado os seus sentimentos de angústia e de ansiedade de separação. Referiu também sintomas de índole ansiosa, em contexto social, despoletados pela mudança de escola. Neste âmbito, a superproteção do pai parece ser um fator de risco e manutenção da problemática. Depois de uma introspeção, B. expôs as problemáticas que pretendia trabalhar e as suas expectativas *“Eu gostava de me conseguir controlar melhor... Em certas alturas vou-me muito a baixo, fico triste... e ansiosa.”* (sic) sendo então familiarizada com os objetivos gerais da Psicoterapia. No final da sessão foi acentuada a importância da sua motivação e participação ativa, assim como a assiduidade e a realização dos “Trabalhos de Casa” com base no pressuposto de eficácia do processo terapêutico.

A terceira e quarta sessão foram dedicadas à avaliação psicológica, como já descrito anteriormente. Após a realização da avaliação foi feita uma cotação e devolução prática e resumida dos resultados de modo a identificar problemas e estabelecer em conjunto com a paciente os objetivos a trabalhar.

No início da quinta sessão, B. apresentou à consulta uma situação prioritária. Na aplicação do teste projetivo já tinha manifestado dificuldades em lidar com a possibilidade de um novo quadro familiar. Criada uma aliança terapêutica, B. acaba por revelar a existência de um relacionamento do pai com outra mulher, MA, relacionamento mantido à distância. Inicialmente, B. demonstrou-se apreensiva com uma figura imposta na sua vida, porém não considerada uma ameaça real. Na verdade, atualmente, B. encontrava-se perturbada com a descoberta de um segundo relacionamento. Ao longo do seu discurso, foi demonstrando o seu desconforto, considerando o comportamento do pai reprovável *“E a MA? Onde fica? Está a ser infiel, não acho isso correto. Falamos com ela pelo Skype, ele fala como se nada se passasse e eu nem sei como agir.”* (sic). Além disso, B. acaba por revelar a sua revolta perante o comportamento do pai comparando a superproteção e controlo a que se encontra sujeita *“O meu pai não me deixa namorar, sair, comprar coisas... E depois faz o que bem entende, incluindo trazer uma desconhecida cá a casa, sem eu saber... Ele é um pouco ingénuo e acho que se aproveitam dele. Fico preocupada e acho que também tenho uma opinião a dar.”* (sic). Notada a necessidade de expressão emocional com o pai perante esta situação, que lhe causa tanto incómodo a sessão teve como objetivo elucidar a importância e os aspetos essenciais de uma comunicação eficaz, auxiliar na preparação

de um, eventual, diálogo com o pai e transmitir as orientações necessárias para o sucesso do mesmo. No final da sessão, B. demonstrou-se mais serena e aparentemente capaz de lidar de forma mais ponderada com a situação. Contando com a eventualidade de B. não conseguir agir de forma autónoma, foi transmitida a possibilidade de B., se assim entender, recorrer ao auxílio da psicóloga para que, em contexto de consulta, possa dialogar com o pai acerca da questão.

A sexta sessão foi realizada com o pai. Inicialmente, foi planeada uma sessão conjunta e consecutiva à avaliação psicológica. Contudo perante a dificuldade de conciliar horários, B. foi elucidada relativamente aos objetivos da sessão e consentiu que esta fosse realizada na sua ausência. Os principais objetivos da sessão foram permitir ao pai conhecer a psicóloga que está a acompanhar a filha e, vice-versa, explorar alguns aspetos da história de vida e permitir que O. possa expor as suas preocupações. O. tem 42 anos e é operário fabril, demonstrou-se colaborante e com uma postura extrovertida e ansiosa (e.g. agitação psicomotora, postura direcionada para a porta do consultório). É uma pessoa sociável e respeitada na terra uma vez que treina uma equipa júnior de futebol na região. Quando questionado acerca de B. relata que *“Sempre foi uma menina sem problemas de maior, foi sempre um pouco tímida, nós protegemo-la muito, eu e a minha mulher. Agora está a crescer, sem a mãe... sem a avó, acho que isso não foi totalmente ultrapassado. Eu sou pai, cuido dela, mas sei que ela por vezes precisava era do apoio da mãe...”* (sic). Nesta altura, foi importante intervir no sentido de consciencializar o pai da importância do seu papel, nomeadamente da necessidade de fornecer o apoio emocional a B. não somente perante os acontecimentos em questão mas também perante as dificuldades características da fase em que se encontra. O. é um pai atento e consciente das problemáticas da filha *“É uma menina que gosta de estar no canto dela... e é muito ansiosa... mas isso acho que também é porque a protejo muito.* (sic). Quanto à sintomatologia depressiva, O. tem consciência de que B. se isola com alguma frequência porém não com a dimensão que se confirma em consulta. Após a compreensão das problemáticas, houve espaço para O. expressar as suas preocupações e inquietações *“Eu sou um bocado protetor, demais... às vezes. Mas sou mesmo assim, eu preciso dela e ela precisa de mim também.”* (sic). O. apresenta um marcado défice auditivo devido á sua profissão, e reconhece que este é um entrave na comunicação *“Por vezes falo alto porque ouço mal e não a entendo. Quando me apercebo estamos a discutir.”* (sic). Tornou-se necessária uma consciencialização relativamente á

abordagem que O. deverá optar para evitar conflitos, reforçando o facto de ser importante a criação de um ambiente em que seja possível a partilha de ideias e emoções de forma deliberada, permitindo uma maior disponibilidade para assim poder fazer a atribuição dos seus conselhos. Ao longo de toda a sessão, foi clara a dificuldade de O. em lidar com o processo de adolescência, revelando-se também necessário intervir com o intuito de fornecer ao pai um maior conhecimento do processo da adolescência, as alterações inerentes, sensibilizando para as questões de autonomia, de espaço, auto estima e relacionamentos interpessoais.

A sétima, oitava e nona sessão foram dedicadas à sintomatologia depressiva associada aos lutos de B., promovendo os recursos pessoais para lidar com a perda. As sessões tiveram vários objetivos contudo não seguidos de forma rígida.

A sétima sessão teve como objetivos principais a exploração dos processos de luto, as especificidades da morte uma vez que a paciente sempre abordou a questão de forma superficial *“A minha mãe tinha leucemia, depois ficou com uma pneumonia e morreu.”*(sic). Foram exploradas as características da morte e as manifestações imediatas, subsequentes e atuais. Atualmente, B. apresenta apenas sentimentos de insegurança, desamparo e saudade. B. não aparenta um quadro de luto patológico, mas encontra-se numa fase de aceitação segundo os estágios de Kübler-Ross (2008). Verificou-se um ressurgimento de sintomas de caráter depressivos associados ao luto, que parecem ter sido despoletados por um episódio na época de Natal *“A sala ficou destruída pelo incêndio, era a imagem da minha mãe lá em casa.”*(sic). B. sempre teve uma relação de dependência sobretudo com a mãe e, uma vez que, se encontra na adolescência, poderá exacerbar os sentimentos de solidão e insegurança. Foi importante intervir ao nível da aceitação das perdas, entendendo a irreversibilidade dos acontecimentos, favorecendo e reforçando a capacidade de ultrapassar, e o retorno á realidade com consciência das suas possibilidades e limitações. No final da sessão, com base nos pressupostos da terapia narrativa, foi sugerida a elaboração de um diário e/ou carta de despedida.

Na oitava sessão, B. apresentou à consulta um breve diário que já teria iniciado entretanto. Já nas consultas anteriores tinha sido sugerido a B. pensar num modo de se expressar emocionalmente perante os acontecimentos que a perturbam e, aceitando a sugestão, demonstrou-se satisfeita com a realização do mesmo. A existência de uma relação terapêutica empática e segura possibilitou a B. sentir-se confiante para partilhar os

textos que escreveu. Seguidamente, foram exploradas as repercussões da perda, (e.g. representações atuais de si mesma, sobre o outro, a forma como se estabelece ou vivencia as relações atuais, e as expectativas no futuro). B. apresenta dificuldades em criar relacionamentos devido à ansiedade de perda *“Eu tenho medo de me aproximar demasiado das pessoas... tenho medo de me ligar a alguém e depois perder.”* (sic). Neste sentido, optou-se por uma abordagem baseada na reestruturação cognitiva, com vista à modificação de crenças disfuncionais por abordagens mais adaptativas e realistas, procurando encontrar estratégias de *coping* mais funcionais. Mediante a abordagem desta temática, foi aplicado o Protocolo de Relaxamento Imagético e solicitado para que exercitasse em casa (Anexo 6), para conseguir minorar os estados de tensão.

Na nona sessão, os objetivos passaram por 5 pontos essenciais (Balk, 2000). O adolescente deve enfrentar comportamental, cognitiva e afetivamente: confiar na previsibilidade dos eventos; adquirir o senso de domínio e controlo (autoeficácia); criar relacionamentos baseando-se na ideia de pertencer; acreditar que o mundo é bom e justo; e o desenvolvimento de autoconfiança. Uma vez que B. não participou em quaisquer rituais fúnebres, foi incentivada a participar nos mesmos uma vez que B. identificou esta como uma estratégia de enfrentamento importante. Foi importante estimular a paciente à construção de novos significados, a realização de atividades prazerosas e de autocuidado; e definição de objetivos a longo-prazo, projetando-se no futuro *“Agora, quando puder, quero decorar a nossa sala, como a minha mãe gostava (...) Um dia mais tarde, quando terminar o curso, até gostava de ir para a faculdade.”* (sic). B. com o trabalho realizado nas sessões demonstrou-se mais otimista, terminando a sessão com uma postura completamente diferente da inicial *“A única coisa que ela queria era que eu fosse feliz. E eu vou fazer por isso...”* (sic).

Na décima e décima primeira sessão, veio à consulta bastante ansiosa e refere que ressurgiram as dificuldades em lidar com os sintomas ansiosos. Teve como fator desencadeante o início do estágio *“O início do estágio não foi fácil...foi uma mudança muito grande, não estava preparada.”* (sic). Foi realizada uma intervenção ao nível da sintomatologia ansiosa com vista à adoção de padrões cognitivos e comportamentais mais funcionais para gerir a sintomatologia no dia-a-dia. Na psicoeducação relativamente à ansiedade e estratégias para lidar com a mesma, elucidou-se sobre a importância da mudança física nas situações ansiogénicas. Apesar de já ter sido introduzida uma técnica

de relaxamento, considerou-se pertinente trabalhar de forma mais intensa o controlo da sintomatologia fisiológica, que B. reconheceu ter dificuldade em controlar. Assim, foi aplicado o Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson (1964) e solicitado um treino desta técnica em casa (Anexo 7). No final das sessões a paciente demonstrou uma postura mais tranquila e relaxada, constatando que se revelou eficaz na redução da sintomatologia sentida inicialmente.

Na décima segunda, B. apresentou-se com bom aspeto e disposição. A melhoria sintomatológica é manifesta e reconhecida pela própria paciente *"Já me sinto mais controlada, no dia anterior já não fico com medo que possa ficar ansiosa e não consiga controlar."* (sic). O objetivo da sessão seria iniciar a prevenção de recaída, contudo surge novamente uma situação que requereu ajuda. B. relata novamente frustração relativamente ao pai *"Ele passou três dias quase sem parar em casa... Sinto-me sozinha."* (sic). O pai de B. sempre se revelou muito protetor porém estes comportamentos revelaram-se, de certo modo, contraditórios. Já foram desenvolvidos esforços para que B. tivesse as orientações necessárias para dialogar com o pai contudo, sem sucesso *"Já tentei falar com o meu pai, seriamente, conforme tínhamos falado aqui, mas ele chega a uma altura que começa a gozar, risse de mim... acabo por me sentir desvalorizada e ignorada."* (sic). Finalmente, a paciente revelou que, com a acumulação de circunstâncias, teve uma discussão com o pai, tentou exprimir-se, no entanto sem conseguir obter compreensão ou alteração do seu comportamento. Toda esta situação lhe gera revolta, mas também incompreensão uma vez que se depara com incoerências na postura do pai. Assim o objetivo da sessão foi sobretudo compreender os acontecimentos, explorando alguns aspetos; permitir a modificação de alguns pensamentos automáticos relativamente ao pai; e auxiliar a paciente no desenvolvimento de estratégias para gerir os conflitos familiares. De momento, as problemáticas apresentadas advém do comportamento do pai, no entanto não existe consentimento nem conveniência de B. para que haja uma abordagem com o mesmo.

Na décima terceira e quarta sessão o objetivo principal foi promover a manutenção e generalização dos ganhos terapêuticos com a prevenção de recaída. Foi feito um balanço do processo terapêutico. Segundo a paciente, o processo foi benéfico sentindo-se agora mais capacitada para encarar a vida com as estratégias que foi adquirindo no mesmo *"Agora sinto-me mais capaz... pude falar á vontade sem ser gozada, senti-me bem aqui"* (sic). Foi primordial atribuir o progresso à paciente, reforçando os progressos sempre que

possível e promover a ideia que é responsável por mudanças positivas, fortalecendo a sua autoeficácia. Foram consolidados os progressos e generalizadas as estratégias para solucionar de forma autônoma os seus problemas futuros, ensinando a paciente a ser o seu próprio terapeuta para que quando a terapia terminar, saiba lidar com os seus retrocessos. Foi fundamental reforçar que após o final da terapia B. deverá encarar os problemas futuros como desafios, que irão ajudar na consolidação dos seus ganhos. Apesar dos receios que podem surgir, B. foi incentivada a uma visão realista e positiva do futuro, possuindo sempre a possibilidade de recorrer novamente a acompanhamento caso considere necessário. No final, B. fez uma reflexão acerca de objetivos a longo prazo a que se propõe *“Agora quero continuar a estudar e um dia, talvez, ir para a faculdade... também quero decorar a sala como a minha mãe gostava.”* (sic).

Reflexão sobre o Caso

B. foi um desafio para mim, nas primeiras consultas apresentava uma postura introvertida e reservada que me deixava a mim desconcertada e verdadeiramente atrapalhada. Percebi que a construção de uma aliança terapêutica baseada na confiança era essencial para desencadear a confiança e a motivação da paciente. B. é uma adolescente que sofreu duas perdas muito significativas na sua curta história de vida e que sempre se sentiu rodeada por incompreensão e falta de tolerância por parte das pessoas à sua volta. Desta forma tentou-se criar um espaço em que a paciente sentisse que tinha um espaço seu em que poderia obter compreensão sem julgamentos ou críticas.

A reestruturação cognitiva e o relaxamento foram ferramentas muito importantes no processo de intervenção, na medida em que B. conseguiu compreender como pensamentos, emoções e comportamentos estão associados e compreendendo que poderia ter um papel ativo na sua própria mudança. A paciente passou também a compreender a importância de criar novas ligações afetivas, mesmo correndo o risco de ser rejeitada. Além disso, passou a desenvolver uma maior capacidade de lidar com a perda, tornando-se capaz de realizar alguns rituais que desejava conseguir.

Presentemente, o processo terapêutico de B. encontra-se concluído, tendo-se manifestado uma evolução significativa. Ao longo das sessões, a paciente foi apresentando melhorias graduais desde o humor deprimido, a labilidade emocional, comportamento não-verbal tenso, até à boa disposição, aspeto mais cuidado, a uma postura tranquila e maior capacidade de abordar livremente temas que anteriormente lhe causavam muito sofrimento.

Estas melhorias poderão não ser permanentes uma vez que a paciente é uma adolescente e enfrentará vários desafios no futuro, que poderão ser geradores de grande ansiedade. A aquisição de uma maior autonomia ainda não se encontra concretizada, e tendo em conta que nos encontramos perante um pai ansioso e superprotetor, este processo poderá ser dificultado.

Ficam ainda algumas questões em aberto no que diz respeito a esta postura do pai, que não puderam ser solucionadas. Poderão ficar sugestões para uma intervenção num momento mais oportuno, junto do pai uma vez que as situações que ainda não se encontram completamente resolvidas teriam de ser abordadas com o mesmo.

vii. Atividades de Grupo Realizadas

Ao longo do estágio foi possível participar em vários grupos terapêuticos com um grau de envolvimento distinto. Inicialmente, foi feita uma breve observação do Grupo Terapêutico de Depressivos nº25, que já se encontrava a decorrer. Contudo posteriormente, foi possível o acompanhamento de um outro grupo desde o seu começo.

No dia 28 de Outubro foi realizada uma sessão de abertura dos grupos terapêuticos de apoio a pacientes depressivos. Dada a quantidade de pacientes que se encontravam orientados para terapia grupal, esta sessão teve como objetivo uma distribuição homogénea e funcional em 2 grupos (Grupo 26 e o Grupo 27). Foi-me atribuído o Grupo Terapêutico de Depressivos nº26, que se iniciou no dia 2 de Novembro de 2015. Realizou-se quinzenalmente, às segundas-feiras das 14h30 às 16h30, sob a liderança da Dr.ª Catarina Varejão e do Dr. Carlos Araújo.

A Perturbação Depressiva tem grande impacto tanto na vida do paciente como nos seus familiares, interferindo nos relacionamentos interpessoais, atividades de lazer e funcionamento psicossocial (Khandelwal, Chowdhury, Regmi, Mendis & Kittirattanapaiboon,

2001), além de que, muitas vezes, podem levar a pensamentos, tentativas e até mesmo ao suicídio (Wulsin, Valliant & Wells, 1999). Tendo em conta que a depressão apresenta uma elevada prevalência, torna-se primordial que seja realizada uma terapia de modo a reduzir os sintomas.

A TCC é a psicoterapia mais estudada para o tratamento de depressão e tem-se revelado efetiva no tratamento de depressão, tendo efeitos comparáveis aos de antidepressivos (Cuijpers, Van Straten, Warmerdam & Smits, 2008). Assim, justifica-se a pertinência do Grupo Terapêutico de Depressivos. Este segue, habitualmente, um protocolo terapêutico cognitivo-comportamental para a depressão, que tem como objetivo a melhoria ou tratamento de pacientes deprimidos, diminuindo dos sintomas depressivos e os stressores psicossociais, e o aumento dos recursos pessoais e do funcionamento familiar. Foram realizadas 12 sessões com conteúdos temáticos estruturados: (0) Informação sobre a terapia e administração de instrumentos de avaliação (e.g. BDI); (1) apresentação dos participantes, identificação de problemas e estabelecimento de metas, introdução de alguns conceitos no âmbito da problemática depressiva; (2) reforço de fatores terapêuticos de suporte, informação sobre a perturbação depressiva; (3) Estratégias de mudança cognitiva: racional teórico e partilha de experiências pessoais; (4) Estratégias de mudança cognitiva: técnicas de disputa racional I; (5) Estratégias de mudança cognitiva: técnicas de disputa racional II; (6) estratégias de mudança cognitiva: técnicas de disputa racional emotiva; (7) estratégias emocionais, autoconceito e autoestima; (8) estratégias de mudança comportamental I; (9) estratégias de mudança comportamental II, Estratégias de resolução de problemas I; (10) estratégias de resolução de problemas, estratégias de facilitação da comunicação interpessoal I; (11) estratégias de facilitação da comunicação interpessoal II, outros sintomas da depressão a considerar; (12) finalização e prevenção de recaída e avaliação do processo terapêutico.

A minha participação consistiu numa observação participativa. Foi-me permitido intervir com o intuito de realçar as capacidades de cada elemento e incentivando a atuarem de forma adequada quando confrontados com os seus problemas, fornecer apoio de suporte individual quando na presença de pacientes que se encontravam mais perturbados na sessão e, além disso, foram-me atribuídas algumas tarefas como o auxílio nas tarefas propostas e a execução de sessões dedicadas à terapia de relaxamento. Por fim, mediante a participação em todo este processo de intervenção e o debate prévio com os

coordenadores do grupo acerca da evolução dos intervenientes, foi-me possibilitada a partilha de uma apreciação quanto aos progressos individuais verificados na terapia. Esta intervenção verificou-se bastante eficaz na melhoria dos elementos, sendo reconhecida pelos próprios. Na última sessão, foi-me atribuída a elaboração dos processos de alta e sua inserção nos respetivos processos clínicos.

viii. Grupo de Estimulação Cognitiva

No primeiro trimestre do estágio, uma das preocupações que surgiu em conferência com a orientadora de estágio, Dr.^a Catarina Varejão, foi a presença de uma intervenção neuropsicológica com a população da terceira idade. A orientadora de estágio realizava semanalmente uma consulta destinada a indivíduos com mais de 60 anos que vinham encaminhados pela Psiquiatra com indicação de provável presença de défices cognitivos e, por vezes, quadro demenciais. No departamento a intervenção da equipa de psicólogos restringia-se à avaliação neuropsicológica apesar de, muito frequentemente, a avaliação concluir pela presença de défices cognitivos, sinalizando inúmeras queixas referentes a processos mnésicos. Efetivamente, os pacientes reconheciam as suas dificuldades a este nível e a sua interferência nas tarefas diárias, sendo muito claro para o avaliador a pertinência de conceder uma resposta efetiva a esta área.

O elevado número de população idosa tem vindo a contribuir para um maior interesse nesta problemática. Envelhecimento não é sinónimo de deterioração mental, no entanto, com o aumento da esperança média de vida, as demências estão a tornar-se uma das patologias mais prevalentes. É consensual na literatura de que existe uma maior propensão dos pacientes diagnosticados com Défice Cognitivo Ligeiro progredirem para doença de Alzheimer. Assim, sendo a plasticidade cerebral uma capacidade de adaptação funcional que o cérebro apresenta para desempenhar uma mesma função utilizando outras funcionais (Aram & Eisele, 1992), pretende-se que exista uma estimulação cognitiva para fazer face às alterações causadas pelos défices.

Diversos estudos concluíram que a Estimulação Cognitiva (EC) tem consequências positivas no desempenho cognitivo dos idosos (Hofland, Willis, & Baltes, 1981; Rodrigues, 2006; Falkenstein & Sommer, 2006) e são um fator de prevenção para a deterioração cognitiva (Fernández-Ballesteros, 2011). Além disso, verificou-se que os programas de EC

têm demonstrado um resultado positivo na manutenção e na melhoria dos processos cognitivos (Verghese et al., 2003; Pires, 2008; Spector, Thorgrimsen, Woods & Orrell, 2006), na diminuição dos sintomas depressivos em idosos (Gonçalves, 2007; Spector et al., 2003; Spector, Orrell, Davies & Woods, 2001; Raes, Williams & Hermans, 2009; Niu, Tan, Guan, Zhang & Wang, 2010), e melhorias na qualidade de vida e habilidades funcionais (Farina et al., 2002). Para além disso, a literatura tem demonstrado uma relação entre o fraco desempenho cognitivo e a sintomatologia depressiva (Green et al., 2003; Júnior, Silva & Bastos, 2009; Lasca, 2003; Stella et al., 2002; Vaz, 2009; Wilson et al., 2004; cit in Gonçalves, 2012). Para Lindeboom (2004), citado por Nunes (2008) as alterações cognitivas mais afetadas nos idosos são a atenção, memória, capacidade perceptiva e espacial, funções executivas e a velocidade de processamento. Ao nível afetivo a depressão é muito frequente no idoso e, por sua vez, compromete bastante a sua qualidade de vida (Greenwald, Kramer-Ginsberg & Krishman, 1996; Fernandes, 2000), sendo caracterizada no idoso pelas queixas somáticas, a baixa autoestima, os sentimentos de inutilidade, o humor disfórico, as alterações de sono e do apetite, a ideação paranoide e os pensamentos suicidas.

Perante estas evidências, foi elaborada uma proposta de um grupo pioneiro neste âmbito, sendo posteriormente apresentada à coordenadora da Unidade de Psicologia e à diretora do DPSM. Rapidamente foi autorizada por ambas a sua implementação no terreno dado a sua elevada pertinência e aplicabilidade. O programa foi estruturado visando as principais limitações e potencialidades do grupo-alvo, direcionado para pacientes que apresentem a condição de declínio cognitivo ligeiro.

Surgiu assim o “Grupo de Estimulação Cognitiva” (GEC), que se dirigia a pacientes provenientes da consulta de mais de 60 anos, ou diretamente encaminhados pelo médico psiquiatra responsável e que integrava todos aqueles que apresentassem défices cognitivos ligeiros, associados a quadros depressivos ou não. Posteriormente, os critérios de inclusão estenderam-se a pacientes com quadros demenciais em instalação. No entanto, como princípio de inclusão estaria subjacente a existência de algumas capacidades preservadas, para proceder a uma reabilitação de modo a estimular os domínios mais afetados pelo envelhecimento e/ou doenças.

Os principais objetivos do GEC consistiram na prevenção da deterioração cognitiva, a partir da preservação das capacidades cognitivas e a estimulação das áreas em maior

défice; e a melhoria na qualidade de vida e bem-estar dos pacientes, diminuindo a sintomatologia depressiva associada.

O GEC iniciou-se em Março e terminou em Junho (4 meses). A direção do grupo foi assumida pela Dr.^a Catarina Varejão, contudo ficou decidido que a execução das sessões era assumida autonomamente pelas duas estagiárias sendo muitas vezes necessário recorrer aos próprios recursos.

Inicialmente, o grupo foi composto por 8 elementos, contudo mais tarde um elemento abandonou o processo.

O programa era constituído por 10 sessões quinzenais que ocorriam às terças-feiras, das 10h00 às 12h00. As sessões foram planeadas previamente (Anexo 8), contudo foram sofrendo diversas alterações de modo a valorizar as características idiossincráticas dos pacientes e adaptando-as da melhor forma possível às necessidades de cada um. A implementação do grupo ultrapassou em muito a dinamização das sessões, pois a verificação da necessidade de adaptações ocupava bastante tempo, bem como a necessidade de lhes dar soluções, muitas vezes com os nossos próprios recursos.

Cada sessão apresentou alguns objetivos específicos (Anexo 9): (1) sessão de apresentação, definição de objetivos gerais e específicos, definição de regras de funcionamento, abordagem das problemáticas; (2) psicoeducação (Anexo 10), orientação espacial e temporal (Anexo 11), 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. As sessões realizaram-se na Sala de Terapia de Grupo e foi necessário recorrer a técnicas de lápis e papel, de mediação lúdica ou a *software* informático.

Os pacientes encaminhados para este grupo apresentavam défices que se refletiam nas suas atividades de vida diária, sendo comum a necessidade de auxílio nas tarefas (e.g. lembrar do dia das consultas; cozinhar; perder a orientação durante a condução). Assim, considerou-se importante que os cuidadores destes pacientes desempenhassem um papel ativo nesta intervenção. No final da primeira sessão realizada, todos os cuidados ou acompanhantes foram convocados para partilhar a sua perceção relativamente às dificuldades e capacidades de cada paciente. Foi-lhes também pedido um contributo

importante: a tarefa de auxiliar nos trabalhos de casa que seriam pedidos ao longo das sessões.

Inicialmente, este contacto ficou a cargo da orientadora, contudo sem o posterior auxílio da mesma e devido às dificuldades em reunir os mesmos devido à sua limitada disponibilidade de horários, esta ligação foi enfraquecendo, não existindo assim a possibilidade de obter um feedback por parte dos mesmos.

Para a avaliação da eficácia desta intervenção utilizou-se a Avaliação Cognitiva de Addenbrooke (Mioshi, Dawson, Mitchell, Arnold & Hodges, 2006; versão experimental portuguesa, Firmino, Simões, Pinho, Cerejeira & Martins, 2008), Escala de Depressão Geriátrica (Yesavage, Rose, Lum, Huang, Adey & Leirer, 1983; versão portuguesa, Veríssimo, 1988) e World Health Organization Quality of Life – Old (Power, Quinn, Schmidt & The WHOQOL-OLD Group, 2005; versão portuguesa, Vilar & Simões, 2009). Estes foram aplicados antes da iniciação do grupo, contudo não foi possível realizar uma reavaliação uma vez que não foi possível conciliar as consultas com o horário de estágio, com vista a uma avaliação quantitativa da eficácia e posterior elaboração de um relatório individual, para anexar ao processo clínico, com a descrição da evolução obtida por cada elemento. Até ao momento não tivemos acesso a esses dados.

Apesar de não existir uma quantificação da eficácia da intervenção foi notória a evolução da maioria dos elementos. Numa análise qualitativa, verificaram-se alterações significativamente positivas ao nível da qualidade de vida e bem-estar e nos processos cognitivos mais deficitários, sobretudo nos pacientes que apresentavam paralelamente sintomas depressivos. O resultado obtido com a intervenção foi bastante positivo, tendo ido de encontro às expectativas iniciais. No entanto, não deixa de ser importante referir que a adesão e envolvência dos pacientes teve um papel determinante, uma vez que permitiu um trabalho em equipa, um ambiente de interajuda e a, conseqüente, criação de laços afetivos.

Perante todas estas evidências resultantes deste grupo pioneiro no serviço, no qual desempenhei um papel impulsionador, não deixo de afirmar a minha satisfação. Apesar de toda a supervisão e material concedido pelo hospital, foi todo um processo que requereu um trabalho autónomo e contínuo ao longo da sua execução. Embora tenha sido um trabalho árduo e rodeado de momentos de alguma insegurança, foi sendo bastante gratificante face à sucessiva envolvência e motivação dos pacientes.

ix. Formações no Local de Estágio

Outras das atividades que foram desenvolvidas no estágio dizem respeito a um conjunto de formações a que nos foi possível comparecer e outras em que foi solicitada a nossa colaboração na sua execução.

Desta forma as estagiárias foram convidadas a assistir a uma formação sobre "*Psicodrama Psicanalítico*", uma ação que se revelou surpreendente e enriquecedora, não apenas por ser uma temática desconhecida até ao momento mas também pela vasta gama de perspetivas e interpretações face ao caso clínico exposto.

Uma outra formação foi alusiva à "*Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos*" que, apesar de já não ser uma temática de todo desconhecida, permitiu um maior conhecimento relativamente à equipa que desenvolve este trabalho e uma maior sensibilização para com a mesma.

Por fim, destaca-se uma ação sobre "*Disforia de Género*" que é um tema que está particularmente em voga e em que existe alguma falta de informação, incompreensão e/ou mesmo confusão de conceitos mesmo por parte dos profissionais de saúde.

Além das formações supracitadas, tive o privilégio de dar uma formação no Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, E.P.E., intitulada "*Gestão de Conflitos*" em parceria com o Dr. Carlos Araújo e a minha colega estagiária, Inês Azevedo. Esta formação foi dirigida a todos os profissionais de saúde envolvidos no serviço de Neonatologia e Pediatria com o intuito de instruir algumas práticas para a gestão de conflitos no ambiente laboral e algumas técnicas de assertividade. Nesta formação foram debatidos diversos tópicos: definição de conflito; os traços de comportamento interpessoal; vantagens e desvantagens; como gerir um conflito; estratégias a utilizar. Após toda a teoria, foram realizados ainda alguns exercícios práticos (*role playing*), que foram essenciais para fazer a articulação entre a teoria e a prática, no qual os formandos tiveram de utilizar estratégias e técnicas que foram abordadas ao longo da formação aplicando-as em situações reais do dia-a-dia.

Conclusão

Esta etapa foi a mais aguardada da minha formação e chegando ao final é altura de fazer um balanço. O estágio foi sem dúvida uma caminhada única e irrepetível, caracterizada por um misto de sentimentos contraditórios e desconcertantes. Desde o inicial período de intensa ansiedade, com medo de falhar, de não ser capaz de superar as adversidades... até o sentimento que se efetivavam aprendizagens graduais, reais e ao ganho de uma quase completa autonomia no desenvolvimento das atividades.

O percurso académico foi marcado pela aquisição de conhecimentos, expectativas quanto à sua aplicação na prática clínica e, conseqüentemente, no meu desempenho profissional futuro. Já durante o período de estágio, a par dos anseios iniciais quanto à capacidade de aplicar as competências adquiridas até à data, surgiram também dúvidas relativas à sua adaptação ao contexto real de trabalho. Por exemplo, tratando-se de um contexto hospitalar, as habituais questões de *setting*, instrumento precioso da intervenção psicológica, não se cumprem na íntegra exigindo alguma flexibilidade e alguma capacidade de improviso.

Senti-me privilegiada por estagiar no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental deste centro hospitalar, não só pela receptividade mas pela diversidade característica deste serviço que me possibilitou obter uma experiência alargada nos vários domínios da atuação do psicólogo. Desde o primeiro contacto, obtive uma boa receptividade de todos os intervenientes, quer dos profissionais de saúde, médicos psiquiatras, psicólogos, enfermeiros até ao pessoal do secretariado e funcionários da instituição. Toda a equipa proporcionou momentos de partilha de conhecimento, experiências de consulta ou de prática clínica, o que foi primordial para o meu enriquecimento enquanto profissional. A tarefa de psicóloga nem sempre foi fácil, existindo momentos de muita ansiedade e de insegurança perante as mais variadas situações, no entanto, contei sempre com o apoio de todos os que me acompanharam neste percurso sem exceção.

Houveram, no entanto, questões que se constituíram com dificuldades concretamente, como referido, a inexistência de um *setting* específico e a existência de um protocolo de avaliação diversificado mas rígido, dificultando por vezes a elaboração de uma avaliação mais específica para situações menos comuns. No meu estudo de caso, contudo, foi-me possibilitada a opção dos instrumentos de avaliação que considerei mais ajustados.

Esta ação permitiu-me assumir uma maior responsabilidade mas também uma afirmação da minha autonomia e das capacidades que fui adquirindo.

Desde o início que foi manifesta o meu interesse pela área da neuropsicologia e perante algumas necessidades que fui verificando, não consegui ficar indiferente. Apesar de evidente dificuldade que significa dar resposta a uma população tão alargada, o serviço apresenta uma capacidade de resposta bastante variada, contudo existia ainda uma lacuna que poderia ser facilmente colmatada pela criação de um novo grupo de intervenção no serviço junto da população da terceira idade. Infelizmente, deparamo-nos cada vez com uma população envelhecida e é importante que exista uma preocupação com esta realidade e um cuidado por parte dos profissionais em oferecer uma resposta adequada à problemática, visando um envelhecimento ativo. Apesar de já existir uma maior consciência da necessidade de auxílio desta população e a existência de centros especializados na área, não seria dispensável a implementação de uma pequena atividade especializada no serviço. E, de facto, uma das experiências mais enriquecedoras de todo este percurso foi a sugestão e aplicação de um programa de estimulação cognitiva delineado por mim. A execução desta proposta foi uma excelente oportunidade que me foi concedida pelo serviço. Para além de ter sido todo um processo autónomo, exigiu um trabalho árduo de pesquisa e de planificação constante de sessões e, claro, uma grande dedicação da minha parte de modo a não dececionar aqueles que participaram no projeto.

Apesar de esta profissão ser particularmente enriquecedora, todo este percurso foi muito rico, tendo-me proporcionado experiências fundamentais. Foi uma etapa essencial para o meu crescimento enquanto profissional, adquirindo competências para a prática clínica; e enquanto ser humano, pelas aprendizagens, lições e exemplos de vida, de superação que não deixam de ser algo de inspirador. Foi ainda reconfortante, sentir que fui capaz de adquirir ferramentas importantes para uma intervenção mas, mais marcante do que isso, foi ver que essas mesmas ferramentas obtiveram sucesso e que alguém foi capaz de superar as adversidades.

Referências Bibliográficas

Achenbach, T. M., Rescorla, L. A., Dias, P., Ramalho, V., Lima, V. S., Machado, B. C., Gonçalves M. (2014). *Manual do Sistema de Avaliação empiricamente Validado (ASEBA) para o Período Pré-Escolar: Um Sistema Integrado de Avaliação com Múltiplos Informadores*. Psiquilíbrios Edições.

APA On Line (2004). Psychology: Promoting Health and Well-Being through High Quality, Cost-Effective Treatment.

APA (2014). *DSM 5. Manual de Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais, 5ª Edição*. Lisboa: Climepsi Editores

Aram, D.M., & Eisele, J.A. (1992). Plasticity and recovery of higher cognitive functions following early brain injury. In I. Rapin, & S. Segalowitz (Eds.), *Handbook of neuropsychology* (pp.73-92). New York: Elsevier Science

Balk, D.E. (2000) Adolescents, grief and loss, in K.J. Doka (ed.) *Living with Grief: Children, Adolescents and Loss*. Washington, DC: Hospice Foundation of America.

Bornstein P. E., Clayton P. J., Halikas J. A., Maurice W. L., & Robins E. (1973). "The Depression of Widowhood after Thirteen Months." *British Journal of Psychiatry*. 122: 561-6

Bowlby, J. (2004). *Apego e perda. Perda: tristeza e depressão* (Valtensir Dutra, Trad.). São Martins Fontes. (Original publicado em 1985).

Bromberg, M. H. P. F. (2000) *A psicoterapia em situações de perdas e luto*. Campinas: Editora Livro Pleno Ltda.

Brown, G. W. & Harris, T. O. (1989). *Life events and illness*. London: Guilford Press.

Bruce, M. L., Kim, K., Leaf, J. P. & Jacobs, S. (1990). Depressive episodes and dysphoria resulting from conjugal bereavement in prospective community sample. *American Journal of Psychiatry* 147, 608-611.

Campos, B. P. & Coimbra, J.L. (1991). Consulta psicológica e exploração do Investimento vocacional. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 7, 11-19.

Chiatone, H. B. C., Sebastiane, R. W. (1991). *Introdução em Psicologia Hospitalar*. Nêmeton: Centro de Estudos e Pesquisas em Psicologia e Saúde. Série: Cadernos de Psicologia Hospitalar.

Cuijpers, P., Van Straten, A., Warmerdam, L., & Smits, N. (2008). Characteristics of effective psychological treatments of depression: A metaregression analysis. *Psychotherapy Research*, 18, 225–236.

David-Ferdon, C., & Kaslow, N. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for child and adolescent depression. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37(1), 62-104.

Domingos, B., & Maluf, M. R. (2003). Experiências de perda e de luto em escolares de 13 a 18 anos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 16(3), 577-589. <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722003000300016>

Falkenstein, M. & Sommer, S. (2006). *Os benefícios do tempo*. In A.C. Ferrari (Ed.). *Viver Mente & Cérebro*. São Paulo: Duetto, 160, pp. 26-31.

Farina, E., Fioravanti, R., Chiavari, L., Imbomone, E., Albernoni, M., Pomati, S., . . . Mariani, C. (2002). Comparing two programs of cognitive training in Alzheimer's disease: a pilot study. *Acta Neurologica Scandinavica*, 105, 365-371.

Fernández-Ballesteros, R. (2011). Positive aging: objective, subjective and combined outcomes. *E-Journal of Applied Psychology*, 7, 22-30.

Fernandes, P. (2000). *A depressão no idoso*. Lisboa: Quarteto Editora

Firmino, H., Simões, M., Pinho, M. S., Cerejeira, J., & Martins, C. (2008). Avaliação Cognitiva de Addenbrooke - Versão Revista. Versão portuguesa. Coimbra: Hospitais da Universidade de Coimbra.

Godoy, S. L. & Noronha, A. P. P. (2005) Instrumentos psicológicos utilizados em seleção de pessoal. *Revista do Departamento de Psicologia - UFF*, 17 (1), 139-159.

Gonçalves, C. (2007). *Estimulação e promoção de memórias autobiográficas específicas como metodologia de diminuição de sintomatologia depressiva em pessoas idosas*. Tese de Mestrado. Braga: Universidade do Minho.

Gonçalves, C. (2012). Programa de estimulação cognitiva em idosos institucionalizados. *Psicologia. pt- O portal dos psicólogos*, 1-18.

Gould, R., Otto, M., Pollack, M., & Yap, Y. (1997). Cognitive behavioral and pharmacological treatment of generalized anxiety disorder: A preliminary meta-analysis. *Behavior Therapy*, 28, 285-305.

Greenwald, B. S.; Kramer-Ginsberg, E. & Krishman, R. (1996). MRI signal hyperintensities in geriatric depression. *American Journal of Psychiatry*, 153(9), 1212-1215.

Hofland, F., Wills, L. & Baltes, B. (1981). Fluid intelligence performance in the elderly: Intraindividual variability and cognitions of assessment. *Journal of Educational Psychology* 73, 573-586.

Jacobson, E. (1964). *Anxiety and tension control: a physiologic approach*. Philadelphia, Lippincott.

Kastenbaum, R. (1986). Death in the world of adolescence. Em C. A. Corr & J. N. McNeil (Orgs.), *Adolescent and death* (pp. 4-15). *New York: Springer*.

Kastenbaum, R. & Ainsenberg, R. (1983). *Psicologia da morte* (A. P. Lessa, Trad). *São Paulo: EDUSP*. (Original publicado em 1976)

Khandelwal, S., Chowdhury, A. K. M., Mendis, N., & Kittirattanapaiboon, P. (2001). Conquering depression: you can get out of the blues. In *Conquering depression: you can get out of the blues* (pp. 46-46).

Kübler-Ross, E. (1969). *On Death and Dying*. *New York, NY: Simon & Schuster*.

Kübler-Ross, E. (2008). *Sobre a morte e o morrer: O que os doentes terminais tem para ensinar aos médicos, enfermeiras, religiosos e aos próprios parentes*. (P. Menezes, Trad.) (9º ed.). São Paulo; Editora WMF Martins Fontes.

Leal, I. P. (2000). *Entrevista Clínica e Psicoterapia de Apoio*. (2ªed) Lisboa: ISPA. ISBN 972-8400-14-4.

LeDoux, J. (1998). *The emotional brain. The mysterious underpinnings of emotional life*. London: Weindenfeld & Nicolson.

LeDoux, J. (2002). *Synaptic self. How our brains became who we are*. New York : Macmillan.

Liden, M., Zubraegel, D., Baer, T., Franke, U., & Schlattmann. (2005). Efficacy of Cognitive Behaviour Therapy in Generalized Anxiety Disorders Results of a Controlled Clinical Trial (Berlin CBT-GAD Study). *Psychotherapy and Psychosomatics*, 74, 36-42.

Lund, D., Diamond, M., Caserta, M. (1985). Identifying elderly with coping difficulties two years after bereavement. *Omega: Journal Death and Dying*, 16:213-24.

Mioshi, E., Dawson, K., Mitchell, J., Arnold, R., & Hodges, J. R. (2006). The Addenbrooke´s Cognitive Examination Revised (ACE-R): A brief cognitive test battery for dementia screening. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21, 1078-1085.

Mitte, K. (2007). Comparando la eficacia de la terapia cognitiva comportamental y la psicofarmacológica en los trastornos de ansiedad generalizada. *Revista Argentina de Clínica Psicológica* ano XVI, 69-74.

Moreira, P., Gonçalves, O., & Beutler, L. (2005). *Métodos de Seleção de Tratamento – o melhor para cada paciente*. Porto: Porto Editora.

Neto, A. C., Gauer, G. C., & Furtado, N. R. (2003). *Psiquiatria para estudantes de medicina*. Porto Alegre: Edipucrs.

Niu, Y. X., Tan, J. P., Guan, J. Q., Zhang, Z. Q., & Wang, L. N. (2010). Cognitive stimulation therapy in the treatment of neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease: a randomized controlled trial. *Clinical rehabilitation*, 24(12), 1102-1111.

Nunes, B. (2008). *Envelhecer com saúde. Guia para melhorar a sua saúde física e psíquica*. LIDEL – edições técnicas, Lda.

Nunes, L. C., & Gióias-Martins, D. F. (2003). O psicólogo hospitalar na visão do paciente hospitalizado: um estudo das representações sociais. *Boletim de Iniciação Científica em Psicologia*, 4(1), 11-24.

Pais-Ribeiro, J. (2005). *Introdução à psicologia da saúde*. Coimbra: Quarteto Editora.

Parkes, C. M. (1998). *Luto: Estudo sobre a perda na vida adulta*. (M. H. F. Bromberg, Trad.). São Paulo: Summus Editorial. (Original publicado em 1996)

Pasquali, L. (2001). *Técnicas de exame psicológico*. São Paulo: Casa do Psicólogo/ CFP.

Pereira, K. M. (2004). *Adolescência, luto e enfrentamento*. Dissertação de mestrado, Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

Pires, A. C. S. T. (2008). *Efeitos dos videojogos nas funções cognitivas da pessoa idosa*. Tese de Mestrado. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, Portugal.

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

Raes, F., Williams, J. M. G., & Hermans, D. (2009). Reducing cognitive vulnerability to depression: A preliminary investigation of Memory Specificity Training (MEST) in inpatients with depressive symptomatology. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 40(1), 24-38.

Rando, T. A. (1993). *Treatment of complicated mourning*. Chicago: Research Press.

- Ribeiro, J.L.P. (1998). *Psicologia e Saúde*. Lisboa.
- Ribeiro, J. L., & Leal, I. (1996). Psicologia clínica da saúde. *Análise Psicológica*, 14 (4), 589-599.
- Ribeiro, J. L. (2007). *Avaliação em Psicologia da Saúde*, instrumentos publicados em português (1ªed.), Lisboa: Quarteto. ISBN: 989-558-087-8.
- Rodrigues, M. (2006). *Efeitos de uma intervenção psicoeducativa nas competências cognitivas e satisfação de vida em idosos*. Cadernos de Estudo da ESE de Paula Frassinetti, 3, 77-84.
- Santos, L. D. F., & Vasconcelos, L. A. (2010). Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children: an interdisciplinary review. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(4), 717-724.
- Sousa, D. R. S. D. (2014). *Análise da Saúde Mental de um Pré-adolescente* (Doctoral dissertation, [sn]).
- Spector, A., Orrell, M., Davies, S. & Woods, B. (2001). Can reality orientation be rehabilitated? Development and piloting of an evidence-based programme of cognition-based therapies for people with dementia. *Neuropsychological Rehabilitation*, 2, 377-397
- Spector, A., Thorgrimsen, L., Woods, B., Royan, L., Davies, S., Butterworth, M. & Orrell, M. (2003). Efficacy of an evidence-based cognitive stimulation therapy programme for people with dementia: Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 183, 248-254.
- Spector, A., Thorgrimsen, L., Woods, R. T., & Orrell, M. (2006). *Making a difference: an evidence-based group programme to offer Cognitive Stimulation therapy (CST) to people with dementia*. Hawker Publications.
- Strobe M. S., Stroebe W. (1993). *The mortality of bereavement*. In: Stroebe MS, Stroebe W, et al. (Eds.), *Handbook of bereavement: theory, research, and intervention*, Cambridge University Press, New York, USA, pp. 175-195.
- Veríssimo, M. T. (1988). *Avaliação Diagnóstica dos síndromes demenciais: Escala de depressão geriátrica*. Porto: Serviço de Neurologia do Hospital S. João do Porto.
- 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.

Yesavage, J. A., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V. O. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research, 17*(1), 37-49.

Wulsin, L. R., Valliant, G. E., & Wells, V. E. (1999). A Systematic Review of the Mortality of Depression. *Psychosomatic Medicine, 61*, 6-17.

Verghese, J., Lipton, R. B., Katz, M. J., Hall, C. B., Derby, C. A., Kuslansky, G., Ambrose, A. F., Sliwinski, M. & Buschke, H. (2003). Leisure activities and the risk of dementia in the elderly. *The New England Journal of Medicine, 348* (25), 2508- 2516.

Anexos

Índice de Anexos

Anexo 1 – Objetivos a desenvolver durante o período de estágio

Anexo 2 – Exemplar de Relatório

Anexo 3 – YSR – Folha de Respostas Caso Clínico B

Anexo 4 – TRF – Folha de Respostas Caso Clínico B

Anexo 5 – RATC – Folha de Respostas Caso Clínico B

Anexo 6 – Protocolo – Relaxamento Imagético

Anexo 7 – Protocolo – Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson

Anexo 8 – Proposta para Aplicação do Programa do Grupo de Estimulação Cognitiva

Anexo 9 – Grupo de Estimulação Cognitiva – Quadro Síntese de Sessões

Anexo 10 – Apresentação *Powerpoint* – Grupo de Estimulação Cognitiva (Sessão 2)

Anexo 11 – Folha de Orientação Temporal e Espacial – Grupo de Estimulação Cognitiva (sessão 2)

ANEXO 1

Objetivos a desenvolver durante o período de estágio

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

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 "*Actividades terapêuticas*" aí desenvolvidas.

No segundo trimestre:

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

No terceiro trimestre:

- Realização de "*Entrevistas Psicológicas*", "*Primeiras Consultas*" e "*Propostas de Intervenção Psicoterapêuticas*". Pretende-se: Adquirir competências de "*Entrevista Clínica*"; Desenvolver aptidões para o "*Estabelecimento de relações terapêuticas*" adequadas; Treinar a "*Aplicação de técnicas de intervenção psicoterapêutica*"; Ao

assumir a formulação e a intervenção dos processos terapêuticos, treinar a "**Elaboração de análises funcionais**" (estudo psicológico de indivíduos e elaboração de psicodiagnóstico); Desenvolver a "**Intervenção Psicológica**"; Elaborar "**Relatórios Psicológicos**" do acompanhamento psicoterapêutico efetuado.

ANEXO 2

Exemplar de Relatório

RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO DO NÍVEL COGNITIVO

Nome do Doente	PMTC	
Data da Avaliação	2015/11/29	Nº do Processo
Data de Nascimento	2000/02/12	XXXXXX
Idade Cronológica	15 Anos 09 Meses 17 Dias	
Encaminhado por:		
Motivo do pedido	Avaliação	X
	Acompanhamento	
	Descrição: Avaliação cognitiva para determinação de Nível	
Provas utilizadas	- Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças-WISC -III	

Colaboração

Na entrevista P. evidenciou alguma insegurança, com necessidade de reforços permanentes para a prossecução da prova. Foram frequentes períodos de aparente alheamento, com dificuldade no envolvimento na tarefa.

Resultados da Avaliação

Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças (WISC-III) – Análise quantitativa:

- Q.I. Verbal= 80 (médio inferior)
- Q.I. Realização= 86 (médio inferior)
- Q.I. Escala Completa= 79 (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	36	80	9	74 – 89	Médio Inferior
Escala de Realização	41	86	18	79 – 97	Médio Inferior

Escala Completa	77	79	8	73 – 90	Inferior
Compreensão Verbal	26	76	6	70 – 86	Inferior
Organização Perceptiva	36	93	32	85 – 103	Médio
Velocidade de Processamento	5	54	0,1	53 – 75	Muito Inferior

Análise qualitativa:

Parte Verbal:

- **Informação:** resultados pouco satisfatórios ao nível de conhecimento geral factual, assimilações de experiências e memória remota;
- **Compreensão:** comprometimento dos processos que apelam ao nível da demonstração de informação prática, avaliação e uso de experiências passadas e conhecimento dos comportamentos convencionais padronizados;
- **Aritmética:** resultados satisfatórios 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:** conhecimento (lexical) de palavras pobre/restrito;
- **Semelhanças:** Ineficácia ao nível do pensamento lógico abstrato: categorias verbais e classificações.

Parte de Realização:

- **Disposição de gravuras:** resultados satisfatórios ao nível da antecipação das consequências, sequenciação temporal e conceção de tempo, e antecipação das relações entre as partes;
- **Composição de objetos:** dificuldades maiores ao nível do benefício do *feedback* sensorio-motor e antecipação das relações entre as partes;
- **Cubos:** desempenho deficitário ao nível da análise do todo a partir de partes componentes e formação de conceitos não-verbais (dificuldades ao nível da percepção

visual e relações espaciais e coordenação visuo-motora); dificuldades ao nível do raciocínio não-verbal;

- **Completamento de gravuras:** resultados satisfatórios 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: Baixa** eficácia ao nível da velocidade psicomotora e capacidade para seguir as instruções.

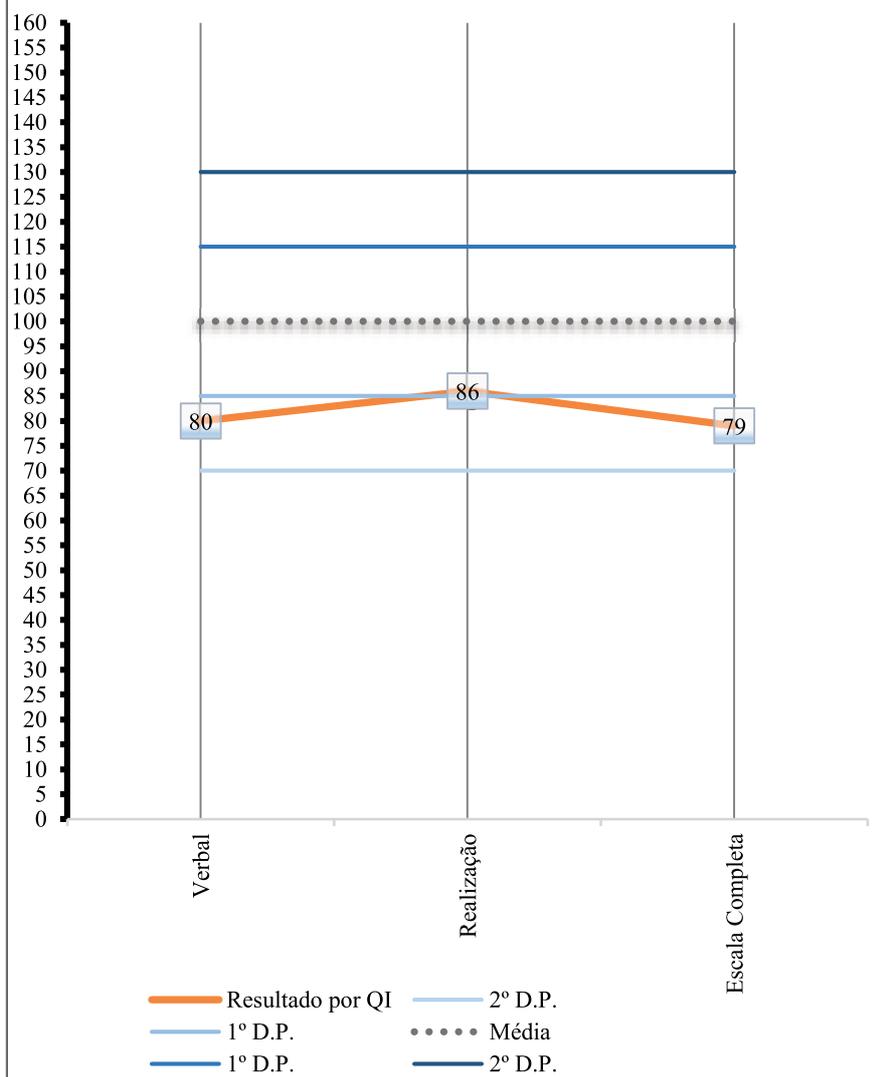
Os resultados da avaliação indicam um nível **cognitivo inferior** para a sua faixa etária, em consonância com eventualmente um funcionamento globalmente desadaptativo da criança ao nível do rendimento escolar. Os resultados supracitados refletem dificuldades acentuadas ao nível do conhecimento verbal e de processo mental necessário para responder às questões da prova, sendo que a capacidade de compreensão, nomeadamente o raciocínio verbal apresenta défices. Realçando-se maiores dificuldades na capacidade para categorizar palavras através do seu significado.

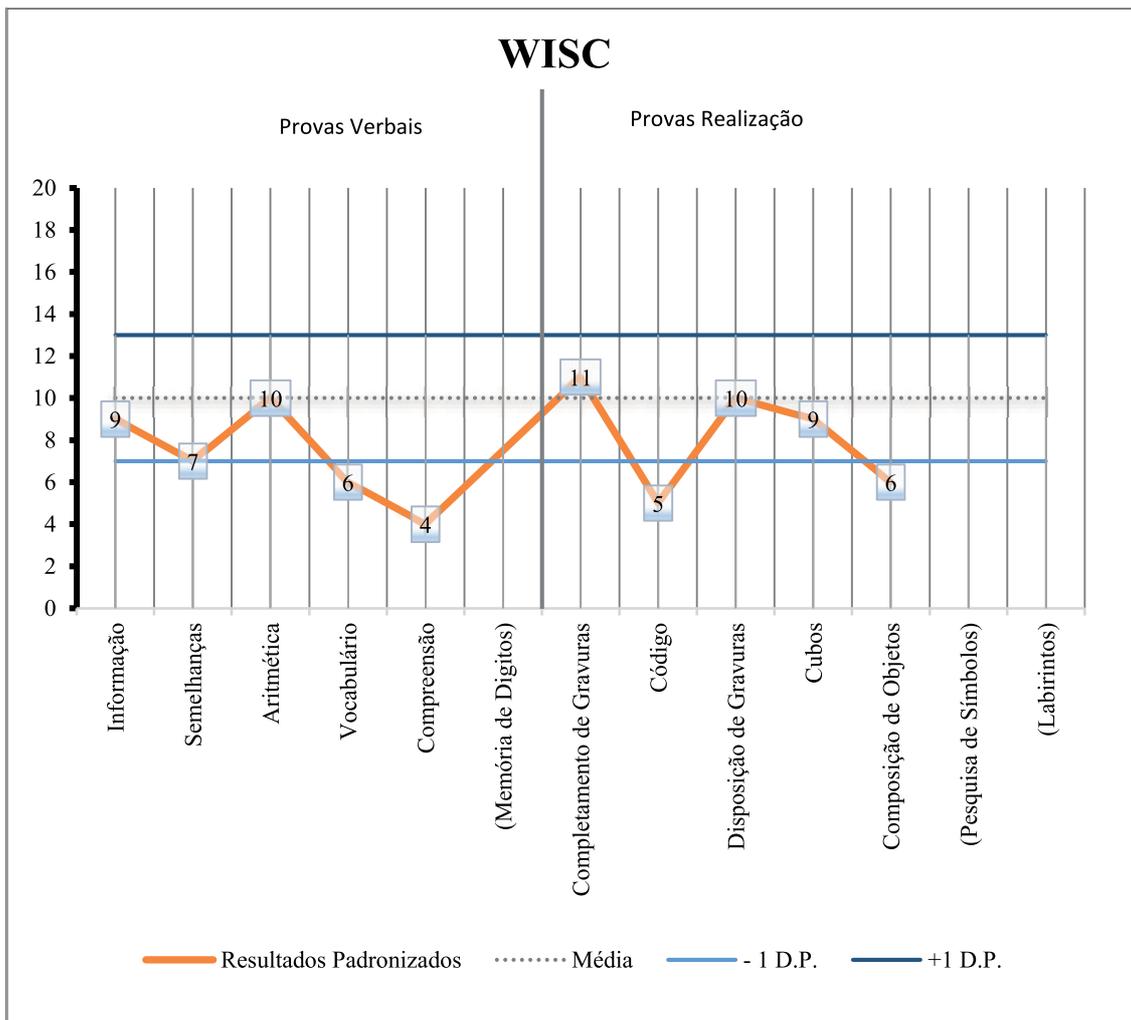
Ao nível da realização, o P. apresenta baixos resultados na velocidade psicomotora, competências visuo-motoras.

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 e baixa estimulação sociocultural.

As variações podem ser observadas através dos seguintes gráficos:

Quociente Intelectual





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.

PROVAS DE REALIZAÇÃO

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 visuomotor.

Composição de Objetos: memória de formas, orientação e estruturação espaciais.

Pesquisa de Símbolos: capacidade de discriminação perceptiva e atenção visual.

Labirintos: capacidade de antecipação e planificação.

Conclusão e Orientação:

Face ao exposto, conclui-se através da evidência dos resultados da prova que o Pedro apresenta um rendimento intelectual médio inferior. O que acarreta uma maior fragilidade no que respeita à aprendizagem escolar. Além disso, verificou-se também que o Pedro apresenta uma baixa motivação para a realização das tarefas, exigindo por diversas vezes, ser orientado para a mesma.

Tendo em conta as características idiossincráticas do P., sugere-se que o presente beneficie de estratégias de intervenção que visem:

- Planear períodos de tempo com uma atividade que o P. realize bem e para a qual esteja motivado;
- Realizar outras atividades para aumentar o nível de atenção e concentração;
- Envolvimento em atividades extracurriculares que o 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;
- Reforçar de forma positiva e sistemática as suas aquisições, e reforçar o seu esforço mesmo quando os seus resultados possam não ser positivos;

- Programa educativo que privilegie a via profissionalizante de acordo com o seu perfil de competências práticas.

Atentamente
aos 29 de Novembro de 2015

ANEXO 3

YSR – Folha de Respostas Caso Clínico B

QUESTIONÁRIO DE AUTO-AVALIAÇÃO PARA JOVENS
YSR (11-18 anos)
(T.M. Achenbach, 1991)

Nome: _____

Data de Nascimento: 9/1/2001 Idade: 10 anos

Sexo: Masculino Feminino Ano de Escolaridade: 10 ano

Profissão do Pai (mesmo que actualmente não trabalhe): engenheiro fiscal

Profissão da Mãe (mesmo que actualmente não trabalhe): _____

Data da Avaliação: ____/____/____

Segue-se uma lista de frases que descrevem características de rapazes e raparigas. Lê cada uma delas e indica até que ponto elas descrevem a maneira como tu és ou tens sido durante os últimos 6 meses:

- Marca uma cruz (X) no 2 se a afirmação é **MUITO VERDADEIRA** ou é **MUITAS VEZES VERDADEIRA**;
- Marca uma cruz (X) no 1 se a afirmação é **ALGUMAS VEZES VERDADEIRA**;
- Marca uma cruz (X) no 0 se a afirmação **NÃO É VERDADEIRA**.

Por favor, responde a todas as afirmações o melhor que passas, mesmo que algumas pareçam não se aplicar exactamente.

SUBLINHA QUALQUER UMA QUE TE PREOCUPE

<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	1	Comporto-me de maneira demasiado infantil para a minha idade
<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	2	Tenho alergia(s) (descreve): _____
0	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3	Discuto muito
<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	4	Tenho asma
0	<input checked="" type="checkbox"/>	2	5	Comporto-me como se fosse do sexo oposto
0	1	<input checked="" type="checkbox"/>	6	Gosto de animais
<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	7	Gaba-me, sou vaidoso(a)
0	1	<input checked="" type="checkbox"/>	8	Tenho dificuldade concentrar-se, não consigo estar muito tempo com atenção
0	1	<input checked="" type="checkbox"/>	9	Não consigo afastar certas ideias do pensamento, obsessões ou ciúmas (descreve): <u>muitas coisas não me dão satisfação</u>
0	<input checked="" type="checkbox"/>	2	10	Tenho dificuldade em ficar sentado sossegado(a) ou quieto(a)
0	<input checked="" type="checkbox"/>	2	11	Sou demasiado dependente dos adultos
0	1	<input checked="" type="checkbox"/>	12	Sinto-me só
0	1	<input checked="" type="checkbox"/>	13	Sinto-me confuso(a) ou como se estivesse num nevoeiro
0	1	<input checked="" type="checkbox"/>	14	Choro muito
0	1	<input checked="" type="checkbox"/>	15	Sou muito honesto(a)
0	<input checked="" type="checkbox"/>	2	16	Sou mau (má) para as outras pessoas
0	1	<input checked="" type="checkbox"/>	17	Sonho acordado(a) muitas vezes
0	1	<input checked="" type="checkbox"/>	18	Tento de propósito ferir-me ou matar-me
0	<input checked="" type="checkbox"/>	2	19	Tento que me dêem muita atenção
0	<input checked="" type="checkbox"/>	2	20	Destruo as minhas próprias coisas
<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	21	Destruo objectos de outras pessoas
<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	22	Desobedeço aos meus pais
<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	23	Sou desobediente na escola
0	<input checked="" type="checkbox"/>	2	24	Não como tão bem como devia
0	<input checked="" type="checkbox"/>	2	25	Não me dou bem com os outros jovens
<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	26	Não me sinto culpado(a) depois de fazer alguma coisa que não devia
0	<input checked="" type="checkbox"/>	2	27	Tenho ciúmas dos outros
0	1	<input checked="" type="checkbox"/>	28	Estou pronto a ajudar as outras pessoas quando necessitam de auxílio
<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	29	Tenho medo de determinados animais, situações ou lugares, sem incluir a escola (descreve): _____
0	<input checked="" type="checkbox"/>	2	30	Tenho medo de ir para a escola
0	1	<input checked="" type="checkbox"/>	31	Tenho medo de pensar ou fazer qualquer coisa de mal
0	<input checked="" type="checkbox"/>	2	32	Sinto que devo ser perfeito(a)
0	1	<input checked="" type="checkbox"/>	33	Sinto que ninguém gosta de mim
0	<input checked="" type="checkbox"/>	2	34	Sinto que os outros tentam apanhar-me em falta: sinto-me perseguido(a)
0	1	<input checked="" type="checkbox"/>	35	Sinto-me sem valor ou inferior aos outros

X	1	2
X	1	2
0	X	2
X	1	2
0	X	2
0	X	2
0	1	X
X	1	2
0	X	2
0	X	2
0	1	X
0	X	2
0	X	2
0	1	X
0	X	2
0	1	X
0	1	X
0	1	X
X	1	2
0	X	2
X	1	2
0	X	2
X	1	2
0	X	2
X	1	2
X	1	2
X	1	2
0	X	2
X	1	2
0	X	2
0	X	2
0	X	2

- 36. Magoa-me muitas vezes em acidentes
- 37. Meto-me em muitas lutas/brigas
- 38. Fazem pouco de mim com frequência
- 39. Ando com rapazes e raparigas que se metem em sarilhos
- 40. Oço sons ou vozes que não existem.
(descreve): ho vejo coisas que não são a voz do mundo, não a
chissas por mim
- 41. Ajo sem pensar
- 42. Gosto mais de estar sozinho(a) do que acompanhado(a)
- 43. Minto ou faço batota
- 44. Roo as unhas
- 45. Sinto-me nervoso(a), muito excitado(a) ou tenso(a)
- 46. Tenho movimentos nervosos ou tiques (descreve): Abanar com a língua
- 47. Tenho pesadelos
- 48. Os outros rapazes e raparigas não gostam de mim
- 49. Sou capaz de fazer coisas melhor que a maior parte dos rapazes e raparigas
- 50. Sou demasiado medroso(a) ou ansioso(a)
- 51. Tenho tonturas
- 52. Sinto-me demasiado culpado(a)
- 53. Como demasiado
- 54. Sinto-me excessivamente cansado(a)
- 55. Tenho peso a mais
- 56. Tenho problemas físicos sem causa médica conhecida:
 - a. Dores (sem ser dores de cabeça)
 - b. Dores de cabeça
 - c. Náuseas, sinto-me enjoado(a)
 - d. Problemas com a vista (descreve): tenho miopia
 - e. Irritações de pele / borbulhas ou outros problemas de pele
 - f. Dores de estômago ou cólicas
 - g. Vômitos
 - h. Outros problemas (descreve): _____
- 57. Agrido fisicamente outras pessoas
- 58. Tiro coisas do nariz, arranco coisas da pele ou de outras partes do corpo
(descreve): _____
- 59. Posso mostrar-me bastante amigável
- 60. Gosto de fazer novas experiências
- 61. Os meus trabalhos escolares são fracos
- 62. Tenho falta de coordenação, sou desajeitado(a) ou desastrado(a)

0	X	2	63	Prefero estar com rapazes e raparigas mais velhos do que eu
0	X	2	64	Prefero estar com rapazes e raparigas mais novos do que eu
0	1	X	65	Recuso-me a falar
X	1	2	66	Repeto várias vezes e com insistência as mesmas acções ou gestos, compulsões (descreve): _____
X	1	2	67	Já fugi de casa
0	X	2	68	Grito muito
0	1	X	69	Sou reservado(a), guardo as coisas para mim mesmo
0	1	X	70	Vejo coisas que não existem, que não estão presentes (descreve): <u>às vezes penso que vejo coisas</u>
0	1	X	71	Estou pouco à vontade ou fico facilmente embaraçado(a)
X	1	2	72	Já provoquei fogos
0	X	2	73	Sou capaz de fazer bem trabalhos manuais
X	1	2	74	Exibo-me ou faço palhaçadas
0	1	X	75	Sou envergonhado(a) ou tímido(a)
X	1	2	76	Durmo menos que a maioria dos rapazes ou raparigas
0	1	X	77	Durmo mais que a maioria dos rapazes ou raparigas, durante o dia e/ou durante a noite (descreve): <u>Gosto de dormir por mais 12 horas</u>
X	1	2	78	Tenho boa imaginação
X	1	2	79	Tenho problemas de linguagem ou dificuldades de articulação das palavras (descreve): _____
X	1	2	80	Luto pelos meus direitos
X	1	2	81	Roubo coisas em casa
X	1	2	82	Roubo coisas em lugares que não são a minha casa
0	1	X	83	Guardo coisas de que não necessito (descreve): <u>às vezes guardo as coisas que não preciso, e muitas vezes não sei onde pôr.</u>
X	1	2	84	Tem comportamentos estranhos (descreve): _____
0	1	X	85	Tenho pensamentos ou ideias que os outros acham estranhas (descreve): <u>saber o meu futuro</u>
0	1	X	86	Sou teimoso(a), mal-humorado(a) ou irritável
0	1	X	87	Tenho mudanças repentinas de disposição ou sentimentos
0	X	2	88	Gosto de estar com outras pessoas
X	1	2	89	Sou desconfiado(a)
0	X	2	90	Uso palavrões ou tenho uma linguagem obscena
0	X	2	91	Penso em matar-me
X	1	2	92	Gosto de fazer rir os outros

<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	93	Falo demasiado
0	<input checked="" type="checkbox"/>	2	94	Arrebo muito os outros
0	<input checked="" type="checkbox"/>	2	95	Tenho um temperamento exaltado
<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	96	Penso demasiado em sexo
<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	97	Ameaço magoar/ferir as pessoas
0	<input checked="" type="checkbox"/>	2	98	Gosto de ajudar os outros
0	1	<input checked="" type="checkbox"/>	99	Preocupo-me demasiado em estar limpo e asseado
0	1	<input checked="" type="checkbox"/>	100	Tenho dificuldades em dormir (descreve): <u>ao acordar cedo pensando</u>
<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	101	Falto às aulas ou à escola
0	1	<input checked="" type="checkbox"/>	102	Não tenho muita energia
0	1	<input checked="" type="checkbox"/>	103	Infeliz, triste ou deprimido(a)
<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	104	Falo mais alto que a maior parte dos rapazes e raparigas
<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	105	Consumo álcool ou drogas (descreve): _____
0	<input checked="" type="checkbox"/>	2	106	Tento ser justo com os outros
<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	107	Gosto de uma boa anedota
0	<input checked="" type="checkbox"/>	2	108	Gosto de viver tranquilamente, sem grandes preocupações
0	<input checked="" type="checkbox"/>	2	109	Procuro ajudar as outras pessoas sempre que posso
0	<input checked="" type="checkbox"/>	2	110	Desejáv ser do sexo oposto
0	1	<input checked="" type="checkbox"/>	111	Evito envolver-me com os outros
0	1	<input checked="" type="checkbox"/>	112	Preocupo-me muito

Por favor, indica qualquer coisa que possa descrever os teus sentimentos, o teu comportamento ou os teus interesses:

Os meus sentimentos são um bocado melancólicos por o meu passado e com a família que não dá para mim, ao longo de quase dezasseis anos, fugir de tudo e começar uma vida nova...

ANEXO 4

TRF – Folha de Respostas Caso Clínico B

QUESTIONÁRIO DO COMPORTAMENTO DA CRIANÇA
Relatório do Professor (TRF)
(T.M. Achenbach, 1991)

Nome do(a) Aluno(a): _____

Data de Nascimento: 9 / 1 / 2001

Idade: 15 anos

Sexo: Masculino Feminino

Ano de Escolaridade: 10^o

Nome do(a) Professor(a): _____

Escola: Centro de Estudos (Advanced training) frequenta a 3 anos Data da Avaliação: 3 / 2 / 2016

1. Há quanto tempo conhece este(a) aluno(a)? 3 anos
2. Acha que o conhece... não muito bem razoavelmente muito bem
3. Quanto tempo por semana é que ele(a) passa na sua aula? 8 horas
4. De que tipo de aula se trata? (p.f. concretize, ano, disciplina) Apoio ao estudo
5. Já alguma vez o(a) aluno(a) mereceu tratamento especial, por exemplo, em termos de escolha de turma, aulas de apoio ou ensino especial? Não
6. Já repetiu algum ano? SIM NÃO Se Sim, qual o motivo? _____
7. Rendimento escolar actual relativamente ao nível da turma (coloque as disciplinas e assinale com uma cruz no espaço respectivo ao nível, por comparação com a turma):

Disciplina	Muito abaixo	Um pouco abaixo	Dentro do nível	Um pouco acima	Bastante acima
<u>Matemática</u>				X	
<u>Scienze</u>				X	
<u>Física-Química</u>			X		
<u>Biologia</u>				X	
<u>Português</u>				X	
<u>Inglês</u>				X	

8. Em comparação com os outros alunos da turma:

	Muitíssimo menos	Um pouco menos	Na média	Um pouco mais	Mais	Muitíssimo mais
Está a trabalhar			X			
Está a comportar-se adequadamente			X			
Está a aprender			X			
É feliz			X			

9. Resultados mais recentes nas provas de avaliação (se disponíveis):

Disciplina	Resultado	Disciplina	Resultado
Matemática	18,9		
Saúde	15		
Biologia	19		
Português	15		
Inglês	13		

10. Este(a) aluno(a) tem alguma doença, problema físico ou mental? SIM NÃO

Por favor descreva: _____

11. O que o(a) preocupa mais neste(a) aluno(a)? É uma aluna tranquila, tem vontade de aprender e sem preocupações aparentes.

12. Por favor, descreva os aspectos mais positivos deste(a) aluno(a)? É uma aluna calma, atenciosa, presta a ajuda em colegas.

13. Por favor, escreva, se assim o desejar, outros comentários referentes a este(a) aluno(a), ao seu comportamento ou ao seu trabalho: É uma aluna apli- cada que se empenha para conseguir atingir os seus objetivos.

Segue uma lista de itens que descrevem o(a) seu aluno(a) agora ou nos últimos dois meses. Coloque, por favor, uma cruz no 2 se a afirmação é muito verdadeira ou frequentemente verdadeira, coloque uma cruz no 1 se a afirmação é algumas vezes verdadeira. Se o item não é verdadeiro, coloque uma cruz no 0.

0 = Não verdadeira (tanto quanto sabe)

1 = Algumas vezes verdadeira

2 = Muito verdadeira ou frequentemente verdadeira

<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	1	Age de uma maneira demasiado infantil para a sua idade
<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	2	Conterola com as lábios fechados ou faz outro barulho esquisito na aula
<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	3	Discute muito
<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	4	Não consegue acabar as coisas que começa
<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	5	Comporta-se como se fosse do sexo oposto
<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	6	Desafiador, refila com os professores e funcionários
<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	7	É fanfarrão ou gabarela
<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	8	Não consegue concentrar-se, não consegue estar atento(a) durante muito tempo
<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	9	Não consegue afastar certas ideias do pensamento, obsessões ou cismos (descreva):
<hr/>				
<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	10	Não é capaz de ficar sentado(a) sossegado(a), é muito activo(a) ou irrequieto(a)
<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	11	Agarra-se aos adultos ou é muito dependente
<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	12	Queixa-se de solidão
<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	13	Fica confuso(a) ou desorientado(a) (parece não saber onde está)
<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	14	Chora muito
<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	15	Tem gestos e movimentos de irrequietude ou desassossego
<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	16	Manifesta crueldade, ameaça ou é mau para os outros
<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	17	Sonha acordado(a) ou perde-se nos seus pensamentos
<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	18	Magoa-se de propósito ou já fez tentativas de suicídio
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2	19	Exige muita atenção
<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	20	Destrói as suas próprias coisas
<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	21	Destrói o que é propriedade dos outros
<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	22	Tem dificuldade em seguir instruções
<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	23	É desobediente na escola
<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	24	Perturba os colegas
<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	25	Não se dá bem com outras crianças
<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	26	Não parece sentir-se culpado(a) depois de se ter comportado mal

<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	27	Tem ciúmes, é invejoso(a)
<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	28	Come ou bebe coisas que não são próprias para comer (descreva): _____
0	<input checked="" type="checkbox"/>	2	29	Tem medo de determinados animais, situações ou lugares, sem incluir a escola (descreva): <u>galinhas</u>
<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	30	Tem medo de ir para a escola
<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	31	Tem medo de pensar ou fazer qualquer coisa de mal
<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	32	Sente que tem que ser perfeito(a)
<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	33	Sente ou queixa-se que ninguém gosta dele(a)
<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	34	Sente que os outros andam atrás dele(a) para o apanharem; sente-se perseguido(a)
<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	35	Sente-se sem valor ou inferior aos outros
<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	36	Magoa-se muito, tem tendência para acidentes
<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	37	Mete-se em muitas lutas/brigas
<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	38	Fazem pouco dele(a) frequentemente
<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	39	Anda com outras crianças/ jovens que se metem em sarilhos
<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	40	Ouve sons ou vozes que não existem (descreva): _____
<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	41	É impulsivo(a) ou age sem pensar
<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	42	Gosta mais de estar sozinho(a) do que acompanhado(a)
<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	43	Mente ou faz botata
0	<input checked="" type="checkbox"/>	2	44	Rói os unhos
<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	45	É nervoso(a), irritável ou tenso(a)
<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	46	Tem movimentos nervosos ou tiques (descreva): _____
<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	47	É demasiado escrupuloso(a) no respeito pelas regras
<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	48	As outras crianças/ jovens não gostam dele(a).
<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	49	Tem dificuldade em aprender
0	<input checked="" type="checkbox"/>	2	50	É demasiado medroso(a) ou ansioso(a)
<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	51	Sente tonturas
<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	52	Sente-se demasiado culpado
<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	53	Fala fora da sua vez
<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	54	Cansa-se demasiado
<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	55	Tem peso a mais
<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	56	Apresenta problemas físicos <u>sem causa médica conhecida</u> :
<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	a	Dores (sem ser dores de cabeça)
<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	b	Dores de cabeça
<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	c	Náuseas, sente enjoos
0	1	<input checked="" type="checkbox"/>	d	Problemas com a vista (descreva): <u>usa óculos</u>

<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	e	Irritações de pele / borbulhas ou outros problemas de pele
<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	f	Dores de estômago ou cólicas
<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	g	Vômitos
0	1	2	h	Outros problemas (descreva): _____
<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	57	Agride fisicamente outras pessoas
<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	58	Tira coisas do nariz, arranca coisas da pele ou de outras partes do corpo (descreva): _____
<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	59	Dorme nas aulas
<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	60	Mostra-se apático(a) ou desmotivado(a)
<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	61	O seu trabalho escolar é fraco
<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	62	Tem fraca coordenação, é desajeitado ou desastrado(a)
0	<input checked="" type="checkbox"/>	2	63	Prefere andar com crianças/jovens mais velhos
<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	64	Prefere andar com crianças/jovens mais novos
<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	65	Recusa-se a falar
<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	66	Repete várias vezes e com insistência as mesmas acções ou gestos, tem compulsões (descreva): _____
<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	67	Quebra a disciplina da aula
<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	68	Grita muito
<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	69	É reservado(a), guarda as coisas para si mesmo
<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	70	Vê coisas que não existem, que não estão presentes
<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	71	Mostra-se embaraçado(a) ou pouco à vontade
<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	72	O seu trabalho é sujo e/ou confuso
<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	73	Comporta-se irresponsavelmente (descreva): _____
<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	74	Gosta de se "exibir" ou de fazer palhaçadas
0	<input checked="" type="checkbox"/>	2	75	É envergonhado(a) ou tímido(a)
<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	76	O seu comportamento é explosivo ou imprevisível
<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	77	Os seus pedidos têm que ser satisfeitos imediatamente, fica facilmente frustrado
<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	78	É desatento(a), distrai-se facilmente
<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	79	Tem problemas de linguagem ou dificuldades de articulação das palavras (descreva): _____
<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	80	Fica de olhar fixo e vazio
0	<input checked="" type="checkbox"/>	2	81	Sente-se magoado(a) quando é criticado(a)
<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	82	Rouba
<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	83	Acumula coisas de que não necessita (descreva): _____
<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	84	Tem comportamentos estranhos (descreva): _____

<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	85	Tem ideias estranhas (descreva) _____
<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	86	É teimoso(a), mal-humorado(a) ou irritável
<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	87	Tem mudanças repentinas de disposição ou sentimentos
<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	88	Anus muito
<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	89	É desconfiado(a)
<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	90	Diz palavrões ou usa linguagem obscena
<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	91	Fala em matar-se
<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	92	Tem fraco aproveitamento, trabalho abaixo das suas capacidades
<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	93	Fala demasiado
<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	94	Anela muito os outros
<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	95	Tem birras, temperamento exaltado
<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	96	Pensa demasiado em sexo
<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	97	Ameaça as pessoas
<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	98	Chega atrasado(a) à escola ou às aulas
<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	99	Preocupa-se demasiado com a limpeza e o asseio
<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	100	Não consegue fazer as tarefas de que é incumbido
<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	101	Falta à escola sem razão (por "viagem")
<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	102	É pouco activo(a), vagaroso(a), tem falta de energia
<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	103	Infeliz, triste ou deprimido(a)
<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	104	É invulgarmente barulhento(a)
<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	105	Consome álcool ou drogas (descreva) _____
<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	106	Preocupa-se demasiado em agradar
<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	107	Não gosta da escola
0	<input checked="" type="checkbox"/>	2	108	Tem receio de cometer erros
<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	109	Choraminga
<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	110	Tem um ar pouco atreído
<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	111	Isola-se, não se mistura nem estabelece relações com os outros
0	<input checked="" type="checkbox"/>	2	112	É preocupado(a)
0	1	2	113	Por favor indique outros problemas do(a) aluno(a) que não tenham ainda sido referidos:

VERIFIQUE, POR FAVOR, SE RESPONDEU A TODAS AS QUESTÕES.
OBRIGADA PELA COLABORAÇÃO

ANEXO 5

RATC – Folha de Respostas Caso Clínico B

Cartão 1: O pai está a contar algo triste para a filha e para a mãe, pode ser uma despedida, por exemplo: trabalho. Sentem tristeza porque alguém vai partir... falam sobre os motivos pelo qual vai partir. No fim o pai vai embora.

Cartão 2: A mãe está a dar um abraço enorme á filha porque alguém partiu ou foi embora, sentem tristeza, e ao mesmo tempo bem por estarem juntas agarradas. Não falam porque o abraço fala por si. Felizes por estar juntas.

Cartão 3: Está desmotivada para acabar os trabalhos. Aconteceu algo menos bom para ela estar assim. Sente cansaço, já não quer saber. Pensa que não precisa daquilo para nada. Por fim, é capaz de terminar os TPCs.

Cartão 4: A amiga dela caiu e magoou-se muito e não sabe como ajudar. Sentiu algo muito forte e não aguentou a dor. Está a sentir-se triste porque não sabe como ajudar. Não consegue dizer nada. Terminam as duas mal.

Cartão 5: Família feliz porque aconteceu algo muito bom com os pais. A menina sente-se triste, não fala porque tem medo que eles resmunguem. No fim, eles bem e a menina vai embora.

Cartão 6: Conversa entre amigas sobre algum acontecimento... algo que viram antes. Sente que ninguém a está a ouvir, está falar por falar. Cada uma para o seu canto.

Cartão 7: Finalmente chegou a casa, depois de um dia longo e cansativo. Sente tristeza, saudade, falta de pessoas, de tudo... Não fala mas pensa que o antes era melhor. Acaba deitada na almofada a chorar.

Cartão 8: Conversa em família. Os pais estão a falar de um acontecimento e agora a comunicar aos filhos. Um acontecimento não muito bom, porque estão tristes. Pode ser uma viagem. Terminam as duas pessoas juntas e os filhos tristes.

Cartão 9: Alguém a gozar com o menino. Um fez mal ao outro, algo que não gostou... sente raiva e tristeza ao mesmo tempo com ele mesmo. Está a deitá-lo a baixo, a dizer coisas que não deve. No fim, um para cada lado, separados.

Cartão 10: Senhora feliz por ter uma criança nos braços. Nasceu um novo membro. A filha agora sente-se sozinha e tem medo. A mãe está a gabar-se do filho que teve e não fala da outra menina. No fim a menina fica sozinha, triste, isolada.

Cartão 11: Menina está com medo. Foi passear e ficou assim. Sente-se triste, abandonada, revoltada. Só chora. No fim volta para casa e finge que nada aconteceu.

Cartão 12: Os pais estão tristes. Houve uma perda. Menina sente tristeza por eles e sente que podia fazer algo mas não fez nada. Estão tão tristes que não conseguem falar. No final os pais vão para o quarto e a menina para o seu.

Cartão 13: Menina revoltada, apetece-lhe partir com tudo. Houve uma discussão com os pais e família. Sente raiva, revolta, tristeza, incompreensão. Ouve alguém a berrar com ela.

Cartão 14: A menina achava que tava a fazer algo de bem. Podia pensar que ia ajudar alguém, mas que afinal de contas só estava a chatear. Sente-se bem por pensar que está a fazer algo correto. A senhora está desapontada, zangada. O pai depois berra com ela.

Cartão 15: O menino quis ir á casa de banho. A rapariga sente-se bem no banho, mas o rapaz está surpreendido. Ela não diz nada porque não sabe que ele lá está. O rapaz acaba por fechar a porta sem ela reparar.

Cartão 16: O pai está a ver as notas da filha. Foi chamado á escola. Sente orgulho, mas não demonstra porque quer que a filha tire melhores resultados. Ela sente-se triste porque o pai não demonstrou que está feliz. O pai diz que esperava mais... No fim o pai guarda as notas e a filha continua a trabalhar.

ANEXO 6

Protocolo – Relaxamento Imagético

Imagine um lugar em que você se sente seguro, tranquilo, um lugar que o deixe feliz. Pode imaginar o som da água corrente e dos pássaros, que está deitado numa praia paradisíaca, onde pode ver o mar, a areia e ouvir as ondas bater nas rochas, “cheirar” o sal e sentir calor e uma brisa suave no seu corpo.

Então, pense num local onde se sinta bem, imagine esse local e apele a todos os órgãos dos sentidos do seu corpo. Tente sentir estímulos externos, como o vento, o calor, o cheiro das flores ou da brisa do mar.

Construa gradualmente esse local e imagine-se nele, aos poucos irá sentir um estado de relaxamento profundo. Relaxe. Sinta-se bem.

Finalização

Neste momento volte a “respirar na barriga”, retome a simplicidade da sua repetição da respiração. Vamos tentar fazer isso em silêncio, durante alguns minutos.

(REPITA A RESPIRAÇÃO DURANTE 4 MINUTOS)

APÓS 4 MINUTOS

Agora sinta, conheça todo o seu corpo aqui sentado em sintonia, a sua forma, o seu peso, o seu movimento ... deixe-se relaxar.

Você pode desejar estar bem, sentir-se bem. Quem sabe talvez estar contente. Ou talvez livre do stresse e da ansiedade. Talvez tranquilo, calmo e sereno.

E agora você mesmo pode considerar a possibilidade de encontrar paz e bem-estar. Mantenha-se tão relaxado quanto possível.

Deve sentir o seu corpo totalmente relaxado, a sua respiração leve e a mente livre, aprecie o seu estado de relaxamento. Quando se sentir capaz, e deve fazê-lo lentamente, abra os olhos e continue a sentir-se relaxado, sacuda um pouco os músculos.

Recorde-se como é bom estar relaxado. Pode praticar este exercício todos os dias de modo a conseguir relaxar cada vez melhor.

ANEXO 7

Protocolo – 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.”

1. Mão e braço dominante:

“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)

2. Bíceps dominante:

“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)

3. Mão e braço não dominante

(O mesmo que para o lado dominante)

4. Bíceps não dominante

(O mesmo que para o lado dominante)

5. Testa

“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)

6. Parte média da cara e do nariz

“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 flúem para essa área. (manter durante 30-40 segundos).

7. Parte inferior da cara e queixo

“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)

8. Pescoço e garganta

“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 descontraíndo. 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.”

9. Peito, ombros e parte superior das costas

“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)

10. Abdómen

“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.”

11. Coxa dominante

“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)

12. Barriga da perna dominante

“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)

13. Pé dominante

“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 encarcola 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)

14. Coxa não dominante

(O mesmo que para a coxa dominante)

15. Barriga da perna não dominante

(O mesmo que para a barriga da perna dominante)

16. Pé não dominante

(O mesmo que para o pé dominante).

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 directamente e diga-lhe: “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 descontraír 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

Proposta para Aplicação do Programa do Grupo de Estimulação Cognitiva

INTRODUÇÃO

A deterioração ligeira de funções cognitivas é, desde há muito tempo, aceite como uma parte normal do envelhecimento. No entanto, recentemente tem sido reconhecido que algumas pessoas experienciam um nível de comprometimento cognitivo maior do que aquele geralmente provocado pelo envelhecimento, mas sem sinais de demência associados. Esta situação é denominada por Défice Cognitivo Ligeiro (DCL).

A literatura tem demonstrado uma relação entre o fraco desempenho cognitivo e a sintomatologia depressiva (Green et al., 2003; Júnior, Silva & Bastos, 2009; Lasca, 2003; Stella et al., 2002; Vaz, 2009; Wilson et al., 2004). Para Lindeboom (2004), citado por Nunes (2008) as alterações cognitivas mais afetadas nos idosos são a atenção, memória, capacidade perceptiva e espacial, funções executivas e a velocidade de processamento. Ao nível afetivo a depressão é muito frequente no idoso e, por sua vez, compromete bastante a sua qualidade de vida (Greenwald et al., 1996; Fernandes, 2000), sendo caracterizada no idoso pelas queixas somáticas, a baixa auto estima, os sentimentos de inutilidade, o humor disfórico, as alterações do sono e do apetite, a ideação paranoide e os pensamentos suicidas.

Várias investigações têm levado à conclusão que a Estimulação Cognitiva (EC) tem consequências positivas no desempenho cognitivo dos idosos (Hofland, Willis, & Baltes, 1981; Rodrigues, 2006; Falkenstein & Sommer, 2006) e são um fator de prevenção contra a deterioração cognitiva (Fernandéz-Ballesteros, 2011).

Os Programas de Estimulação Cognitiva (PEC) têm demonstrado um resultado positivo na manutenção e na melhoria dos processos cognitivos (Verghese et al., 2003; Pires, 2008; Spector et al., 2006), na diminuição dos sintomas depressivos em idosos (Gonçalves, 2007; Spector et al., 2003; Spector et al., 2001; Raes, Williams & Hermans, 2009; Niu et al., 2010), e melhorias na qualidade de vida e habilidades funcionais (Farina e outros autores, 2002).

O elevado número de população idosa tem vindo a contribuir para um maior interesse nesta problemática. Envelhecimento não é sinónimo de deterioração mental, no entanto, com o aumento da esperança média de vida, as demências estão a tornar-se uma das patologias mais prevalentes. É consensual na literatura de que existe uma maior propensão dos pacientes diagnosticados com Défice Cognitivo Ligeiro progredirem para

doença de Alzheimer. Assim, sendo a plasticidade cerebral uma capacidade de adaptação funcional que o cérebro apresenta para desempenhar uma mesma função utilizando outras funcionais (Aram & Eisele, 1992), pretende-se que exista uma estimulação cognitiva para fazer face às alterações causadas pelos défices.

OBJETIVOS

O presente Programa para a Estimulação Cognitiva será relevante para dar uma resposta às situações que têm vindo a surgir no âmbito da Consulta de mais de 60 anos, em que o objetivo geralmente se encontra destinado a uma avaliação cognitiva inicial do doente, para despiste de eventuais défices com expressão patológica.

O Grupo de Estimulação Cognitiva terá por base um programa estruturado e adaptado às limitações e potencialidades de cada pessoa, direcionado para pacientes com diagnóstico de Depressão e eventuais quadros demenciais em instalação, que apresentem a condição de declínio cognitivo ligeiro.

Este programa é precedido de uma avaliação neuropsicológica, baseada numa bateria de testes psicométricos que determinam, de forma qualitativa e quantitativa, os défices de várias áreas de funcionamento cognitivo (memórias, raciocínio, atenção, orientação, afasias, capacidade visuo-espacial, etc). Nesta avaliação neuropsicológica são também avaliadas as alterações emocionais e limitação nas atividades diárias.

METODOLOGIA

Critérios

- Critérios de Inclusão:

Indivíduos com 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.

- Critérios de Exclusão:

Indivíduos com um nível avançado de demência, doença mental ou física grave, incapacidade ou elevada dependência.

Instrumentos

- Avaliação Cognitiva de Addenbrooke;
- Escala Geriátrica de Depressão;
- WHOQOL – OLD.

Estrutura

O grupo será constituído por 10 elementos.

Serão realizadas 10 sessões quinzenais com uma duração de 60 a 120 minutos.

Materiais

O programa decorrerá numa sala ampla, equipada e confortável. Recorrem-se a técnicas de lápis e papel, de mediação lúdica (jogos) e a *software* informático.

Monitorização

- Registo de presenças (exclusão de membros após 2 ausências sem aviso prévio);
- Nível de comunicação;
- Envolvimento de cada membro para permitir ajustes nas sessões precedentes;
- Envolvimento de cada membro no grupo;
- Aquisição de competências.

Calendarização

Início: Fevereiro de 2013

Local: DPSM, Sala de Terapia de Grupo.

Responsáveis pelo programa

O programa será dirigido por três técnicos responsáveis pelas atividades a desempenhar no grupo de Estimulação Cognitiva, uma Psicóloga Clínica, Dr^a Catarina Pinto e duas Estagiárias de Psicologia, Flávia Ferreira e Inês Azevedo.

Operacionalização das Sessões:

0. Reunião com todos os elementos para esclarecimento das metas, horários e compatibilidades.
1. Sessão de boas-vindas.
 - a. Dinâmica de apresentação "Quem sou eu? Quem és tu?". Será pedido ao grupo para se juntarem aos pares e, em 15 minutos, conhecerem alguns aspetos do colega, memorizando o maior número de detalhes. O objetivo desta atividade passa pela promoção do conhecimento recíproco dos elementos do grupo. Serão feitas as apresentações com base nos tópicos: nome, idade, data de nascimento, ocupações, família (estado civil, filhos, netos, amigos), relações, atividades de lazer, dificuldades na vida cotidiana, etc). Posteriormente, solicita-se aos vários elementos que se coloquem em círculo para possibilitar uma maior capacidade de visualização por parte de todos os elementos. E é pedido que o próprio complete os aspetos sobre si que considere que estão em falta.
 - b. Definição dos objetivos gerais e específicos. Promover a saúde mental e prevenir o declínio cognitivo que pode estar associado à idade. Manutenção das funções preservadas e atividades para fazer face às maiores dificuldades sentidas por cada indivíduo, aumentando a autonomia e, conseqüentemente, o bem-estar. Prevenir o declínio cognitivo e assim, retardar um, eventual, processo demencial.
 - c. Definição de regras de funcionamento. As regras de funcionamento do grupo devem ser clarificadas de forma a esclarecer com o grupo o comportamento que é esperado deste. As regras principais são: - Participação ativa e respeito pelo horário estabelecido; - Confidencialidade, criando um ambiente seguro e de confiança; - Falar um de cada vez (emitindo um sinal indicador de vontade de participar); - Envolver-se e encorajar o envolvimento; - Procurar manter-se focado no tema da sessão (não estar distraído ou distrair os colegas).

- d. Introdução das problemáticas apresentadas por cada indivíduo. Antes desta sessão já terão sido aplicadas algumas escalas para perceber, ao nível individual, os domínios em que se apresentam as maiores dificuldades de cada elemento do grupo. Estas escalas permitirão que sejam feitos ajustes nos exercícios práticos ao longo das sessões, mas também permitir aos elementos uma introspeção das dificuldades. Assim, nesta sessão, será feita uma apresentação individual das problemáticas e dificuldades sentidas no dia-a-dia.
- e. Tarefa: Pedir a cada elemento para, individualmente, escreva o dia da semana, dia, mês, ano, estação do ano e estado do tempo, hora, nome e morada do local onde está a decorrer o PEC (Programa de Estimulação Cognitiva).
- f. TPC: Trazer na próxima sessão uma fotografia.
- g. Finalização da Sessão: Resumir e obter o feedback sobre a atividade desenvolvida, recapitular a hora, data e local, e fazer uma breve alusão ao tema da sessão seguinte.

2. Sessão Temática

- a. Breve reapresentação. Refazer as apresentações dos elementos, de modo a promover as interações do grupo.
- b. "Jogo da Teia do Envolvimento". O objetivo desta dinâmica é criar uma ligação entre os elementos do grupo. Para isso cada elemento irá manter o fio de lã no seu dedo indicador e dizer algo sobre si, algo que considere revelante, depois irá atirar o rolo de lã a um colega que, irá enrolar o fio no seu dedo, e fazer igualmente uma pequena descrição sobre si, e assim sucessivamente. A dinâmica deverá prosseguir até que o último elemento fale.
- c. Psicoeducação "*Da Idade Adulta ao Envelhecimento (Funcionamento Cognitivo Normal e Patológico)*". Visualização de uma breve apresentação *powerpoint* das características do envelhecimento, normal e patológico, doenças associadas (diagnóstico e prognóstico), limitações, mecanismo da plasticidade cerebral e importância da estimulação cognitiva, estratégias de adaptação e recomendações para fazer face às problemáticas.

- d. Tarefa: Criar uma rotina de orientação espacial e temporal, pedindo a cada elemento para, individualmente, escrever o dia da semana, dia, mês, ano, estação do ano e estado do tempo, nome e morada do local onde está a decorrer o PEC (Programa de Estimulação Cognitiva). Destreza manual e Criatividade: o objetivo desta tarefa é estimular a criatividade e a destreza manual para elaborar um póster de identificação com o nome e fotografia (ou desenho), principais dificuldades sentidas por cada indivíduo. Estes pósters ficarão no Hospital e serão utilizados ao longo das sessões.
- e. TPC: Leitura e atualização de notícias através dos meios de comunicação social (TV, rádio, conversa de café).
- f. Finalização da Sessão: Resumir e obter o feedback sobre a actividade desenvolvida, recapitular a hora, data e local, e fazer uma breve alusão ao tema da sessão seguinte.

3. Sessão Temática

- a. Tarefa: Criar uma rotina de orientação espacial e temporal, pedindo a cada elemento para, individualmente, escrever o dia da semana, dia, mês, ano, estação do ano e estado do tempo, nome e morada do local onde está a decorrer o PEC (Programa de Estimulação Cognitiva).
- b. Breve abordagem das ocupações de cada elemento: Pretende-se perceber quais são as rotinas de cada indivíduo, as atividades que realiza e para as quais se encontra motivado. Introdução de atividades básicas diárias para uma vida ativa e prazerosa. Entraves sentidos.
- c. TPC: Criar uma rotina com atividades possíveis e que sejam do agrado de cada um.
- d. Finalização da Sessão: Resumir e obter o feedback sobre a atividade desenvolvida, recapitular a hora, data e local, e fazer uma breve alusão ao tema da sessão seguinte.

4. Atividades de Vida Diária e Nomeação

- a. Tarefa: Criar uma rotina de orientação espacial e temporal, pedindo a cada elemento para, individualmente, escrever o dia da semana, dia, mês, ano, estação do ano e estado do tempo, nome e morada do local onde está a decorrer o PEC (Programa de Estimulação Cognitiva). *Questionário de*

Atividades de Vida Diária”: Aplicação de um questionário relativamente às atividades de vida diária.

- b. Tarefa: Debate das dificuldade e/ou limitações sentidas na vida diária, e relativamente ao autocuidado. Dificuldades sentidas no dia-a-dia: Debate das principais dificuldades que cada individuo sente perante as atividades que realiza na vida quotidiana.
- c. Tarefa: Estratégias de Compensação: Debate das dificuldades de cada indivíduo e estratégias compensatórias simples. e.g., Dificuldades de lembrar as tarefas a fazer – poderá ser aplicado o uso de um bloco de notas/agenda para facilitar alguma organização e fazer face à dificuldade; Dificuldade na toma de medicação – criar uma rotina, toma de comprimidos junto das refeições; Evocar palavras – utilizar a descrição ou utilidade da palavra em questão para permitir às pessoas identificar aquilo que se pretende nomear.
- d. Tarefa: Apresentação de imagens de materiais da vida diária, e.g., utensílios de cozinha, materiais de trabalho, vestuário, etc. Na presença de dificuldades, motivar os indivíduos para o treino das categorias, definições das palavras que têm dificuldade em evocar.
- e. Tarefa: *“Jogo da Mímica – Palavras Proibidas*. Tarefa: Reprodução de gravações de efeitos sonoros, pequenos excertos de vídeos e imagens. O objetivo desta tarefa será questionar os elementos do grupo aquilo que pensaram perante os estímulos e elaborar pequenas frases/história.
- f. TPC: No surgimento de dificuldades de evocação de palavras, pedir para exercitar em casa à medida que usa os diversos objetos. Uma vez não conseguidas, para fazer face à dificuldade, treinar qual a definição e a utilidade. Estudar o alfabeto e, em conjunto com o cuidador, escolher uma letra e uma categoria de palavras e começar a enunciar todas as palavras com as condições definidas (Jogo do ABC).
- g. Finalização da Sessão: Resumir e obter o feedback sobre a atividade desenvolvida, recapitular a hora, data e local, e fazer uma breve alusão ao tema da sessão seguinte.

5. Sessão de Memórias de Infância

- a. Tarefa: Relato de memórias da Infância: Pedir a cada indivíduo para fazer um relato das memórias da sua infância a partir de uma entrevista semi-estruturada. Caso não haja recordação destes factos, como trabalho de casa, pedir a uma pessoa próxima para lhe dar resposta.
 - b. Tarefa: Discussão das maiores dificuldades de índole mnésica. Explicação dos diferentes tipos de memória e acrescentar no poster criado por cada indivíduo. Apresentação das dificuldades mais comuns e estratégias de recordação.
 - c. Tarefa: Resolução de tarefas que têm como objetivo a estimulação da memória. Serão construídos dois grupos e devem ter uma história/notícia para memorizar o máximo de pormenores que conseguirem num período de tempo estabelecido. Quando o tempo terminar, os grupos devem contar as suas histórias, devendo ser promovida a oportunidade de todos participarem. No final devem ser discutidas quais as dificuldades sentidas e estratégias utilizadas na memorização da história. No caso das senhoras, poderá ser também aplicada uma receita para memorizar, em alternativa da história.
 - d. Finalização da Sessão: Resumir e obter o feedback sobre a atividade desenvolvida, recapitular a hora, data e local, e fazer uma breve alusão ao tema da sessão seguinte.
6. Atenção e Velocidade de Processamento
- a. Breve apresentação *powerpoint* relativamente aos processos subjacentes à atenção e memória.
 - b. Tarefa: Exercícios práticos de atenção
 - c. Tarefa: Exercícios práticos de Velocidade de Processamento
 - d. TPC: Praticar exercícios de treino com o seu supervisor/cuidador.
 - e. Finalização da Sessão: Resumir e obter o feedback sobre a actividade desenvolvida, recapitular a hora, data e local, e fazer uma breve alusão ao tema da sessão seguinte.
7. Memória

- a. Breve introdução à memória. Introdução para o funcionamento da memória, diferentes tipos e distinção consoante as dificuldades sentidas por cada elemento do grupo, importância da estimulação.
 - b. Tarefa: Exercícios práticos de treino de memória.
 - c. TPC: Praticar exercícios de treino com o seu supervisor/cuidador.
 - d. Finalização da Sessão: Resumir e obter o feedback sobre a actividade desenvolvida, recapitular a hora, data e local, e fazer uma breve alusão ao tema da sessão seguinte.
8. Treino Cognitivo (Flexibilidade Cognitiva, Funcionamento Executivo, Controlo Inibitório, Planeamento)
- a. Planeamento: Aplicação de exercícios práticos da vida diária. Planeamento do "*Mapa do Mercado*" segundo as instruções, organização de frases relacionadas com a execução de pedidos, tarefas, etc.
 - b. Controlo Inibitório: Estimulação do controlo inibitório a partir de uma tarefa onde cada participante, de cada vez, deverá tentar fazer com que os outros adivinhem qual a tarefa/objeto em causa, respeito a regra: São proibidos sons e gestos, e não poderão ser utilizadas palavras assinaladas.
 - c. Treino de atividades práticas do dia-a-dia: Apresentar imagens de alimentos/objetos (e.g. 1kg de arroz, 1 pacote de manteiga de 250 gr, 1 pacote de 12 rolos de papel higiénico, etc) e solicitar a cada membro do grupo que sugira um preço para esses mesmos alimentos/objetos. Após isso, referir o preço correto de mercado e verificar quem se aproximou mais do valor correto.
 - d. TPC: Praticar exercícios de treino com o seu supervisor/cuidador.
 - e. Finalização da Sessão: Resumir e obter o feedback sobre a atividade desenvolvida, recapitular a hora, data e local, e fazer uma breve alusão ao tema da sessão seguinte.
9. Dinâmica de Emoções
- a. Os elementos do grupo irão caminhar livremente pela sala, sem toca uns nos outros. Quando os terapeutas disserem a palavra de ordem: "Parar!", os indivíduos aguardam as instruções: 1) Formar dois grupos: os que se sentem bons para um lado e os que se sentem maus para o outro. Os participantes

deverão explicar porque escolheram cada lado; 2) Formar dois grupos: os que se sentem para um lado e os que se sentem tristes para outro. Cada participante deverá explicar a sua escolha; 3) formar dois grupos: os que se sentem oprimidos e os que se sentem opressores. Dialogar sobre as escolhas.

- b. Partilha de emoções: Cada elemento do grupo deverá, resumidamente, explicar como se tem sentido nas últimas semanas e os esforços que fará até ao final do grupo.
- c. "Caixa das Emoções": É apresentada uma caixa com papélinhos com frases inspiradoras para cada elemento, o objetivo será cada um fazer uma pequena reflexão sobre ela.
- d. Finalização da Sessão: Resumir e obter o feedback sobre a atividade desenvolvida, recapitular a hora, data e local, e fazer uma breve alusão ao tema da sessão seguinte.

10. Sessão de Encerramento

- a. Resumir e obter feedback sobre as atividades realizadas ao longo das sessões.
- b. Fazer uma breve apreciação do desempenho e evolução de cada elemento do grupo.
- c. Agradecer individualmente a participação.

ANEXO 9

Grupo de Estimulação Cognitiva – Quadro Síntese de Sessões

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
10	Sessão de Encerramento Feedback do Grupo	Resumo das atividades desenvolvidas Apreciação do desempenho e evolução de cada elemento do grupo

ANEXO 10

Apresentação Powerpoint – Grupo de Estimulação Cognitiva (Sessão 2)

FUNCIONAMENTO COGNITIVO & ENVELHECIMENTO

Estimulação Cognitiva

Dr.^a Catarina Varejão
Flávia Ferreira
Inês Azevedo



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?



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.

ENVELHECER O QUE É?



Envelhecimento

Biológico

Social

Psicológico

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.



O QUE É O DÉFICE COGNITIVO?



"Cognição"
corresponde ao
funcionamento
intelectual humano,
incluindo:

- Atenção
- Percepção
- 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 planejar o futuro, em perdas orgânicas, afetivas e sociais, em baixa autoimagem e autoestima e em dificuldade de adaptação à 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.





O QUE VAMOS ESTIMULAR?

Atividades da Vida Diária

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

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 (...)



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





**"We don't stop
playing because
we grow old; we
grow old
because we stop
playing."**

*Nós não paramos de brincar porque envelhecemos;
Nós envelhecemos porque paramos de brincar."
(...)*

ANEXO 11

Folha de Orientação Temporal e Espacial – Grupo de Estimulação Cognitiva (sessão 2)

NOME: _____

IDADE: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____

Que dia é hoje? _____

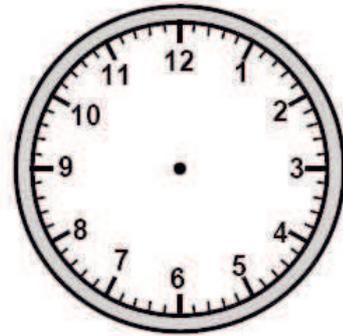
Que dia da semana? _____

Em que mês estamos? _____

Em que ano estamos? _____

Em que estação do ano estamos? _____

Como está o tempo hoje? _____



Que horas são?

Onde estamos?

Em que sessão estamos? _____

O que foi feito na sessão de hoje?

