



Relatório de Estágio

FERNANDA MARIA AGOSTINHO MOEDAS

Parte I

Relatório para a Obtenção do Grau de Mestre em Psicologia da Saúde e
Neuropsicologia

Gandra, setembro de 2018



Fernanda Maria Agostinho Moedas

Código de aluno: 24833

Relatório de estágio

Relatório de estágio curricular integrado no Mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia do Instituto Universitário de Ciências da Saúde

Supervisora: Prof^a. Dra. Maria Emília Areias

Gandra

Ano letivo 2017/2018

Declaração de integridade

Fernanda Maria Agostinho Moedas, estudante do Mestrado de Psicologia da Saúde e Neuropsicologia do Instituto Universitário de Ciências da Saúde, declaro ter atuado com absoluta integridade na elaboração deste Relatório de Estágio.

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

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

Agradecimentos

À minha **família** que sempre me encorajou a perseguir a humildade do conhecimento. À minha **filha Matilde**, ser-humano maravilhoso, pela sua compreensão, tolerância e apoio à utilização de equipamentos tecnológicos.

Pelo seu incentivo em todos os momentos.

À minha **orientadora de estágio**, pelo profissionalismo e rigor. Pela sua bondade e paciência de, apesar de tão solicitada e tão ocupada, estar sempre disposta a ajudar e a orientar. Os seus bons exemplos de terapeuta representarão para mim uma constante referência.

À professora doutora **Maria Emília Areias** pela disponibilidade, experiência, sabedoria e supervisão permanente. O seu apoio foi fundamental nesta e nas próximas etapas.

Aos **docentes** que me acompanharam neste ciclo formativo, tão diverso em especificidade, e em sabedoria, que me permitiram melhorar os meus recursos profissionais e alimentar ainda mais a minha curiosidade científica e profissional.

Às minhas **colegas de mestrado** e, em especial às **colegas de estágio**, provenientes de diversas instituições de ensino superior, prova da dimensão e da dinâmica do local de estágio em questão: **Centro Hospitalar** (CH). Criou-se um clima de empatia e de entajuda indispensável durante o período formativo e nos tempos próximos: **Adriana, Daniela, Diana, Rita, Tânia**.

Às colegas de curso do ano letivo anterior. Em especial à **Ana**, pela sua infinita disponibilidade e paciência. Foi uma grande ajuda para a familiarização com certos procedimentos de avaliação, de registo e de investigação. Foi um prazer colaborar com a Ana em estudos e em publicações referentes às patologias tratadas no CH.

À minha colega de local de estágio: **Diana**, um grande abraço com especial carinho e amizade, pela sua disponibilidade, sensatez, bondade e energia. Em todos os momentos sei que posso contar com a Diana. Conta também comigo, Diana.

Aos **diversos profissionais** do CH, pela disponibilidade para acolher mais esta estagiária e para colaborar nas abordagens multidisciplinares. Desde os

assistentes operacionais, aos administrativos, aos terapeutas (um abraço especial à terapeuta da fala Alzira, do Serviço de Medicina Física e de Reabilitação), psiquiatras, médicos de outras especialidades e, claro, psicólogos. Um agradecimento especial à equipa da Unidade de Psiquiatria Comunitária e Hospital de Dia pelas reuniões a que assisti e, em especial, ao seu coordenador. À diretora de serviço, pela sua disponibilidade.

Aos **utentes** das consultas de Psicologia e das intervenções em grupo, o seu bem-haja pela colaboração em todos os processos e atividades. Desejo a todos o melhor prognóstico!

Aos **amigos** de sempre e **colegas de trabalho**, o meu agradecimento pela colaboração e paciência perante a minha constante falta de disponibilidade.

Sobretudo estou-vos grata pela confiança e encorajamento.

A todos ficarei eternamente **grata**.

Siglas

APA – American Psychologic Association (Associação Americana de Psicologia)

APA – *American Psychiatric Association* (Associação Psiquiátrica Americana)

ARA – Atividades de Reabilitação em Ambulatório

AVC – Acidente vascular cerebral

BSI – *Brief Symptom Inventory* (Inventário de Sintomas Psicopatológicos)

CESPU – Cooperativa de Ensino Superior Politécnico e Universitário, CRL

CH – Centro Hospitalar

CPSM – Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental

DRS-2 – *Dementia Rating Scale* (Escala de Avaliação da Demência)

DSM-5 – *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition* (Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, quinta Edição)

EAAP – Escala de Auto Apreciação Pessoal

ESSS – Escala de Satisfação com o Suporte Social

FSFI – Índice de Funcionamento Sexual Feminino

HADS – Hospital Anxiety and Depression Scale (Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão)

IIEF – Índice Internacional de Função Erétil

IUCS – Instituto Universitário de Ciências da Saúde

IVP – Índice de Velocidade de processamento

MS – Ministério da Saúde

MMPI – *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (Inventário Multifásico de Personalidade de Minnesota)

MoCA – *Montreal Cognitive Assessment*

MOS – SF – Questionário do Estado de Saúde

MPSN – Mestrado de Psicologia da Saúde e Neuropsicologia

OMS-SF-36 – Questionário do Estado de Saúde

OPP – Ordem dos Psicólogos Portugueses

PSQI – *Pittsburgh Sleep Quality Index* (Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh)

RPP - Reabilitação do Pavimento Pélvico

SC – Serviços Clínicos

SF-36 V2 – Questionário de Estado de Saúde, 2ª versão

SMFR – Serviço de Medicina Física e de Reabilitação

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SOD – Síndrome de Obstrução Defecatória

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

STAI – Inventário de Ansiedade Estado-Traço

TAC – Tomografia Axial Computorizada

TCC – Terapia Cognitivo-Comportamental

TMT – *Trail Making Test*

UADI – Unidade de Ação para a Integração e o Desenvolvimento

UP – Universidade do Porto

UPC – Unidade de Produção Clínica

UPCHD – Unidade de Psiquiatria Comunitária e Hospital de Dia

Abreviaturas

Et al. – Entre outros

p. – Página

Índice Geral

Introdução.....	1
Capítulo I.....	2
1. Atribuição do estágio curricular.....	2
1.1 Caraterização do contexto institucional no centro hospitalar.....	2
1.1.1 Caraterização do Serviço de Medicina Física e de Reabilitação.....	5
1.1.2 Caraterização da Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental.....	7
1.2 Papel do psicólogo em contexto hospitalar.....	9
2. Descrição das atividades desenvolvidas.....	11
2.1 Reuniões de supervisão de estágio.....	12
2.2 Período de observação.....	13
2.3 Atividades de avaliação psicológica.....	14
2.4 Consultas psicológicas.....	15
2.5 Consultas de crise.....	16
2.6 Participação na intervenção psicoeducativa junto de grupos.....	17
2.7 Reuniões da Unidade de Psiquiatria Comunitária e Hospital de Dia.....	18
2.8 Reuniões científicas.....	19
2.9 Conceção, preparação e dinamização de outras atividades.....	20
2.10 Participação em atividades e em eventos culturais	21
Capítulo II.....	22
1. Caso Clínico K.....	22
2. Caso Clínico Z.....	35
Reflexão final.....	50
Referências bibliográficas.....	51

Índice de Anexos

Anexo A – Plano de estágio curricular

- A1 – Diagrama de Gantt do estágio
- A2 – Horário de funcionamento da estagiária
- A3 – Plano de atividades da estagiária

Anexo B – Consultas psicológicas

- B1 – Instrumentos de avaliação utilizados em estágio no CH
- B2 – Relatórios de avaliação psicológica e neuropsicológica
- B3 – Levantamento das consultas psicológicas, por serviço

Anexo C – Intervenção psicoeducativa junto de grupo pessoas com perturbação de ansiedade

- C1 – Apresentação sobre o Relaxamento Imagético
- C2 – Folheto informativo sobre o Relaxamento Imagético
- C3 – Apresentação sobre o Treino de Resolução de Problemas
- C4 – Folheto informativo sobre o Treino de Resolução de Problemas
- C5 – Apresentação sobre Saber Dizer Não
- C6 – Folheto informativo sobre Saber Dizer Não
- C7 – Apresentação sobre Higiene do Sono
- C8 – Folheto informativo sobre Higiene do Sono
- C9 – Apresentação sobre *Mindfulness* – Redução do Stress baseado na Atenção Plena
- C10 – Folheto informativo sobre *Mindfulness* – Redução do Stress baseado na Atenção Plena

Anexo D – Intervenção psicoeducativa junto de grupo pessoas em reabilitação cardíaca

- D1 – Apresentação sobre Respiração Diafragmática
- D2 – Folheto informativo sobre Respiração Diafragmática

Anexo E – Intervenção psicoeducativa junto de grupo pessoas com SOD ou em reabilitação do pavimento pélvico

Anexo F – Listagem de apresentações temáticas no âmbito das reuniões da UPCHD e de apresentações científicas da CPSM

Anexo G – Outras atividades realizadas durante o estágio curricular

G1 – Poster: *Prevalência dos Distúrbios Emocionais de Pacientes em Reabilitação do Pavimento Pélvico*. Porto, Jornadas CESPUP – 22 de maio de 2018

G2 – Comunicação Oral: *Fundamentos para a intervenção psicológica na Síndrome de Obstrução Defecatória*: 4º Congresso da Ordem dos Psicólogos Portugueses, Braga – 15 de setembro de 2018

G3 – Apresentação utilizada na Comunicação Oral: *Fundamentos para a intervenção psicológica na Síndrome de Obstrução Defecatória*: 4º Congresso da Ordem dos Psicólogos Portugueses, Braga – 15 de setembro de 2018

G4 – Apresentação utilizada na sessão na Unidade de Ação para a Integração e o Desenvolvimento sobre *Desenvolvimento de Competências e Inserção Profissional*

G5 – Apresentação sobre Depressão

G6 – Folheto sobre Depressão

G7 – Apresentação utilizada na sessão de apresentação de caso clínico a turma da Licenciatura de Psicologia do IUCS

G8 – Atividades e eventos culturais

Anexo H – Caso clínico K

H1 – Ficha clínica sobre Vulvodinia

H2 – Conceptualização cognitivo-comportamental

H3 – Resultados de K nos instrumentos administrados (técnicas de endosso)

H4 – Resultados de K na MINI

H5 – Resultados de K na HADS

H6 – Resultados de K STAY-Y

H7 – Critérios de diagnóstico para Perturbação de Stress Pós-Traumático, segundo o DSM-5

H8 – *Curriculum vitae* de K

Anexo I – Caso clínico Z

I1 – Resultados de Z nos instrumentos administrados (técnicas de endosso)

I2 – 1º Relatório de avaliação Neuropsicológica de Z

I3 – 2º Relatório de avaliação Neuropsicológica de Z

I4 – Relatório de neurologista datado de 5 de junho de 2018

I5 – Exercícios de estimulação cognitiva utilizados com Z

I6 – Critérios de diagnóstico para Perturbação Neurocognitiva Maior, segundo o DSM-5

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Estratégias e Técnicas propostas na Intervenção Psicoterapêutica de K.....	31
Tabela 2 – Estratégias e Técnicas propostas na Intervenção Psicoterapêutica de Z.....	46

Índice de Figuras

Figura 1 – Genograma familiar de K.....	23
Figura 2 – Genograma familiar de Z.....	37

Introdução

O presente relatório refere-se ao estágio curricular de Psicologia no âmbito do segundo ano de Mestrado de Psicologia da Saúde e Neuropsicologia (MPSN) do Instituto Universitário de Ciências da Saúde (IUCS), no ano letivo 2017-2018.

Visa descrever o percurso realizado pela estagiária no Serviço de Medicina Física e de Reabilitação (SMFR) e na Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental (CPSM) da Instituição em questão: Centro Hospitalar (CH), sob a orientação de uma psicóloga clínica e com a supervisão da professora doutora Maria Emília Areias, docente do IUCS, onde a mesma exerce o cargo de coordenadora do Mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia.

Este percurso iniciou-se a 26 de setembro de 2017 e concluiu-se a 31 de julho, tendo durado aproximadamente nove meses. A assiduidade semanal foi, em média, de dois a três dias por semana. No caso relatado, a estagiária teve de conciliar esta atividade formativa com a sua atividade profissional, tendo para isso contado com a compreensão e colaboração da sua orientadora. No estágio, o horário semanal foi cumprido de forma repartida entre as consultas externas do SMFR e da CPSM, as consultas de crise (*life-events*), as reuniões na Unidade de Psiquiatria Comunitária e Hospital de Dia (UPCHD), a intervenção psicoeducativa junto de dois grupos, a participação em reuniões de caráter científico, a dinamização de apresentações junto de diversos interlocutores, a participação em atividades e em eventos culturais, a interação com colegas, com a orientadora e outros profissionais. As reuniões de supervisão de estágio foram realizadas no IUCS, em horário específico para o efeito.

O presente relatório apresenta o trabalho realizado pela estagiária. Para tal, foi estruturado em dois capítulos, seguidos de uma reflexão final. O primeiro capítulo visa contextualizar o estágio, caracterizando a instituição de acolhimento e clarificando o(s) papel(eis) do psicólogo em contexto de saúde. O segundo capítulo enquadra e descreve as atividades realizadas, culminando na apresentação de dois casos clínicos. Por fim, é realizada uma reflexão acerca deste estágio, incidente sobre as experiências e aprendizagens desenvolvidas.

Capítulo I

1. Atribuição do estágio curricular

O estágio curricular relatado neste documento foi-me atribuído assim como aos colegas que viriam para o mesmo CH, ainda no final do ano letivo de 2016/2017, no âmbito da unidade curricular de Investigação Aplicada, da responsabilidade da professora doutora Maria Emília Areias.

O estágio teve início a 26 de setembro de 2017 com uma reunião de acolhimento dos estagiários no CH, em que estiveram presentes a professora doutora Maria Emília Areias, supervisora do IUCS, a psicóloga coordenadora dos psicólogos do CH, os 2 psicólogos clínicos orientadores de estágio e os 3 estagiários de Psicologia do IUCS, sendo que eu e a minha colega realizaríamos estágio nos mesmos serviços, com a mesma orientadora. Na reunião procedeu-se à apresentação dos diversos intervenientes, à clarificação dos papéis dos estagiários, à definição dos respetivos locais e horários de estágio¹. Caracterizaram-se as problemáticas mais frequentes de cada serviço. Identificaram-se algumas regras de circulação, tais como a exigência de fardamento com bata e a necessidade de utilização de cartão de identificação. No final da reunião, cada orientador acompanhou os seus estagiários numa breve visita às instalações do CH, o que incluiu uma passagem pelo Centro de Formação, na secção dos Recursos Humanos, para recolha da vinheta de identificação do período de estágio no CH.

1.1 Caracterização do contexto institucional no centro hospitalar

O CH é considerado como uma referência tanto a nível nacional como internacional, sendo uma unidade hospitalar muito bem diferenciada, é também conhecido por ser um centro hospitalar universitário, envolvendo-se em diversas investigações com várias instituições de ensino superior, em especial com a universidade pública geograficamente mais próxima, fomentando a formação pré

¹ - O horário de funcionamento deste estágio encontra-se disponível no Anexo A2 – Horário de funcionamento da estagiária.

e pós-graduada. Esta e outras informações detalhadas sobre o CH estão disponíveis no sítio da internet correspondente ao portal oficial do CH.

Resultado de um longo processo iniciado nos anos 30 - em nota publicada no *Diário de Notícias* em julho de 1933, António de Oliveira Salazar manifestava a intenção de construir imediatamente nas maiores cidades do país dois hospitais escolares - o edifício principal do CH foi inaugurado a 24 de junho de 1959, pelo chefe de estado, Almirante Américo Tomás. A comissão instaladora do hospital foi presidida por Hernâni Monteiro, anatomista e professor decano da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. O traçado do edifício é de autoria do arquiteto alemão Hermann Distel, especialista em construções hospitalares e autor, entre outros projetos, da Clínica Universitária de Berlim. Idealizado como um hospital escolar, rapidamente se tornou uma referência nacional, quer ao nível do ensino e investigação em medicina, como da assistência hospitalar à população (UP, 2010).

Os serviços de internamento começaram a funcionar no final do ano de 1961, tendo as consultas externas entrado em funcionamento consoante os serviços de internamento. O serviço de urgência foi aberto em outubro de 1964.

Em abril de 2011, ocorreu a fusão com outro hospital próximo, o que conferiu ao hospital o estatuto de Centro Hospitalar, E.P.E. (Ferreira, 2011).

O CH assume como missão prestar os melhores cuidados de saúde, com elevados níveis de competência, excelência e rigor. Em 2015 foi distinguido, pela 8ª vez em 11 avaliações sobre o desempenho dos estabelecimentos de saúde públicos, nas doenças cardíacas, vasculares, digestivas, infecciosas e neurológicas, *ranking* elaborado pela Escola Nacional de Saúde Pública (Paulo, 2015). Apresenta como visão ser "(...) um exemplo na prestação de cuidados de saúde ao nível nacional e internacional, com uma perspetiva de crescimento sustentável, comprometimento, sentido de mudança e diferenciação, ambicionando a criação de valor para todos os seus públicos tornando-se a marca de referência no setor da saúde.", o que é compatível com os valores assumidos: competência, humanismo, paixão, rigor, transparência, união, solidariedade, ambição.

Dados de 2013 referem 5256 trabalhadores ativos no CH, que prestam assistência direta à população de freguesias da cidade, bem como a concelhos adjacentes (de acordo com o portal oficial da internet do CH).

Atua igualmente como centro de referência em 15 áreas, de acordo com a Diretiva nº 2011/24/EU (Parlamento Europeu & Conselho da União Europeia, 2011) para três distritos do norte de Portugal, no contexto das Redes de Referência Hospitalar, ou mesmo para zonas mais alargadas em áreas específicas de ponta, em que atua como referência de excelência. O portal da internet do CH define centro de referência citando o artigo 2º da Portaria 194/2014, como *qualquer serviço, departamento ou unidade de saúde, reconhecido como o expoente mais elevado de competências na prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade em situações clínicas que exigem uma concentração de recursos técnicos e tecnológicos altamente diferenciados, de conhecimento e experiência, devido à baixa prevalência da doença, à complexidade no seu diagnóstico ou tratamento e/ou aos custos elevados da mesma, sendo capaz de conduzir formação pós-graduada e investigação científica nas respetivas áreas médicas* (MS, 2014, 30 de setembro).

O edifício hospitalar mais antigo é constituído por 11 pisos, 2 dos quais são localizados no subsolo. O CH dispõe neste momento de uma lotação oficial de 1105 camas, distribuídas por várias especialidades médicas e cirúrgicas e 45 berços. Dispõe de vários serviços, inúmeras especialidades médicas e cirúrgicas. Conta ainda com 34 salas de bloco operatório, 5 salas no bloco de partos, 233 gabinetes de consulta externa e 146 camas/cadeirões de hospital de dia. Por dia, em média circulam nas suas instalações entre quinze e vinte mil pessoas.

O serviço de urgência do CH é diferenciado em Pediátrico e de Adultos, e de Ginecologia e Obstetrícia. No entanto, em algumas das especialidades os serviços são comuns, como é o caso da Estomatologia, Oftalmologia e Otorrinolaringologia.

A instituição apresenta ainda uma variedade de meios complementares de diagnóstico e terapêutica como suporte à prestação de cuidados.

O CH estrutura-se em níveis intermédios de gestão. As estruturas intermédias de gestão agregam serviços (organizados em unidades funcionais) e unidades orgânicas. Todos os Serviços Clínicos (SC) estão agrupados em 8 Unidades de Produção Clínica (UPC): Cirurgia, Medicina, Urgência e Medicina Intensiva, Mulher, Psiquiatria e Saúde Mental, Centro de Imagiologia, Centro de Medicina Laboratorial e Centro Pediátrico.

Existem áreas de apoio à produção clínica, como é o caso do Centro de Epidemiologia Hospitalar e o Centro de Ambulatório, que engloba, entre outros serviços, as consultas externas e os hospitais de dia. Destacamos ainda as áreas de suporte, onde se enquadra o Centro de Gestão de Informação e o Serviço de Humanização.

As consultas externas de Psicologia, bem como a Psicologia de apoio a internamento decorrem geralmente nos centros ambulatoriais, no âmbito das consultas externas e dos hospitais de dia. No CH trabalham vários profissionais da área da Psicologia, existindo uma psicóloga coordenadora. Recentemente foi criada uma Unidade Autónoma de Gestão (UAG) de Psicologia, resultado de uma recente negociação entre a administração do CH e a Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP) para preparar essa criação, conforme vem noticiado na página da internet daquele órgão colegial.

1.1.1 Caracterização do Serviço de Medicina Física e de Reabilitação

Falar do contexto institucional onde decorreu este estágio exige uma especial menção a um dos locais onde foram realizadas atividade clínicas, neuropsicológicas e de investigação: o Serviço de Medicina Física e Reabilitação (SMFR).

Iniciou a sua atividade com a abertura da Consulta de Fisioterapia em 1961. Mais tarde, na década de 70, passou a denominar-se de Serviço de Medicina Física e de Reabilitação.

O SMFR situa-se no piso 01 do edifício hospitalar mais antigo do CH. A partir de abril de 2006 passou a integrar a UAG dos Meios Auxiliares de Diagnóstico e Terapêutica. No entanto, atualmente integra a Área de Produção Clínica de Medicina.

Tem como missão a produção qualificada de atividades assistenciais (consulta interna, consulta externa, consultas de grupo, e programas de tratamento de reabilitação), de ensino, formação, atualização e investigação científica. Concebe a reabilitação como um processo global e dinâmico orientado para a recuperação física e psicológica da pessoa portadora de incapacidade, tendo em vista a sua reintegração social, associada a um conceito de saúde que incorpora o bem-estar físico, psíquico e social. O SMFR intervém numa

multiplicidade de situações, que vão desde a unidade de cuidados intensivos à reabilitação de situações crónicas decorrentes de acidentes ou doença (como no caso das doenças músculo-esqueléticas e de complicações do coração, exigentes de reabilitação cardíaca), para além das derivadas da gestação e do parto, conforme vem referido no portal oficial da internet do CH.

O SMFR sofreu obras de remodelação na década de 80, inclusive com a construção de um ginásio. Dispõe de 14 camas de internamento desde a criação, há 6 anos, da área de internamento do SMFR do CH, localizada na unidade hospitalar mais recente do CH onde é possível “(...) internar os doentes agudos, o que permite tratamentos mais precoces e intensivos, contribuindo para uma melhor recuperação das pessoas.” Palavras proferidas pelo médico fisiatra, chefe do SMFR, em entrevista ao *Just News* (Santos, 2017). Os tratamentos precoces e intensivos (realizados por exemplo com doentes com AVC) iniciam-se num regime bidiário ou tridiário em apenas 5 ou 6 dias na fase mais aguda, seguindo as indicações das normas internacionais. “(...) O internamento está previsto para 30 dias, encaminhando-se depois os doentes para centros de reabilitação ou para o domicílio, quando têm indicação para realizar o tratamento em ambulatório” (Santos, 2017).

No portal do CH surge identificado um problema concreto relacionado com a localização atual, no edifício hospitalar mais antigo, pela má acessibilidade. Refere ainda que o SMFR vai necessitar de investimentos nos próximos anos sob pena de ficar completamente desatualizado em termos europeus e indica que a modernização das estruturas físicas deverá ser acompanhada da instalação de algumas técnicas de reabilitação consideradas básicas, como reabilitação cognitiva, reabilitação vascular periférica, reabilitação vestibular, para além de uma unidade de reabilitação respiratória para doentes ambulatorios.

O SMFR apresenta, para além do internamento, consulta interna e externa, consultas de grupo e programas de tratamento de reabilitação (Fisioterapia, Hidroterapia, Terapia da Fala, Terapia Ocupacional, Atividades de Vida Diária, Reabilitação Pediátrica, Reabilitação Cardíaca e Recondicionamento do Esforço).

No SMFR as solicitações de intervenção psicológica de aconselhamento e psicoterapia provêm geralmente do/a médico/a fisiatra. Podem também provir de um/a médico/a cardiologista, urologista ou ortopedista.

As solicitações de intervenção psicoeducativa junto de grupos provêm geralmente do/a médico/a fisiatra associado ou à reabilitação do pavilhão pélvico ou à reabilitação cardíaca.

1.1.2 Caracterização da Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental

Outro serviço crucial como contexto institucional para as atividades que foram desenvolvidas ao longo deste estágio é a Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental (CPSM). Neste Serviço foram realizadas atividade clínicas e neuropsicológicas. Destacamos ainda as intervenções de carácter multidisciplinar, em especial as reuniões realizadas no âmbito da Unidade de Psiquiatria Comunitária e Hospital de Dia (UPCHD).

No portal oficial do CH podemos aceder à informação de que a consulta externa do Serviço de Psiquiatria começou em 7 de janeiro de 1963. Atualmente a CPSM fornece assistência à população da cidade e zonas geograficamente adjacentes (cerca de 350.000 habitantes), no campo da psiquiatria e da pedopsiquiatria. A assistência é prestada tanto no contexto hospitalar (internamento de agudos e ambatório), como em ligação com a medicina geral e familiar (consultoria), ou ainda através de um programa comunitário de atenção a uma intervenção em crise (prevenção) e a um acompanhamento do doente psiquiátrico crónico (reabilitação).

Segue o modelo da Psiquiatria de Ligação, tanto do ponto de vista psiquiátrico como psicológico, englobando a Psicologia da saúde, os doentes em tratamento no CH (consulta ou internamento), independentemente da sua área de residência.

A CPSM contempla vários serviços:

Gabinete de Psicologia, que tem como objetivo atenuar o sofrimento causado pela doença e/ou internamento, ajudando o doente a “desapegar” da dor física (processo fisiológico) e a encaminhá-lo na descoberta do significado do sofrimento (resposta mental e emocional à dor), numa mudança de atitude quanto à sua capacidade de o perceber, perceber e suportar. Nos recursos

humanos recebemos a indicação de que existem 26 psicólogos a desempenhar funções profissionais neste CH.

Unidade de Psiquiatria Comunitária – esta unidade tem como objetivo evitar a cronificação ou psiquiatrização de novos casos de natureza reativa, incluindo as situações de crise, catástrofe e *stress* pós-traumático, e de apoio à reabilitação do doente mental grave que permita uma melhor inserção socio-ocupacional.

Unidade de Psiquiatria do Adulto e do Idoso – Atende a população de idade superior a 26 anos a carecer de tratamento agudo em internamento ou em ambulatório programado.

Unidade do Jovem e da Família – Atende, do ponto de vista psiquiátrico a população infantil, adolescente e juvenil (de idade inferior a 26 anos).

Gabinete de Terapia Ocupacional – Tem como objetivo estudar a atividade humana utilizando-a como recurso terapêutico na prevenção, tratamento e reabilitação de disfunções psicossociais que interfiram no desempenho, funcionalidade e autonomia da pessoa com doença mental, suas famílias e comunidade.

Gabinete de Serviço Social – Este presta vários tipos de suporte social com vista à resolução de problemas sociais com especificidades na Saúde Mental.

Unidade de Psiquiatria Forense – Esta oferece avaliação da imputabilidade, interdição, inabilitação e dano pessoal em situações de natureza psiquiátrica e psicológica ligadas com as áreas do direito penal, civil, do trabalho e da família e, articulação com uma experiência clínica integradora e podendo dar resposta a pedidos dos tribunais, do Instituto de Medicina Legal ou das partes e abrange o Gabinete de Psicologia Forense e engloba atividades de perícias médico-forenses em ambulatório ou internamento.

Desde agosto de 2011 na sequência da fusão dos dois hospitais, neste CH, criaram-se, nas instalações do edifício hospitalar mais recente, duas novas unidades residenciais de psiquiatria, uma dedicada a jovens e outra para doentes idosos (Lusa, 2015).

Na CPSM as solicitações de intervenção psicológica de aconselhamento e psicoterapia provêm geralmente do/a médico/a psiquiatra. Podem também provir do médico/a de Medicina Geral e Familiar. As solicitações de intervenção na consulta de crise vêm geralmente de um médico que interveio com o caso em

contexto de urgência (habitualmente de um/a psiquiatra) ou do/a médico/a de Medicina Geral e Familiar. As solicitações de intervenção psicoeducativa junto de grupos podem provir do/a médico/a psiquiatra, de outro/a psicólogo/a do CH ou mesmo decorrer das reuniões da equipa multidisciplinar realizadas no âmbito da UPCHD.

1.2 Papel do psicólogo em contexto hospitalar

Tratando-se de um estágio curricular inserido no Mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia, importa clarificar os papéis do psicólogo da saúde e do neuropsicólogo, em contexto hospitalar.

Matarazzo (autor de destaque na Psicologia da saúde, segundo Lopes & Couto, 1999), na sua obra de 1980, define *health psychology* como sendo um domínio que recorre aos conhecimentos provenientes das diversas áreas da Psicologia (investigação, ensino e contributos dos profissionais), com vista à promoção e proteção da saúde, à prevenção e tratamento da doença, à identificação da etiologia e diagnóstico relacionados com a saúde, com a doença e com disfunções associadas, à análise e melhoria do sistema de cuidados de saúde e ao aperfeiçoamento da política de saúde (Matarazzo, 1980, p. 815). Esta definição surgiu no momento em que, no seio da Associação Americana de Psicologia (APA), se viria a criar a 38ª Divisão: da Psicologia da Saúde (Matarazzo, 1980). Teixeira (2004) considera que são chamados de *psicólogos da saúde* “Os psicólogos que se direccionam para a compreensão da forma como os factores biológicos, comportamentais e sociais influenciam a saúde e a doença” (Teixeira, 2004, p. 441). Esta perspetiva é mais tarde sublinhada por Ogden (2012), através da afirmação de que a Psicologia da saúde encara o indivíduo como um sistema complexo e encara a doença como sendo causada por múltiplos fatores e não apenas por uma única causa. A doença pode ser gerada por uma combinação de fatores psicológicos, biológicos e sociais (Ogden, 2012). Teixeira (2004, p. 441) também destaca que a Psicologia da saúde “Envolve a consideração dos contextos sociais e culturais onde a saúde e as doenças ocorrem, uma vez que as significações e os discursos sobre a saúde e as doenças são diferentes consoante o estatuto socioeconómico, o género e a diversidade cultural.”

Quanto ao enquadramento legal da atividade profissional dos psicólogos no sistema de saúde em Portugal, Ribeiro & Leal (1996), referem-se ao Decreto-Lei que a institucionalizou (Decreto-Lei n.º 241/94 de 22 de setembro), notando que o mesmo intitula estes profissionais de psicólogos clínicos. Analisando as funções que são atribuídas ao psicólogo clínico (através do Artº 2.º), podemos afirmar que o mesmo realiza uma intervenção fundamentalmente no campo da saúde mental, através do acompanhamento psicológico/psicoterapêutico, com o objetivo de restabelecer o bem-estar e equilíbrio emocional. Entre as suas funções, encontram-se a de realizar o diagnóstico clínico, de desenvolver a psicoterapia, de realizar o tratamento das dificuldades e das perturbações psicológicas invalidantes. O psicólogo auxilia então na gestão e na modificação de comportamentos, fomenta estratégias para lidar com emoções e pensamentos disfuncionais, atua no sentido da prevenção de situações de risco e promove a saúde mental.

A Neuropsicologia dedica-se a aprofundar o conhecimento sobre as relações múltiplas entre o funcionamento cognitivo e outros fenómenos da vida mental, os seus correlatos neurobiológicos normais ou anormais, e o comportamento do indivíduo isolado ou em interação, em diferentes contextos e fases do ciclo de vida, recorrendo para isso a uma variedade de métodos e técnicas, quer da Psicologia em geral, quer especificamente da Neuropsicologia e de outras neurociências (Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2018).

O papel de neuropsicólogo é o de um profissional que aplica os princípios da avaliação e intervenção, baseados em estudos científicos do comportamento humano no que se refere ao normal e anormal funcionamento do sistema nervoso central, como se refere na *Division 40 of American Psychological Association* (APA, 1898). O neuropsicólogo desenvolve habitualmente determinadas atividades, tais como avaliação, reabilitação, orientação e trabalho multidisciplinar com a restante equipa.

No portal oficial do CH refere-se que o psicólogo representa um importante papel no meio hospitalar, podendo trabalhar em equipa multidisciplinar. Acrescenta que os conhecimentos e técnicas especializadas, permitem que dê a sua contribuição, ao nível do psicodiagnóstico e do planeamento de intervenções clínicas certificadas. Procura ainda, atenuar o sofrimento causado pela doença e/ou internamento, ajudando o doente a "desapegar" da dor física

(processo fisiológico) e encaminhá-lo na descoberta do significado do sofrimento (resposta mental e emocional à dor). Esclarece que o Gabinete de Psicologia conta com uma equipa de psicólogos, membros da Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP), inseridos nas diversas Unidades da Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental do CH, em colaboração com todas as especialidades do hospital, prestando serviços a diferentes populações clínicas, englobando doentes desde a Neonatologia até à fase terminal (Cuidados Paliativos), em contexto de ambulatório, Hospital de Dia e de internamento, trabalhando em interdisciplinaridade com os outros elementos da equipa técnica de saúde. Ainda no portal oficial do CH surge uma notícia de janeiro de 2017, referindo que um psicólogo deste CH é o novo presidente da delegação regional norte da Ordem dos Psicólogos Portugueses.

Na reunião de acolhimento ao estágio e em encontros subsequentes, a nossa orientadora de estágio enquadrou a sua atividade profissional como algo bastante abrangente: para além das consultas externas de Psicologia realizadas em dois serviços e das consultas de crise (*life events*) referiu a intervenção psicoeducativa de apoio a grupos de pacientes, as reuniões semanais da Unidade de Psiquiatria Comunitária e Hospital de Dia (UPCHD), as reuniões científicas da CPSM. Do ponto de vista da intervenção neuropsicológica destacou a atividade realizada no SMFR.

2. Descrição das atividades desenvolvidas

A consulta do diagrama de Gantt, e do plano de atividades (Anexos A1, A3), permite constatar que o estágio teve uma duração aproximada de 9 meses (com início em 26 de outubro e término em 31 de julho). Algumas atividades pontuais ocorreram fora daquele período, tal como a *Comunicação Oral no 4º Congresso da Ordem dos Psicólogos* (Anexo G5). Como já foi referido, na reunião de acolhimento aos estagiários curriculares do IUCS neste CH, foram abordados entre vários aspetos, quais os locais, os horários e as atividades de estágio. Ficou assim definido o horário que foi de encontro à minha disponibilidade (Anexo A2). Participação, às terças feiras, das 9h às 13h nas consultas externas do SMFR seguidas da intervenção psicoeducativa junto de um grupo de pessoas em reabilitação cardíaca. Às terças feiras, das 14h às 18h,

participação nas consultas externas da CPSM. Às quartas feiras, das 9h às 13h, participação nas reuniões da UPCHD, seguidas das reuniões científicas da CPSM. Às quartas feiras, das 14h às 15.30h, participação na intervenção psicoeducativa junto de um grupo de pessoas com perturbações de ansiedade. Às sextas-feiras de manhã, das 9h às 12.30h, participação quinzenal (alternadamente com a minha colega de estágio) na consulta de crise (*life events*). Todas as semanas, no IUCS, às segundas-feiras, das 14.30h às 17.30h, participação nas reuniões de supervisão no IUCS com a professora doutora Maria Emília Areias.

2.1 Reuniões de supervisão de estágio

A supervisão tem-se vindo a revelar como algo fundamental ao exercício de uma boa prática psicológica. No caso concreto estamos a preparar o próprio início dessa prática psicológica. Vários autores têm defendido que a supervisão clínica é um instrumento essencial para o desenvolvimento de competências terapêuticas em terapia cognitivo-comportamental (TCC). Só dessa forma se poderá garantir que as competências necessárias para que o profissional possa ser reconhecido como psicoterapeuta, entre as quais se destacam: habilidades interpessoais, conhecimento teórico e prático, assim como profissionalismo e ética possam ser convenientemente desenvolvidas e postas em prática (Barletta, Fonseca, & Delabrida, 2012).

Todas as semanas, às segundas-feiras, pude participar, com mais alguns colegas estagiários, no IUCS, nas reuniões de supervisão com a professora doutora Maria Emília Areias, que nos recebeu com dedicação e amabilidade, mas também com exigência e rigor próprios de quem nos deseja preparar para esta atividade profissional de forma segura. Os estagiários relataram o ponto da situação das atividades realizadas e a realizar, apresentaram casos clínicos, colocaram e esclareceram dúvidas sobre modelos de intervenção, metodologias, estratégias e instrumentos de avaliação.

A supervisão incidiu no encorajamento a que nós, enquanto psicólogos/as estagiários/as, nos posicionássemos sempre na melhor perspetiva para assegurar a melhor e a mais eficaz intervenção, quer em termos de *setting*, como de estabelecimento dos objetivos da intervenção, quer no domínio de técnicas

de entrevista. Muitas vezes ouvimos que o paciente poderia já ter contado a sua história a outros interlocutores, mas que isso não invalidaria que não nos apresentasse o seu relato na primeira pessoa, o que contribuiria para o reforço da relação terapêutica - bastante dependente da comunicação entre terapeuta e paciente. O facto de sermos vários/as estagiários/as em contextos institucionais diferentes, permitiu-nos realizar uma partilha de vivências e saberes, com discussão, planeamento e avaliação das atividades. Vivenciámos uma supervisão que se enquadra no que Bordin designou de compartilhada, enquanto espaço de reflexão sobre o trabalho (Bordin, 1983, cit. in Lima, Rebouças & Grave, 2018).

2.2 Período de observação

A observação das atividades de consulta e de outras intervenções (articulações multidisciplinares, intervenções junto de grupos) realizadas, no contexto do estágio, pela psicóloga orientadora, foi uma atividade que decorreu durante todo o período do estágio. No entanto, a quase exclusividade da mesma decorreu até finais de outubro. A observação permitiu-me a familiarização com atitudes, comportamentos, procedimentos, estratégias e instrumentos mais utilizados neste contexto de estágio, no âmbito da consulta psicológica, do acompanhamento psicoterapêutico, da intervenção psicoeducativa junto de grupos e da colaboração em investigações. A observação foi muito importante para ativar a operacionalização das atitudes e competências profissionais adquiridas durante as aulas deste e de anteriores ciclos de formação, para interiorizar normas de funcionamento e facilitar a integração na Instituição. Gostaria de salientar que desta atividade de observação ficou patente a importância do respeito pela ética e deontologia profissional (Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2016), bem como o domínio das competências profissionais de Psicologia, em especial das de comunicação em situações comuns e em situações particulares (Schiavo, 2007; Baile, et al., 2000; Cardoso, 2012). Em todas estas vertentes da atividade de Psicologia em contexto de saúde tive a oportunidade de me confrontar com um modelo ao vivo de deontologia, profissionalismo e competência, junto de pacientes todos eles

especiais, interessantes e necessitados de uma intervenção psicológica efetiva e eficaz.

2.3 Atividades de avaliação psicológica

Podemos definir avaliação psicológica como uma atividade científica e profissional que tem como objetivo recolher, integrar e avaliar dados relativos a um sujeito, com recurso a diferentes fontes, de acordo com um plano previamente estabelecido (Fernández-Ballesteros, et al., 2001).

A avaliação psicológica implica então a familiarização com procedimentos e com instrumentos específicos, diferenciados e a destreza no seu manuseio, mas não se esgota numa implementação ou numa prática. Exige que a escolha das estratégias e dos instrumentos utilizados seja realizada sempre de acordo com um referencial teórico, com o objetivo (clínico, profissional, educacional, forense) e com a finalidade (diagnóstico, indicação de tratamento, investigação ou prevenção). Vários autores (Trinca, 1984; Arzeno, 2003) têm vindo a defender que a avaliação psicológica é um procedimento clínico que envolve um corpo organizado de princípios teóricos, métodos e técnicas de investigação da personalidade de funções cognitivas ou de outros aspetos do funcionamento psicológico. As técnicas incluem a entrevista, as observações clínicas, os testes psicológicos e outros procedimentos, tais como dinâmicas e jogos.

Numa primeira fase do estágio, menos autónoma, o meu envolvimento com as atividades de avaliação consistia mais na familiarização e na administração de instrumentos específicos a grupos de pacientes que iriam integrar ou teriam participado numa intervenção psicoeducativa em grupo. Com esses pacientes eram utilizados protocolos que incluíam, para além de testes psicológicos, a entrevista e a recolha de informação sociodemográfica. Na CPSM, o grupo integrava pacientes com perturbações de ansiedade. No SMFR preparava-se uma intervenção psicoeducativa destinadas a pacientes com síndrome de obstrução defecatória (SOD) ou em reabilitação do pavimento pélvico. Decorria também uma intervenção com um grupo de pacientes em reabilitação cardíaca. Os protocolos de testes utilizados com estes pacientes vêm explicitados respetivamente nos anexos C, D e E.

A avaliação psicológica realizada em contexto de consulta, iniciou-se numa fase mais avançada do estágio, com maior autonomia. Tanto na CPSM como no SFMR, a avaliação ia de acordo ao referencial teórico, tinha em conta o pedido de intervenção/encaminhamento para a consulta de psicologia, objetivos e a finalidade da intervenção. Frequentemente o pedido era realizado por um/a médico/a psiquiatra, com a finalidade de ajuda na elaboração do diagnóstico do paciente, para assim conseguir delinear uma intervenção à medida do caso. Os instrumentos que utilizei conciliavam o que anteriormente foi referido com o repertório do Centro de Recursos do Serviço de Psicologia do CH e do IUCS.

Apresento uma descrição mais detalhada dos principais instrumentos de avaliação utilizados neste estágio no Anexo B1. Os relatórios de avaliação psicológica e psicopedagógica elaborados encontram-se disponíveis no Anexo B2.

2.4 Consultas psicológicas

A realização de consultas psicológicas de forma autónoma teve início no final de novembro na CPSM, por ocasião do surgimento de um paciente cuja problemática subjacente ao encaminhamento se prendia com questões vocacionais. Uma vez que a área de especialidade em que já exerço atividade profissional enquanto psicóloga é a da educação, a orientadora de estágio decidiu atribuir-me o caso. No SMFR, o exercício da consulta psicológica realizada com autonomia iniciou-se apenas em janeiro. Foram várias as consultas a que assisti, assim como aquelas que geri no âmbito de uma intervenção mais autónoma. Em anexo (Anexo B3), apresento um levantamento por serviço das consultas psicológicas em que estive presente (com um total de 92 pacientes), distinguindo aquelas a que assisti (em 66 casos, 42 do género feminino, 23 do género masculino e 1 casal), daquelas em que intervimos de forma mais autónoma (21 casos, 12 do género feminino, 9 do género masculino) ou mesmo, das que se constituíram como casos clínicos que me foram atribuídos (5, sendo 2 do género masculino e 3 do género feminino). No Capítulo II apresento dois casos clínicos que selecionei de entre os vários casos acompanhados, procurando que se tratasse de situações em que a intervenção

tivesse sido mais intencional e sistemática e em que os dados disponíveis para apresentar estivessem mais completos.

Em todas as intervenções tive a preocupação de assegurar o cumprimento dos princípios gerais expressos no código deontológico dos psicólogos portugueses: respeito pela dignidade e direitos da pessoa, competência, responsabilidade, integridade e beneficência e não-maleficência (OPP, 2016).

Independentemente da orientação teórica que lhe está subjacente, a prática terapêutica tem como principal objetivo o alívio de sintomas, o restabelecimento do equilíbrio psicológico, a diminuição ou eliminação de um estado patológico e a melhoria do bem-estar dos indivíduos. Sendo uma intervenção que foca a mudança, consoante o modelo em que nos apoiamos, o mesmo terá uma teoria de base diferente acerca da formação da personalidade, do surgimento da psicopatologia e da forma de intervir (Cordioli & Knapp, 2008).

2.5 Consultas de crise

As consultas de crise (*life events*), decorrem à sexta-feira entre as 9h e as 12.30h, em que cada estagiária colaborou quinzenalmente. Destinam-se a pacientes sem antecedentes psiquiátricos, em que um acontecimento de vida (como a morte de um ente querido ou um divórcio) tenha provocado uma rutura no seu quotidiano. O encaminhamento dos pacientes é feito pelo médico de Medicina Geral e Familiar, pelo serviço de urgência ou por outras instituições.

Os pacientes beneficiam nesta consulta de uma psicoterapia breve e direcionada para a problemática em questão. As consultas de Psicologia são realizadas com o apoio da Psiquiatria. O médico psiquiatra irá decidir acerca da necessidade de uma intervenção farmacológica complementar da psicoterapia. Nalguns casos em que esta intervenção não se mostre eficaz ou suficiente, poderá justificar-se a sua referenciação para a consulta externa, para aí o paciente poder beneficiar de uma intervenção psicoterapêutica mais estruturada.

2.6 Participação na intervenção psicoeducativa junto de grupos

Foi possível acompanhar e realizar intervenção psicoeducativa junto de três grupos de pacientes do CH. Nos Anexos C, D, E, apresento, para cada intervenção psicoeducativa, o enquadramento, a justificação da sua pertinência, os critérios de inclusão e de exclusão de elementos para cada grupo, os objetivos gerais e específicos, os respetivos temas de sessões, os instrumentos de avaliação e os materiais em cuja elaboração participei. Em todas estas intervenções, os pacientes foram avaliados antes e no final das sessões, com o mesmo protocolo de instrumentos, que contribuía tanto para a avaliação do seu impacto como para a avaliação da elegibilidade dos pacientes, de acordo com os critérios pré-estabelecidos.

Uma das intervenções de grupo destinava-se as pessoas em reabilitação cardíaca, em que a maioria das sessões foi dinamizada pela minha orientadora de estágio. Numa sessão interveio uma nutricionista convidada. Duas sessões, subordinadas respetivamente à temática da “Respiração diafragmática” e a “Saber dizer não”, foram dinamizadas por mim, encontrando-se disponíveis nos anexos D1 e C6 os materiais que elaborei e que utilizei para o efeito. Estas sessões decorreram no gabinete de Psicologia do SMFR, todas as terças-feiras das 11.30h às 13h, tendo decorrido duas edições entre 5 de dezembro de 2017 e final de julho de 2018. Outro grupo dirigia-se a pessoas com perturbação de ansiedade. As sessões decorreram na sala de formação da CPSM, entre 3 de janeiro e 11 de julho de 2018, às quartas-feiras das 14h às 15.30h e foram dinamizadas por uma equipa: a psicóloga orientadora de estágio, outra psicóloga do CH e a sua orientanda de estágio, um terapeuta ocupacional, a minha colega de estágio curricular do IUCS, e eu. Encontram-se disponíveis nos Anexos C1 a C10 os materiais que elaborei e que utilizei com este grupo.

No âmbito das reuniões científicas, planeámos também outra intervenção psicoeducativa, para um grupo de pessoas com Síndrome de Obstrução Defecatória (SOD) ou em reabilitação do pavimento pélvico, cujo início está previsto para setembro ou outubro de 2018. Será pouco provável que eu possa participar nas diversas sessões, mas poderei participar na dinamização das sessões que me ficaram atribuídas.

2.7 Reuniões da Unidade de Psiquiatria Comunitária e Hospital de Dia

Semanalmente, às quartas-feiras, a partir das 9.15h e geralmente com a duração de 2 horas, realizavam-se estas reuniões da Unidade de Psiquiatria Comunitária e Hospital de Dia (UPCHD) no pequeno ginásio da CPSM, coordenadas por um médico psiquiatra. A partir de dezembro de 2017, as reuniões da primeira quarta-feira do mês, passaram a realizar-se no polo hospitalar mais recente. De entre os presentes nas reuniões, encontravam-se, para além de vários/as estagiários/as de áreas diferentes (Terapia Ocupacional, Enfermagem, Psicologia) e dos/as médicos/as em internato de Psiquiatria, os elementos de base das cinco equipas multiprofissionais de saúde mental (Equipas de Visita Domiciliária e Tratamento Assertivo na Comunidade). Três delas estão afetas a zonas da cidade e duas afetas a concelhos adjacentes, em colaboração com os hospitais de dia e com os agrupamentos de centros de saúde. Os profissionais envolvidos nas equipas são assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, psicólogos/as, enfermeiros/as e médicos/as psiquiatras. Do que foi referido ficou claro que as equipas desenvolvem um trabalho de proximidade com o doente e famílias, o que exige que por vezes se realizem visitas domiciliárias. Em última instância, pretende-se promover a autodeterminação dos doentes. Uma medida adotada e debatida na reunião, foi a de atribuição de um terapeuta de referência (geralmente um psicólogo ou um terapeuta ocupacional) à maioria dos doentes da UPCHD.

Em cada reunião os temas abordados referiam-se aos pacientes com doença mental grave internados, ou em hospital de dia, ou inseridos num programa de transição para a comunidade (com maior ou menor autonomia, estando envolvidas Unidades Residenciais de Treino de Autonomia e de Apoio Moderado, entidades formadoras, entidade empregadoras, as famílias dos pacientes, entre outras). Alguns pacientes, findo o período de internamento e as atividades de hospital de dia, transitavam para um acompanhamento na Unidade de Ação para a Integração e o Desenvolvimento (UADI), que é uma unidade socio-ocupacional de ambulatório. Os assuntos abordados diferiam de reunião para reunião, mas periodicamente abordava-se a admissão de novos/as doentes no internamento (que durava geralmente 1 mês), os diagnósticos, a medicação prescrita. Por vezes também se relatavam ocorrências de urgências onde

estivessem envolvidos estes pacientes. Abordavam-se as rotinas do hospital de dia, envolvendo a administração de medicação (geralmente medicamento antipsicótico, injetável), as refeições administradas, as Atividades de Reabilitação em Ambulatório (ARA). Foi possível perceber que os doentes, após o internamento, geralmente passavam a frequentar, durante um período de tempo variável, os hospitais de dia. Eram ainda referidas as altas programadas. Qualquer incidente referente aos pacientes era brevemente abordado na perspetiva de caracterizar os comportamentos, as competências, a rede social e familiar dos doentes. Em algumas reuniões abordavam-se as intervenções psicoeducativas dinamizadas com grupos.

Às reuniões estava também associado um programa cultural e um programa formativo. Nas próprias reuniões da UPCHD, eram frequentemente realizadas apresentações temáticas. Após estas reuniões, por vezes, realizavam-se apresentações científicas, no Auditório da CPSM do CH. O anexo F apresenta a listagem de apresentações temáticas no âmbito das reuniões da UPCHD e de apresentações científicas da CPSM.

2.8 Reuniões científicas

Estas reuniões foram sendo realizadas de dezembro até final do estágio no gabinete de Psicologia do SMFR, com periodicidade e horário variável, de acordo com as disponibilidades dos intervenientes. Versavam sobre a preparação de intervenções psicoeducativas, sendo tomadas decisões acerca da sua planificação, tais como dos destinatários, dos instrumentos de avaliação psicológica, dos objetivos, das temáticas, das metodologias e estratégias a utilizar, dos cronogramas e da distribuição de tarefas pelas intervenientes.

Serviram também de base à realização de investigações pelas psicólogas, com o apoio de outros profissionais do CH e da supervisora do IUCS.

Para além da psicóloga orientadora, participavam as duas estagiárias deste ano curricular e estagiárias de anos curriculares anteriores que continuam a colaborar nos estudos. Pontualmente colaboravam nestas reuniões e nas atividades com elas relacionadas, médicos/as fisiatras e médicos psiquiatras. Os estudos envolviam pacientes do SMFR do CH com diversas patologias: cardíaca, síndrome de obstrução defecatória, incontinência urinária, ou outras e

versavam sobre aspetos psicológicos associados aos seus problemas de saúde, sobre questões de prevalência de sintomatologia, de eficácia de intervenções, entre outras questões. Os referidos pacientes eram utentes da consulta externa de Psicologia, usufruindo de intervenção individual e/ou em grupo. Foram ainda preparadas e atualizadas bases de dados no *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) (versão IBM SPSS 24 do Windows) e organizadas pastas para arquivo da documentação em papel. Com base nesses trabalhos, colaborei na elaboração do Poster intitulado: *Prevalência dos Distúrbios Emocionais de Pacientes em Reabilitação do Pavimento Pélvico*, apresentado nas Jornadas da CESPUP (Cooperativa de Ensino Superior Politécnico e Universitário, CRL), em 22 de maio de 2018 na Alfândega do Porto. Colaborei também na redação do artigo e na preparação da apresentação subjacente à Comunicação Oral intitulada: *Fundamentos para a intervenção psicológica na Síndrome de Obstrução Defecatória* que foi apresentado em 15 de setembro de 2018 no 4º Congresso da OPP, em Braga. Os anexos G1, G2 e G3 mostram os materiais elaborados para as duas comunicações referidas.

2.9 Conceção, preparação e dinamização de outras atividades

Surgiu, no âmbito da dinamização de atividades tais como sessões formativas ou intervenções psicoeducativas em grupo ou em consulta psicológica individual, a necessidade de aceder a materiais específicos, que geralmente não se encontram disponíveis no nosso repertório ou em Centros de Recursos. Dessa forma, a alternativa foi a sua criação.

Nas reuniões da UPCHD foi possível conhecer e interagir com a psicóloga do CH, envolvida na dinamização de atividades psicoterapêuticas e psicoeducativa na Unidade de Ação para a Integração e o Desenvolvimento (UADI). A UADI tem como principais objetivos: .) Promover o desenvolvimento de ações que visem a reabilitação psicossocial, profissional e comunitária de pessoas portadoras de doença mental grave; .) Promover o desenvolvimento de ações que visem o apoio às famílias fragilizadas pela doença mental; .) Promover o desenvolvimento de ações que valorizem a desinstitucionalização de pessoas portadoras de doença mental. Ao saber que exerço atividade profissional na área da educação e da orientação de carreira, a referida psicóloga desafiou-me a

preparar e a realizar uma intervenção para um grupo de doentes com esquizofrenia subordinada à temática do *Desenvolvimento de Competências e Inserção Profissional*. No dia 12 de abril de 2018 dinamizei então uma sessão na UADI junto de 6 pacientes. No anexo G4 pode consultar-se a apresentação que elaborei, subordinada à referida temática.

No âmbito da intervenção em consulta psicológica individual criei uma apresentação em *powerpoint* e um folheto sobre Depressão (Anexos G5 e G6).

No decurso das reuniões de supervisão de estágio, a professora doutora Maria Emília Areias endereçou-nos o convite para participarmos numa aula de uma turma da licenciatura de Psicologia do IUCS, para nela dinamizarmos uma sessão de apresentação de um caso clínico. A atividade decorreu em 11 de junho de 2018, Para tal elaborei uma apresentação em *powerpoint* intitulada *Caso Clínico - IUCS*, que pode ser consultada no Anexo G7. A sessão decorreu de forma bastante participada com grande envolvimento da parte dos alunos da licenciatura.

2.12 Participação em atividades e em eventos culturais

Algo que gostei muito de presenciar e de certa forma de vivenciar, foram as atividades e eventos culturais comemorativos de datas e marcos importantes, tanto para a sociedade civil, como na área da saúde mental:

- Encontro Internacional comemorativo do Dia Internacional da Saúde Mental. Tertúlia: *Saúde Mental e Arte*. Museu de Serralves, 10 de outubro;
- Festa de Natal da CPSM, 20 de dezembro de 2017;
- Sardinhada e concurso de martelos de São João, 27 de junho.

Penso que tais eventos promovem o bem-estar psicossocial dos profissionais, utentes e suas famílias. No Anexo G8 disponibilizo um cartaz e uma foto, para consulta.

Capítulo II

1. Caso clínico K

Dados de identificação

K tem 52 anos e é solteira. Tem o 9º ano e trabalha como empregada de limpeza. Vive com a mãe, de 81 anos de idade, divorciada, aposentada, e com o irmão de 39 anos de idade, solteiro, segurança.

Motivo da referência

K foi enviada, em 20 de dezembro de 2017 para a consulta de Psicologia do SMFR pela médica fisiatra por apresentar “Vulvodinia generalizada secundária com hipertonia generalizada”. Pede avaliação e orientação (relaxamento). No anexo H1 encontra-se uma ficha clínica sobre Vulvodinia.

História do problema

O problema na perspectiva da paciente: K queixa-se da Vulvodinia – referindo que tem sempre dores: “Ai Sôtorá é um ardor!”; “Isto nunca passa, nem com roupa, nem sem roupa, nem com o calor nem com o frio”. Receia que a doença a impeça de concretizar o desejo de voltar a ter uma vida conjugal: “Como é que eu posso fazer a minha vida se ninguém me pode tocar?” Sente-se triste, sem sorte e desanimada: “A mim só vêm ter estes azares...” Os sintomas desta doença, a sua principal queixa em termos de saúde, iniciaram-se há 2 anos (2016). K refere que o problema se iniciou logo com sintomatologia intensa de dor e desconforto, que se tem mantido inalterável, reagindo pouco à terapêutica farmacológica ou tópica tentada até à data. Relatou que já foi observada por diversas especialidades médicas, mas que sente receio que a situação esteja a cair no esquecimento dos serviços de saúde por se encontrar a aguardar por fisioterapia ajustada à Vulvodinia quase há um ano. “Se calhar esqueceram-se. Penso que já não me vão chamar. Se eu pudesse começava o tratamento numa clínica”.

Expetativas da cliente em relação ao processo terapêutico: K deseja conhecer as causas e superar a Vulvodinia: “Só queria que eles acertassem e que isto se resolvesse”. Ao iniciar o acompanhamento psicológico expressou

essas expectativas, que foram analisadas em conjunto e reformuladas de forma mais realista. Foi explicado à paciente que a intervenção psicológica poderá ajudar a lidar com os referidos problemas de saúde, mas não poderá dar garantias de cura, tratando-se de uma doença física. Também as causas serão difíceis de clarificar pela natureza da própria problemática de saúde. Contudo, a realização da conceptualização comportamental poderá ajudar a compreender e a intervir nas situações problemáticas com maior eficácia.

Informações psicossociais e história familiar

Os pais de K divorciaram-se há 25 anos (1993) após um longo historial de violência doméstica em que os filhos também foram agredidos fisicamente pelo pai. Desde o divórcio, nenhum elemento deste agregado familiar voltou a contactar o pai. K descreve o pai como uma pessoa violenta, hostil. Sentia que o pai era particularmente hostil consigo. Nem sempre trabalhava. Atualmente K desconhece o seu paradeiro. Descreve a mãe como uma pessoa carinhosa e frágil, com quem manteve sempre uma relação harmoniosa e de entreajuda. Antes da sua aposentação a mãe trabalhava na distribuição de pão.

A figura 1 apresenta o Genograma relativo à situação familiar de K:

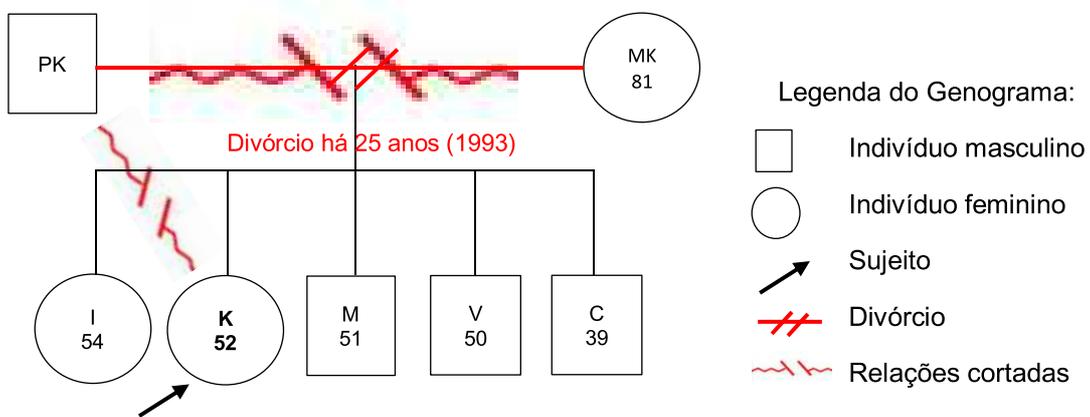


Figura 1 – Genograma familiar de K

K é a segunda filha de uma fratria de 5 irmãos, de que 3 são rapazes. Para além de K, a outra rapariga é a mais velha da fratria. 2 dos irmãos são casados: a irmã mais velha, que tem uma filha, com quem K contacta pouco frequentemente e o irmão que nasceu a seguir a K, que tem 3 filhos, sendo 2 deles gémeos. Refere que se dá muito bem com este irmão e respetiva família, incluindo os sobrinhos. Ao todo, K tem 4 sobrinhos.

Para além do rendimento mensal de K, o agregado familiar conta com a reforma da mãe e com parte do ordenado do irmão. K refere que a sua situação financeira é bastante restritiva. Refere que ela e a mãe gostariam de mudar de casa por o relacionamento com o seu irmão ser bastante conflituoso: “É muito conflituoso e implicativo”. Contudo, mantêm-se na casa onde residem desde há 21 anos devido às referidas dificuldades financeiras.

História pessoal

História ocupacional: K trabalha, desde 2010, a tempo parcial, como empregada de limpeza, auferindo cerca de metade do salário mínimo nacional.

No que diz respeito ao ambiente de trabalho, K refere que os colegas são todos do sexo masculino e tendem a apresentar uma “linguagem grosseira e machista”, referindo-se frequentemente às mulheres de forma pejorativa ou como objeto de conquista, o que acontece mesmo quando falam na frente de K, o que por vezes se torna para si desconfortável.

Antes deste trabalho, K trabalhou durante 25 anos (entre 1981 e 2006) como costureira numa empresa que fechou, tendo K ficado desempregada. Durante o ano de 2006 trabalhou no comércio, como empregada de balcão.

História educacional: ao ficar desempregada, K foi de novo estudar, tendo concluído o 9º ano de escolaridade e uma formação profissional na área da ação educativa. No entanto, a sua experiência profissional nesta área foi muito reduzida.

História conjugal: K é solteira. Relata que até à data apenas teve um namorado em 2003, aos 37 anos de idade, uma relação que durou poucas semanas e que terminou após o momento em que ambos mantiveram relações sexuais. K refere ter sido maltratada nesse ato pelo namorado que terá continuado a manter o coito apesar de ela ter gritado para parar, por estar a sentir dores insuportáveis: “Eu disse para, para, gritei, gritei, mas ele nunca parou o bruto”. Após o término da relação, K andou durante 1 mês amedrontada com a possibilidade de ter engravidado, o que efetivamente não aconteceu. Recorda-se que tinha pesadelos recorrentes com o sucedido. K passou assim por uma experiência traumática de abuso sexual (violação) no âmbito da primeira e única relação que teve até ao momento: não tem relações sexuais desde há 15 anos.

Em 2012, K apaixonou-se por um colega do seu trabalho, sentimento que ainda perdura. No entanto, nunca tiveram nenhum relacionamento “por ele ser casado”. K queixa-se de desconforto emocional associado a sentimentos de culpa, ao contacto com esse colega, que caracteriza: “é a minha alma gémea”. Por outro lado, queixa-se de solidão por não poder ter um relacionamento com aquela pessoa.

História da saúde: apresenta sintomas de Vulvodinia desde há 2 anos. Mantém a toma de relaxante muscular: *Sirdalud* (Tizanidina), que atenua alguma da sintomatologia de desconforto.

Já não é menstruada desde outubro de 2017 (poderá assim ter entrado em menopausa aos 51 anos).

Queixa-se, desde há cerca de 8 anos de uma **Tendinite no ombro esquerdo**, que tem sido resistente a infiltrações ou a massagens. Recentemente, os sintomas melhoraram de forma súbita: no dia 2 de junho de 2018 deixou de ter dores.

Queixa-se, desde há cerca de 15 anos, de dificuldades em conciliar o **sono** e de **insónias intermédias**, estando para tal medicada com *Triticum* 150mg, medicação que foi prescrita pela sua médica de família há 3 anos.

Apresenta, desde a sua juventude, **Rinite alérgica**, com alergias a ácaros e pólen, estando para tal medicada regularmente, pela sua médica de família.

Recentemente surgiram **vários nódulos** em ambos os **seios**, assim como na **tireoide**, sem indicações de alterações na produção hormonal. Ambas as situações continuam em estudo, apesar de serem consideradas benignas.

Refere que a sua alimentação é saudável e que se alimenta regularmente, mantendo-se o seu apetite estável. Não fuma nem ingere bebidas alcoólicas. Atualmente não tem nenhuma atividade desportiva nem física. Durante bastante tempo praticou natação, atividade que deixou devido a dificuldades financeiras.

K é seguida atualmente, para além da sua médica de Medicina Geral e Familiar, em diversas especialidades médicas, no CH: Fisioterapia; Ginecologia; Urologia; Ortopedia.

Contextos sociais: K refere que tem algumas amigas. “Eu tenho amigas, mas elas são casadas e têm a vida delas...”. À medida que as mesmas foram casando, as oportunidades de convívio têm vindo a diminuir, uma vez que as amigas passam os fins-de-semana em família. Sai esporadicamente com uma

ou duas, quando elas têm disponibilidade. Refere que gosta muito de dançar e de ouvir música, apesar de ser bastante seletiva quanto ao tipo de música. K também lamenta que as atividades de dança ou as festas que existem atualmente ofereçam reportórios de música de que não gosta. Além disso são frequentadas quase sempre exclusivamente por casais. No que diz respeito às redes sociais virtuais, K mantém ativa uma conta de *Facebook*.

Processo de observação

Ao longo deste processo, K tem-se mantido envolvida, motivada e cooperante, de humor variável, tendencialmente distímico, associado ao desconforto físico e emocional e à dor provocada pela sua condição de saúde. Sem ideação suicida. Mostrou envolvimento nas atividades “de casa”, que cumpriu. Mantém alguma esperança face ao futuro, dependente de melhorias na sua condição de saúde: “Só queria melhorar”. Apresenta uma estatura média, com aspeto cuidado, indiciador de higiene, com recurso a vestuário de cores variadas, ornamentos femininos e alguma maquilhagem. Mantém contacto ocular frequente e adequado. O seu discurso revela-se coerente e ajustado.

Avaliação psicológica

A avaliação psicológica, realizada à luz do paradigma científico do Modelo Comportamental e Cognitivo, consistiu num processo por intermédio do qual se procedeu à observação do comportamento, das cognições e das emoções da paciente, visando a seleção de acontecimentos e de respostas significativas e representativas do seu funcionamento e das suas relações com o meio. (Gonçalves, 1993). Quanto aos métodos adotados, recorri principalmente à **entrevista de avaliação comportamental e cognitiva** (Gonçalves, 1993). Utilizei também algumas **técnicas de endosso**, como contributo para aprofundar a conceção do diagnóstico psicopatológico: *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI); *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS); *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI-Y).

Definição e análise das áreas problemáticas:

Área problemática 1: As maiores queixas de K dizem respeito à **Vulvodinia**. O problema está sempre presente desde há 2 anos (2016). K refere que tem sempre dores e mal-estar, independentemente da terapêutica

farmacológica, dos produtos de higiene íntima a que recorre ou do tipo de *lingerie* que adote. **Antecedentes:** possivelmente uma violação ocorrida há 15 anos (2003). **Cognições:** pensa que tem azar e que tudo lhe corre mal. Que nada resulta consigo nem resultará no futuro. **Emoções:** medo que a Vulvodinia possa ter mais repercussões em relacionamentos íntimos futuros. **Consequências:** mal-estar geral. Dificuldades em conciliar o sono com insónias intermédias. Queixa-se ainda de que desde dezembro apresenta muitas tremuras no seu olho esquerdo, que poderão estar ou não associadas às problemáticas referidas. **História do aparecimento e evolução do problema:** apareceu subitamente há 2 anos, assumindo uma forma aguda e generalizada, mantendo-se dessa forma.

Área problemática 2: K queixa-se de **solidão**. De como as outras pessoas (amigas) estão envolvidas com as suas famílias, não podendo dessa forma contar com elas regularmente. O problema está presente desde há cerca de 15 anos. **Antecedentes:** casamento dos seus irmãos, rutura do seu relacionamento íntimo (2003), na sequência de violação, relacionamento conflituoso com o irmão que partilha consigo a residência, paixão por colega de trabalho que é casado (situação “proibida”). **Cognições:** pensa que o mundo está pleno de atividades de convívio destinadas a casais. Pensa que as pessoas (incluindo amigas) a estão a colocar de parte. **Emoções:** desejo de participar na vida social inserida na modalidade de casal; desejo de vir a conhecer alguém com quem possa envolver-se ao nível emocional e ao nível sexual. **Consequências:** ansiedade face ao futuro e isolamento. **História do aparecimento e evolução do problema:** apareceu com a rutura do relacionamento íntimo e gradualmente desde há 15 anos, assumindo uma forma crónica, agravando-se com o tempo.

Área problemática 3: Tendinite no ombro esquerdo, que encara como uma doença profissional, devido à sua atividade de limpeza, que acarreta força física exercida com os membros superiores. O problema está presente desde há 8 anos, altura em que iniciou o emprego de limpeza. Nem *infiltrações* realizadas em contexto hospitalar nem massagens têm resultado para atenuar o impacto da tendinite. **Antecedentes:** emprego de limpeza que exige força localizada exercida pelo membro superior esquerdo (afetado). **Cognições:** o emprego em causa é inadequado para as suas potencialidades: atividades demasiado duras fisicamente e mal pago. Colega ofereceu emprego em empresa que vai abrir por conta própria, mas esse projeto tem sido adiado. **Emoções:** Medo que a situação

se agrave. Desejo de mudar de emprego e de área de trabalho. **Consequências:** ansiedade face ao futuro profissional. Medo de eventual evolução para doença incapacitante. **História do aparecimento e evolução do problema:** apareceu com a entrada no atual emprego (há 8 anos), assumindo uma forma crónica, agravando-se com o tempo.

Definidas as áreas problemáticas, procedi à **Conceptualização cognitivo-comportamental**, realizando **microanálises funcionais** para cada área problemática, que consistem na integração da informação recolhida, através do estabelecimento de uma relação hipotética entre antecedentes, comportamentos, cognições e consequências. De seguida, elaborei a **macroanálise funcional**, propondo o estabelecimento de uma relação hipotética entre os vários problemas da paciente (o registo detalhado dessa conceptualização encontra-se disponível no Anexo H2). A sequência cronológica identificada a partir dos relatos da paciente (2003-2010-2016), permitiu-me organizar a informação de forma a considerar como possível antecedente de uma área problemática um acontecimento prévio. A informação recolhida em entrevista permite-me colocar a hipótese da possibilidade de um único acontecimento traumático ter contribuído para o surgimento de duas áreas problemáticas: o trauma da violação pelo namorado em 2003 (há 15 anos) pode estar associado à solidão que K tem na sua vida e ao surgimento ou à exuberância da Vulvodinia. Outros eventos traumáticos, os graves conflitos familiares que envolviam violência da parte do pai para com a mãe e com os filhos, podem também estar a influenciar a solidão. Para a tendinite é difícil estabelecer uma associação com acontecimentos prévios de outras áreas problemáticas, mas parece haver uma associação com o tipo de trabalho pelo seu teor – exigente de esforço físico e, eventualmente devido ao *stress* que o facto de os colegas serem todos do sexo masculino pode constituir: “só tenho homens no meu trabalho e são todos uns brutos. São grosseiros e falam mal das mulheres ou com faltas de respeito na minha frente e eu fico incomodada”. Por outro lado, no trabalho, encontra-se o seu atual objeto de amor. K poderá associar aos amores o receio de uma violação como a que sofreu na última vez que teve um namorado. Este amor está com o estatuto de “impossível”, o que poderá ser uma importante fonte de *stress* que certamente terá repercussões na saúde física e bem-estar.

Considerando os resultados da aplicação das **técnicas de endosso** (cujo quadro resumo pode ser consultado no Anexo H3 e protocolos respetivamente nos Anexos H4, H5 e H6), as respostas de K na MINI preencheram critérios para diagnóstico da Perturbação psiquiátrica de *Stress Pós-Traumático* (309.81) (F43.1), à luz do DSM-IV (APA, 1994) que ocorreu por duas vezes no passado. K sofreu diversos ataques de pânico no passado. No entanto, os ataques eram “esperados”, associados a certos locais e subsequentes a situações fortemente traumáticas. Ocorreram repetidamente durante um período de vários meses, tanto há 25 anos (separação dos pais com vivência de violência doméstica), como há 15 anos (violação pelo namorado). A hipótese diagnóstica conta ainda com fortes evidências da história clínica da paciente e mantém-se válida à luz do DSM-5 (APA, 2013). Nos meses posteriores às ocorrências de cada um dos episódios traumáticos, a paciente tendeu a apresentar sintomas de sofrimento psicológico intenso e prolongado com reações fisiológicas intensas ante a exposição a sinais externos que simbolizassem ou se assemelhassem a algum aspeto do evento traumático. Evidenciou também alterações cognitivas. Algumas dessas cognições ainda persistem, correspondentes a expectativas negativas persistentes e exageradas a respeito de si mesmo, dos outros e do mundo (p. ex., “Comigo é sempre isto”, “Não encontrarei um homem de que goste”, “Os homens são violentos”). Evidenciou também alterações marcantes na excitação e na reatividade associadas ao evento traumático: respostas de sobressalto exageradas, semelhantes a ataques de pânico, esperados, sem sintomas dissociativos.

Considerando as consequências funcionais da Perturbação de Pós *Stress* Traumático descritas na literatura (APA, 2013), podemos verificar que a mesma tende a estar associada a níveis elevados de incapacidades sociais, profissionais e físicas, bem como a uma utilização intensiva de serviços de saúde. Várias áreas de funcionamento tendem a ser afetadas, tais como a social, interpessoal, do desenvolvimento, educacional, da saúde física e profissional (APA, 2013). A história de vida e a avaliação do funcionamento global da paciente revelam que várias destas áreas estão afetadas: “Tudo me corre mal, as minhas amigas nunca me telefonam e dão desculpas a desmarcar saídas”. “Se ao menos eu tivesse um emprego em condições com um ordenado melhorzinho... assim nem posso ir a um café! É uma tristeza!”

Na HADS, K obteve resultados coincidentes com valores considerados baixos tanto para a **Ansiedade** (7), como para a **Depressão** (0), não tendo atingido o “ponto de corte” de 8 para nenhuma das subescalas.

No STAY-Y, K obteve resultados médios na **Ansiedade-estado** (34, inferiores em 0,5 desvio padrão relativamente à média da amostra de aferição) e valores médios na **Ansiedade-traço** (38, inferiores em 0,5 desvio padrão relativamente à média da amostra de aferição). Estes resultados indicam que a ansiedade que K vivencia corresponde a valores normais por referência à população portuguesa.

Propostas de intervenção

A análise das áreas problemáticas identificadas, a análise da funcionalidade da cliente e as hipóteses de diagnóstico psicopatológico, contribuíram para delinear a intervenção no âmbito de um processo terapêutico. Finda a entrevista e as atividades de endosso inseridas no processo de avaliação, foi explicado à paciente como é que os seus problemas se desenvolveram e qual o leque dos tratamentos possíveis, as suas indicações e contraindicações. Além disso foram identificados possíveis obstáculos a uma intervenção eficaz e as formas como os mesmos poderiam ser prevenidos e/ou evitados. Em conjunto com a paciente, foi então delineada uma intervenção que estabeleceu como objetivos:

- Reduzir queixas e sofrimento associado às problemáticas de saúde física, através do Treino de Inoculação do *Stress*.
- Contribuir para a resolução de situações problemáticas identificadas.

As práticas terapêuticas foram implementadas durante a realização de 10 sessões de Psicologia com a duração de 1 hora cada, com periodicidade variável, geralmente quinzenal, em horário acordado com a paciente, no Gabinete de Psicologia do serviço de Medicina Física e de Reabilitação do CH. A Tabela 1 expõe de forma sucinta as estratégias e técnicas adotadas na intervenção psicoterapêutica de K.

Tabela 1 – Estratégias e técnicas adotadas na intervenção psicoterapêutica de K

Queixa / sintomatologia	Estratégias e técnicas
Dor e desconforto face à condição de saúde da Vulvodinia.	Paradigma das aptidões de confronto, no âmbito do treino de inoculação do <i>stress</i> : Relaxamento muscular progressivo com componente imagética e respiração diafragmática.
Dor e desconforto face à condição de saúde da tendinite.	Paradigma das aptidões de confronto, no âmbito do treino de inoculação do <i>stress</i> : Relaxamento muscular progressivo com componente imagética e respiração diafragmática. Mindfulness (MBSR) – “Amabilidade”
Cognições disfuncionais face ao problema de solidão: O mundo é dos casais As pessoas estão a pô-la de parte.	Relato de ocorrências – sentimentos, cognições e comportamentos associados e reestruturação cognitiva.
Insatisfação com carreira profissional e respetivo ambiente social.	Paradigma das aptidões de confronto, no âmbito do modelo de resolução de problemas: Elaboração do <i>curriculum vitae</i> , associado a um levantamento das competências pessoais, com posterior incentivo e acompanhamento na entrega de candidaturas espontâneas. Reestruturação cognitiva (Desânimo aprendido).

As duas primeiras sessões foram principalmente dedicadas à entrevista de avaliação comportamental e cognitiva e à administração de técnicas de endosso. Contudo este processo foi sendo ajustado nas sessões seguintes, em interação com a intervenção. A principal queixa da paciente, da condição da Vulvodinia e da sintomatologia associada de dor, desconforto e de receios face ao futuro, foi bastante destacada e explorada nas vertentes fenomenológica, histórica e contextual. Em todas as sessões, incluindo as duas primeiras, à luz do paradigma das aptidões de confronto, no âmbito do treino de inoculação do *stress* foi realizada a prática de aptidões paliativas de confronto, que incidiram sobretudo sobre dois tipos: 1. Incentivo à expressão de emoções e de sentimentos por parte da paciente. 2. Terapêutica paliativa de relaxamento muscular progressivo, com respiração diafragmática e componente imagética. Em cada sessão, foram-lhe dedicados os 10 a 15 minutos finais. Estas práticas de Treino de Inoculação do *Stress* foram implementadas para lidar tanto com as problemáticas inerentes à Vulvodinia, como com as restantes problemáticas (tendinite e solidão). Na 5ª sessão, em substituição da técnica de relaxamento muscular, foi implementada uma técnica de *Mindfulness* guiada com tecnologia *audio*, designada de “amabilidade”, incidente sobre o reforço da atitude de auto compaixão (Williams & Penman, 2016). A paciente aderiu bem à estratégia

adotada, mostrando-se muito motivada para a aprendizagem e implementação destas técnicas na sua rotina, referindo que as realizava diariamente em casa. Na 7ª sessão relatou que numa situação de maior ansiedade (por ocasião da realização de exame médico - ressonância magnética) recuperou o seu autocontrolo por recurso à respiração diafragmática e ao relaxamento muscular: “estava muito nervosa, mas pensei – vou conseguir acalmar-me com a respiração diafragmática. Correu bem”. A partir da 6ª sessão, foram surgindo outras problemáticas, embora as já referidas tivessem mantido um lugar de destaque. Para lidar com a insatisfação com a situação profissional (resultante da tendinite e do clima social cada vez mais hostil) à luz do paradigma das aptidões de confronto, foi implementado o modelo de resolução de problemas (D’Zurilla & Goldfried, 1971; D’Zurilla, 1990; Gonçalves, 1993). Todos os passos considerados no modelo foram trabalhados com a cliente: 1. Orientação geral; 2. Definição do problema; 3. Criação de alternativas; 4. Tomada de decisão; 5. Implementação e verificação; 6. Manutenção e generalização. De início, K assumia uma atitude cética como se estivesse a vivenciar um desânimo aprendido (Peterson, Maier & Seligman, 1993): “Não vale a pena procurar outro emprego. Quem me vai querer com esta idade?”; “O que é que eu tenho de especial para pôr num currículo?” O seu ceticismo em modo de interrogação permitiu o recurso e garantiu uma maior eficácia à reestruturação cognitiva, identificando crenças de baixa autoeficácia pouco fundamentadas mesmo perante evidências da sua história de vida. A paciente foi encorajada a lembrar os desafios que tem superado e as suas conquistas. Foi então ajudada a elaborar um *curriculum vitae* (disponível no Anexo H8) e a realizar candidaturas espontâneas para diferentes locais de trabalho. Para encorajar o uso deste instrumento, acompanhei K à secção de recursos humanos do CH onde a mesma apresentou uma candidatura espontânea. Apesar de K ter revelado alguma “inércia” no domínio da resolução de problemas, reagiu de forma muito positiva e até com alguma surpresa ao facto de alguém a ajudar a resolver problemas que a preocupam: “Não tava à espera que a dra. tivesse este trabalho comigo. Muito obrigada”. Pude então explicar-lhe que do trabalho dos psicólogos também pode fazer parte uma componente de campo ou de aplicação na prática das estratégias trabalhadas em consultório. No final do processo mostrou uma melhor perceção de autoeficácia relativamente à resolução dos problemas

identificados e de outros que foram surgindo no seu dia-a-dia. Na 9ª sessão apresentou-se muito queixosa relativamente às suas interações sociais e ao isolamento que parecia ter-se agravado. Segundo K, as amigas estariam todas a falhar a compromissos de saídas para lanche ou para jantar. Uma das amigas referiu-lhe que não teria disponibilidade para sair, mas na mesma altura colocou imagem nas redes sociais alusiva a um encontro com outra amiga. K repetia com veemência: estou para aqui esquecida. Ninguém me telefona. Quando elas precisam eu telefono e ouço-as em telefonemas longos. Vou vê-las ao hospital. De mim ninguém se lembra.” Após um longo período de uma escuta muito ativa, recorri ao “método socrático” para desconstruir o conceito de que os incumprimentos, os esquecimentos ou a negligência seriam coletivos. Referi também que o mesmo acontecimento não é interpretado por duas pessoas da mesma forma e que por vezes temos mesmo de exprimir os nossos sentimentos de forma mais clara. Encorajei K a dizer às amigas que precisa de estar em contacto, que gosta da sua companhia, lembrando-a para ser agradável ao exprimir afeto e não o exprimir com simples acusações. Na 10ª sessão, depois de falar de problemas laborais (os colegas tinham feito uma denúncia à sua chefia de trabalho imperfeito da sua parte – e que isso não corresponderia aos factos), relatou que as amigas já tinham todas telefonado, cada uma a seu tempo e que inclusivamente tinha saído várias vezes com elas. A situação foi “festejada”.

K manter-se-á na consulta por mais algum tempo, pelo menos até iniciar a fisioterapia.

Reflexão acerca do caso

O meu encontro com K, de conveniência para mim, enquanto estudante, também foi bom para uma pessoa poder continuar a construir a sua história, contando desta vez com a ajuda de alguém que a ouve, que a compreende e que a ajuda a melhorar o seu “Estar-Bem” pessoal e social.

Ao primeiro contacto com o pedido, senti-me desconfortável com a informação nele veiculada, uma vez que se trata de um problema de saúde mal conhecido nas causas e tratamentos, que remete para uma afetação da intimidade de alguém. Contudo, ao mesmo tempo, senti o apelo do desafio de aprender e de poder ajudar. Percebi imediatamente que para tal teria de me focar

nas potencialidades da minha intervenção: reduzidas e circunscritas (não poderíamos mudar determinadas circunstâncias do problema) e não tanto nas frustrações que iriam (ou não?) surgir face ao teor da problemática. As maiores dificuldades surgiram nos primeiros momentos, desde logo na gestão das expectativas da cliente face ao alcance da psicoterapia. No entanto, com o devir do processo, com a clarificação pela paciente dos seus comportamentos, cognições, emoções e funcionalidade, novos desafios se foram colocando, que foram enriquecendo as potencialidades e o alcance deste processo.

Nesta fase, fazendo um balanço do caso relativamente ao atingimento dos objetivos estabelecidos, verifico que o processo vai nesse sentido, com várias conquistas, sem retrocessos, mas com alguma lentidão, própria quer do teor da condição física da Vulvodinia, quer da conjuntura socioeconómica, no que diz respeito às questões profissionais.

2. Caso clínico Z

Dados de identificação

Z tem 68 anos, é divorciada e tem 3 filhos já casados. Tem o 1º ciclo e está aposentada. Vive sozinha, num apartamento arrendado, numa cidade do norte de Portugal. Um vizinho e administrador do condomínio do seu prédio tem sido o seu cuidador informal em articulação com o filho mais velho de Z.

Motivo da referenciação

Z veio a uma consulta de Psicologia, acompanhada pelo seu vizinho (cuidador informal). O cuidador, funcionário do CH, explicou que a paciente é seguida em Psiquiatria por queixas mnésicas e de alterações (cessação radical) nas atividades da vida diária: “passa o dia na cama”. O objetivo do pedido é a realização de uma avaliação para caracterização do perfil de funcionamento neuropsicológico e objetivação de sequelas cognitivas.

História do problema

É o cuidador quem refere os lapsos de memória e o isolamento social como um problema. Nas primeiras sessões, dedicadas à entrevista de avaliação comportamental e cognitiva, Z queixa-se sobretudo de desconforto físico associado a consequências de quedas em casa, bem como de isolamento social, decorrente de insuficiente contacto por parte das filhas gémeas (“O rapaz é mais próximo de mim, as raparigas são do pai”). O seu discurso inicial é bastante lento, desorientado, confuso. Progressivamente, a partir da segunda sessão, Z vai ganhando mais confiança, passando a assumir cada vez maior protagonismo no processo. Passa então a apresentar o problema como uma condição de deterioração: “grande cansaço; tenho a minha cabeça gasta”, decorrente de uma vida de sobrecarga de esforço físico e mental: “fui a mulher e o homem da casa. O meu marido não queria saber de nada de trabalho. Tive lojas, criei 3 filhos, tudo sem a ajuda dele”. Associa também o seu estado à atual situação familiar e financeira: “nunca quis saber de nada e tratava-me mal. Bebia muito e batia-me. Tive de me divorciar há 2 anos, mas ainda não consegui fazer as partilhas. Tudo o que consegui: uma grande casa, é ele que tem, é onde ele mora”. Só na segunda consulta, ao relatar que tinha dado uma grande queda em casa há 1,5

ano e que iria fazer uma tomografia axial computadorizada (TAC) é que referiu que também tinha tido um acidente vascular cerebral (AVC), apesar de não o ter conseguido localizar no tempo. Relatou também que tinha tentado o suicídio por 3 vezes e que por isso “dei cabo da minha cabeça”. Da consulta do processo clínico da paciente foi possível apurar, em relatório da neurologista que a acompanhou que o AVC ocorreu há 25 anos. Mais refere que desde então, decorrente da vivência de uma situação de violência doméstica, fez 3 tentativas de suicídio com fármacos, em contexto de impulsividade após discussões violentas com o marido, que tem hábitos de consumo excessivo de álcool.

Relativamente ao processo terapêutico, Z deseja que a psicóloga a ajude a lidar com a sua situação de saúde, a atenuar o seu sofrimento psicológico e a prevenir ocorrências futuras que agravem ainda mais a sua situação (tais como degradação das suas funções cognitivas e mnésicas, quedas ou tentativa de suicídio). Até à data, Z não tinha tido nenhum acompanhamento psicológico. Usufruía de acompanhamento psiquiátrico estando a tomar diversa medicação, prescrita na sequência de 7 episódios de depressão, de acordo com registos no seu processo clínico.

Informações psicossociais e história familiar

Z relata que viveu com os pais e os dois irmãos mais velhos até aos 5 meses de idade, em casa dos avós maternos, em Alijó. Nessa idade perde a mãe, vítima de doença venérea, alegadamente contagiada pelo pai que tinha grandes “ausências” do lar. Z descreve o pai como uma pessoa irresponsável, negligente com os filhos e com a esposa. Considera que terá tido “aventuras” amorosas extraconjugais e que estas terão sido as causadoras da doença que motivou o falecimento da mãe. Da mãe diz não ter qualquer recordação. Após o falecimento da mãe, Z passa a ser criada exclusivamente pelos avós maternos. Conta que tem poucas memórias do convívio com os irmãos, que saíram de casa bastante novos. Quanto ao pai, só o voltou a ver quando este foi chamado para dar autorização ao seu casamento, aos 18 anos de idade. Recorda os avós como figuras afáveis, que a apoiavam muito, talvez por ser “a mais nova, a menininha deles”. Referiu também que sempre sentiu conforto e que “não me faltava nada, ai Jesus se faltasse!” Tinha uma relação particularmente próxima com a avó, que se fortaleceu após o falecimento do avô (aos 8 anos de idade de Z). A avó faleceu

após o nascimento dos filhos de Z, apesar de não ter sido possível apurar a data exata. A figura 2 apresenta o Genograma relativo à situação familiar de Z:

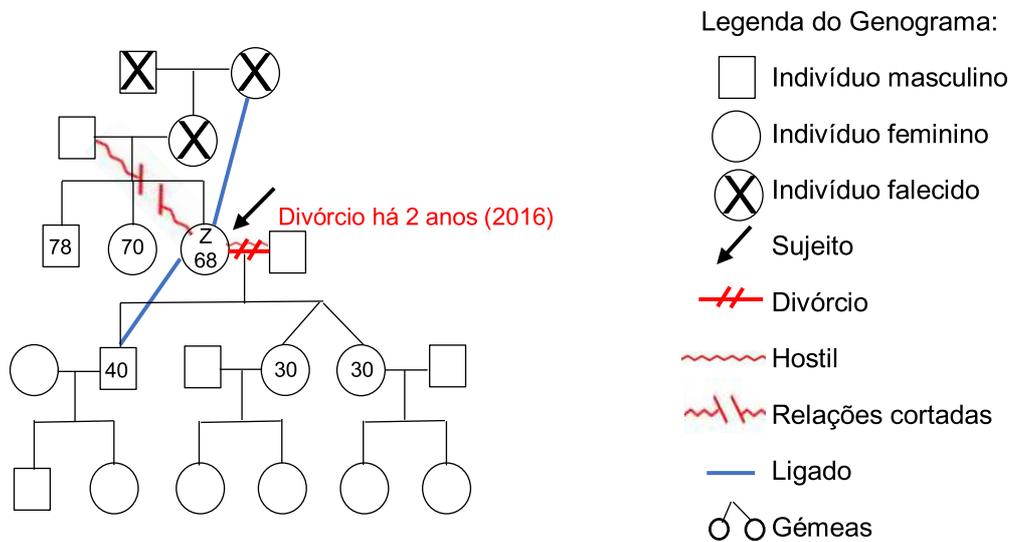


Figura 2 – Genograma familiar de Z

Z é a terceira filha de uma fratria de 3 irmãos. O mais velho, atualmente com 78 anos, reside em França com a família. A irmã do meio terá aproximadamente 70 anos – Z não tem a certeza, reside na Marinha Grande, depois de também ter residido em França durante alguns anos, onde foi radialista e onde enviuvou do primeiro casamento, estando atualmente casada com um cidadão francês. A sua ligação aos irmãos não é muito intensa nem se vêem frequentemente. No entanto, recentemente Z visitou a irmã. Importa referir que, para percebermos melhor o enquadramento psicossocial e a história familiar de Z, foi necessária a colaboração do seu filho, uma vez que Z apresentava dificuldades variáveis, ao ponto de desconhecer a sua data de nascimento.

A primeira filha que Z teve, faleceu à nascença, sendo este um assunto a que Z dá atualmente pouca atenção e de que já não consegue relatar pormenores (não sabe datas, nem motivo do falecimento). Z teve mais 3 filhos, que atualmente são adultos, estão casados e a viver de forma independente. Z mantém um contacto e uma ligação muito próxima com o rapaz, mais velho: “O meu filho é professor e treinador. Tem muito que fazer, mas todos os dias liga à mãe”. Com as duas filhas mais novas, gêmeas, contacta pouco – não lhe telefonam e “não gostam que a mãe telefone. É logo uma gritaria”. Refere: “o filho sai a mim, as gêmeas são do pai.” Uma das filhas ainda vai mantendo algum

contacto, apesar de irregular, mas com a outra, só se encontram em festas de família, como batizados, por exemplo. Z tem 6 netos, um casal da parte do filho e quatro raparigas, duas filhas, respetivamente, de cada filha. Tem muitas dificuldades em se referir aos seus nomes e em saber as suas idades. Raramente convive com os netos, mas fala deles com muito carinho, observando-se uma clara alteração na sua expressão facial, que nessas ocasiões se enche de alegria e de orgulho.

Atualmente Z vive da sua pensão de reforma, o que se traduz em muitas restrições que contribuem para uma ausência de atividades de lazer ou de férias: “sou muito poupada. Sei gerir o meu dinheiro”.

História pessoal

História ocupacional: Z encontra-se atualmente aposentada. O trabalho é um assunto central do seu discurso, referindo-se frequentemente ao forte investimento que fez nesta área: “Fui uma mulher de muita vida. Era o homem e a mulher da casa. Tratei sozinha de duas lojas.” Z iniciou a sua vida profissional como empregada numa confeitaria no Porto. Seguiu-se um trabalho como cozinheira numa fábrica. Posteriormente, passou a gerir o seu próprio negócio: dois minimercados: estando um no Porto e outro em Ermesinde. Refere que foi uma profissional de sucesso, tendo adquirido as lojas e a casa de família, de grandes dimensões. Ao aposentar-se, exerceu durante algum tempo uma função de voluntariado neste CH, que suspendeu, ao sentir-se incapaz de realizar as tarefas mais complexas (compras e cálculos).

História educacional: Z lamenta ter apenas o 1º ciclo, referindo que o 4º ano não chegou a ser concluído. Relata que devido à proteção dos avós e a uma saúde frágil que apresentava em criança, bastava referir que tinha uma dor, que nesse dia já não a levavam à escola.

História conjugal: Z casou em 1969 aos 18 anos de idade. Após um longo historial de violência doméstica, em que Z foi agredida fisicamente diversas vezes, referindo que por esse motivo está “cega de um olho”, divorciou-se há 2 anos (2016), tendo ficado de relações cortadas com o ex-marido e sem resolver o processo de partilhas. O ex-marido ficou a viver na casa de família, com uma das filhas. Importa destacar que Z ainda usa a aliança de casamento e refere ter vergonha de ser uma mulher divorciada.

História da saúde: apresenta queixas relativas à sua saúde em várias áreas, sendo por isso acompanhada em diversos serviços de saúde, especialidades médicas e terapias. É seguida em Ortopedia devido a quedas que têm vindo a ocorrer em contexto doméstico. De entre as suas queixas principais, destacam-se a dor lombar persistente que se agrava com movimentos de flexão/extensão do tronco e esforços. O médico ortopedista encaminhou a paciente para Fisioterapia, para a consulta da dor e para Neurologia. Atualmente a paciente aguarda cirurgia à omoplata fraturada para correção. Retomou recentemente consultas de Neurologia pela médica que a acompanhou há 25 anos, quando Z teve um AVC. No processo clínico da paciente está registado que fez uma TAC que revelou a existência de atrofia frontotemporal importante. É acompanhada em Psiquiatria, estando registados no seu processo clínico 7 episódios de depressão e 3 tentativas de suicídio por recurso a fármacos. Refere que realizou tiroidectomia em 2012 e hemorroidectomia. É seguida em Ginecologia, tendo realizado uma cirurgia ginecológica que não sabe especificar. Toma medicação diversa: *Memantina* 10mg, *Pantoprazol* 40mg id, *Sinvastatina* 40mg id, *Biloban* id, *Librax* 5 mg id, *Sertralina* 100mg id, *Triticum* 150mg id, *Lorsedal* 5mg id, *Concor* 5mg id, *Cordarone* 200mg id, *Letter* 0,1mg id, *Biquis* 5mg id, *Victan* SOS. Usa óculos, mas refere muitas dificuldades de visão: “estou cega de um olho.”

Refere que ingere álcool diariamente à refeição em pequenas quantidades (1 copo). Atualmente não tem nenhuma atividade desportiva nem física.

Processo de observação

Ao longo deste processo, Z foi melhorando o seu envolvimento, que no início era muito reduzido. Tem-se mostrado motivada e cooperante, de humor variável, muitas vezes eufórico, associado a uma expressão de prazer em ser acompanhada na consulta de Psicologia e outras vezes distímico, associado ao desconforto físico resultante da dor provocada pelas fraturas, sequelas das suas quedas. Do ponto de vista emocional Z revela tristeza associada ao divórcio e à “distância” social que a separa das filhas. Não tem apresentado ideação suicida. Mantém pouca esperança face ao futuro, receando que a sua condição de saúde se possa agravar. Apresenta uma estatura média, com aspeto cuidado, indiciador de higiene, com recurso a vestuário de cores variadas, ornamentos

femininos e alguma maquilhagem. Mantém contacto ocular frequente e adequado. Discurso pouco fluente, lentificado e pouco elaborado. O seu comportamento revela-se socialmente adequado.

Avaliação psicológica

A avaliação psicológica, realizada à luz do paradigma científico do Modelo Comportamental e Cognitivo, consistiu num processo por intermédio do qual se procedeu à observação do comportamento, das cognições e das emoções da paciente, visando a seleção de acontecimentos e de respostas significativas e representativas do seu funcionamento e das suas relações com o meio. Esta avaliação clínica terá como utilidade a preparação da intervenção clínica (Gonçalves, 1993). Quanto aos métodos adotados, recorri principalmente à **entrevista de avaliação comportamental e cognitiva** (Gonçalves, 1993). Utilizei também algumas **técnicas de endosso**, como contributo para aprofundar a conceção do diagnóstico psicopatológico: *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS); *MoCA (Montreal Cognitive Assessment)*; Escala de Wechsler de Inteligência para Adultos: *WAIS-III*; Sub-testes para o cálculo do Índice de Velocidade de processamento (IVP): Código; Pesquisa de Símbolos; *TMT (Trail Making Test)*: parte A e parte B; *DRS – 2* (Escala de Avaliação da Demência - Versão 2).

Definição e análise das áreas problemáticas:

Área problemática 1: As maiores queixas de Z dizem respeito à **solidão e ao isolamento familiar e social** decorrente de insuficiente contacto por parte das filhas gémeas (“O rapaz é mais próximo de mim, as raparigas são do pai”). O problema está sempre presente desde há 2 anos (2016). Z refere que está de relações cortadas com o ex-marido, contacta pouco as filhas e quase não sai de casa. **Antecedentes:** divórcio (2016) ocorrido após separação em 2014, na sequência de violência doméstica. **Cognições:** pensa que os problemas não têm solução. **Emoções:** medo que a situação se prolongue e se agrave. **Consequências:** mal-estar geral. Dificuldades em organizar as rotinas, passando o dia deitada à noite não consegue conciliar o sono. **História do aparecimento e evolução do problema:** apareceu há vários anos, mas agravou-se há 2 anos, assumindo uma forma aguda e grave.

Área problemática 2: Z queixa-se de **dores e desconforto físico** associado a consequências de quedas em casa. O problema está presente desde há cerca de 2 anos, altura em que ocorreu a primeira grande queda. **Antecedentes:** lentificação e dificuldades na planificação e execução dos movimentos, associadas a deterioração cerebral decorrente de processo demencial. **Cognições:** pensa que a cabeça está muito cansada devido a uma vida de muito trabalho: “Fui o homem e a mulher da casa”. **Emoções:** tristeza e rejeição da sua atual realidade. **Consequências:** ansiedade face ao futuro e isolamento. **História do aparecimento e evolução do problema:** apareceu há 2 anos.

Área problemática 3: lapsos de memória e dificuldades em funções executivas que Z encara como uma “doença profissional”, devido à sua excessiva atividade profissional até há pouco tempo: “tenho a cabeça cansada. Sabe? Eu era o homem e a mulher da casa”. O problema está mais evidente desde há 4 anos. **Antecedentes:** AVC há cerca de 25 anos. Relacionamento familiar pouco suportivo e conflituoso. Excessiva exposição a fatores de *stress* profissional. Possibilidade de os diversos episódios depressivos terem contribuído. **Cognições:** “já não consigo fazer nada bem. Tenho que desistir de todas as responsabilidades”. **Emoções:** Medo que a situação se agrave. Sentimento de abandono. **Consequências:** ansiedade face ao futuro. Medo de evolução da doença para níveis mais incapacitantes. Diminuição da autonomia e da participação social. **História do aparecimento e evolução do problema:** apareceu com o AVC há 25 anos e tem-se vindo a agravar, com os conflitos familiares, com a aposentação e a separação conjugal.

Definidas as áreas problemáticas, procedi à **Conceptualização cognitivo-comportamental**, realizando **microanálises funcionais** para cada área problemática, que consistem na integração da informação recolhida, através do estabelecimento de uma relação hipotética entre antecedentes, comportamentos, cognições e consequências. De seguida, elaborei a **macroanálise funcional**, propondo o estabelecimento de uma relação hipotética entre os vários problemas da paciente. A sequência cronológica identificada a partir dos relatos da paciente (1993-2014-2016), permitiu-me organizar a informação de forma a considerar como possível antecedente de uma área problemática um acontecimento prévio. A informação recolhida em

entrevista permite-me colocar a hipótese da possibilidade de um único acontecimento traumático ter contribuído para o surgimento de duas áreas problemáticas: o AVC em 1993 (há 25 anos) pode estar associado às queixas mnésicas, cognitivas e das funções executivas. Por sua vez os défices aqui considerados podem estar na origem das dificuldades que originam em última instância as quedas e as dores decorrentes das mesmas. A solidão que Z tem na sua vida está também em parte associada à cessação da maior parte da atividade profissional e social, pois embora Z se queixe da falta de envolvimento com as filhas, enquanto Z tinha vida profissional ativa passava grande parte do seu tempo envolvida com as atividades profissionais (“era o homem e a mulher da casa”). Esta cessação ocorreu devido à idade, mas em parte, como é o caso das atividades de voluntariado, ocorreu por sentimento e constatação de incapacidade em lidar com as atividades mais complexas.

Resultados da aplicação das **técnicas de endosso** (um quadro síntese com os resultados pode ser consultado no Anexo I1):

As respostas de Z na HADS resultaram, relativamente à **Ansiedade** em 14(21) pontos (nível moderado de ansiedade) e para a **Depressão** em 12(21) pontos, valor considerado moderados para a subescala depressão, o que indicia que a paciente apresenta sintomatologia clinicamente relevante para intervenção terapêutica tanto de ansiedade como de depressão.

Z obteve 8(30) pontos no MoCA, o que fica muito aquém do valor considerado como referência (26) para a existência de dificuldades associadas ao estado mental global, sinalizando a presença de défice cognitivo. A um nível mais específico, obteve 1 valor na capacidade visuo-espacial /executiva, 1 valor na nomeação, 1 na atenção, 1 na linguagem e 4 na orientação (apesar de não saber o ano em que nos encontramos nem o dia da semana).

O Índice de Velocidade de Processamento calculado a partir dos resultados nos sub-testes Código e Pesquisa de Símbolos da *WAIS-III*, revelou-se muito inferior, refletindo a presença de muitas dificuldades na velocidade mental e motora, na resolução de problemas não verbais, bem como a habilidade de planeamento, organização e desenvolvimento de estratégias de resolução de problemas.

As pranchas A e B do *Trail Making Test* (TMT) revelam também lentificação ao nível da atividade mental de processamento da informação. Os fracos

resultados na prancha B do TMT evidenciam graves dificuldades na realização de atividades que envolvem a atenção, a sequenciação e a flexibilidade mental. Estes dados vêm reforçar o que se tem observado clinicamente (grande lentificação psicomotora e lentificação verbal) e vêm ao encontro dos resultados obtidos nas restantes provas.

Na Escala de Avaliação da Demência Total DRS-2, Z pontua 114(125), o que corresponde a Défice Moderado. Considerando os resultados específicos obtidos nas subescalas, obteve 27(37) valores na subescala Iniciação/Perseveração, Défice Moderado, 33(37) valores na subescala Atenção, Défice Ligeiro, de 29(39) valores na subescala Conceptualização, Défice Ligeiro, de 19(25) valores na subescala Memória, Défice Ligeiro.

Associado ao processo de avaliação psicológica aqui relatado e atendendo ao pedido de intervenção subjacente ao encaminhamento para a consulta de Psicologia, foram elaborados dois relatórios de avaliação neuropsicológica, o primeiro a pedido da própria e do cuidador e o segundo, a pedido da neurologista, a que é possível aceder nos Anexos I2 e I3.

Considerando toda a informação recolhida, a hipótese diagnóstica da existência de psicopatologia que conta com evidências mais fortes é a de Perturbação Neurocognitiva Maior (PNM) (APA, 2013) (Demência, de acordo com o DSM-IV, APA, 1994). Desde logo, Z cumpre o critério principal da categoria PN: o déficit clínico primário está na função cognitiva, sendo adquirido. A cognição prejudicada não estava presente ao nascimento ou muito no início da vida, representando, assim, um declínio face ao nível de funcionamento alcançado anteriormente. No anexo I6 estão disponíveis para consulta os critérios de diagnóstico para Perturbação Neurocognitiva Maior, segundo o DSM-5. Z cumpre todos esses critérios. Cumpre o critério A, da existência de evidências de declínio cognitivo importante a partir de nível anterior de desempenho em um ou mais domínios cognitivos (função executiva, aprendizagem e memória). Em primeiro lugar foi manifestada a preocupação de um informante e em segundo lugar da sua médica neurologista face à observação de um declínio significativo na função cognitiva. Em segundo lugar, os testes neuropsicológicos padronizados administrados permitiram documentar o substancial prejuízo no desempenho cognitivo da paciente. Além disso, o relatório da médica neurologista datado de 5 de junho de 2018 (disponível no

Anexo 15) refere que os resultados da TAC evidenciaram uma atrofia frontotemporal importante. Cumpre o critério B, uma vez que os déficits cognitivos interferem na independência em atividades da vida diária (necessita de assistência em atividades instrumentais complexas da vida diária, tais como controlo medicamentoso). Cumpre o critério C: os déficits cognitivos não ocorrem exclusivamente no contexto de *delirium*. Cumpre o critério D: os déficits cognitivos não são mais bem explicados por outra perturbação mental (p. ex., perturbação depressiva maior, esquizofrenia). Quanto ao subtipo ou subtipos que a PNM pode assumir, penso que não disponho de informação suficiente para fazer uma proposta no sentido de o determinar, uma vez que o quadro ainda está pouco explícito em termos de sintomatologia específica. Com efeito, no mesmo relatório já supracitado, a sua médica neurologista refere que Z apresenta um tipo de demência que não é Alzheimer nem vascular. Para os outros subtipos não encontro evidências de sustentação perante a informação recolhida: nem de degeneração lobar frontotemporal, ou de doença com corpos de Lewy, nem do uso de substância/medicamento, nem de infeção por HIV, ou de doença de príon. Também não existem evidências disponíveis até ao momento de critérios para doença de Parkinson, doença de Huntington. Poderá tratar-se de PNM provocada por outra condição médica, ou por múltiplas etiologias. Como tal proponho o diagnóstico de Perturbação Neurocognitiva Maior Não especificada (799.59) (R41.9). Coloca-se também a questão do diagnóstico diferencial da PNM Não especificada face a perturbação de humor – episódio depressivo maior. Com base na história individual, existem evidências de Z ter tido um AVC (há 25 anos). Poderá também ter estado sujeita a eventuais alterações nos níveis hormonais uma vez que realizou tiroidectomia em 2012 (há 6 anos). Essas condições de saúde são contrárias à indicação do diagnóstico de depressão (APA, 2013). Associado aos AVC (como o que a paciente teve há 25 anos), costuma observar-se depressão, ocorrendo no espaço de poucos dias após o AVC na maior parte dos casos. No entanto, em algumas situações, o início da depressão ocorre semanas a meses depois do AVC. De facto, esta questão também não é fácil de responder em indivíduos idosos, em que as dificuldades de memória podem ser a queixa principal em presença de um episódio depressivo maior e ser confundidas com os sinais iniciais de uma demência (“pseudodemência”), que quando tratada com sucesso, os problemas de

memória frequentemente apresentam recuperação completa. No entanto, em alguns indivíduos, um episódio depressivo maior pode, às vezes, ser a apresentação inicial de uma demência irreversível (APA, 2013).

Propostas de intervenção

A análise das áreas problemáticas identificadas, a análise da funcionalidade da cliente e as hipóteses de diagnóstico psicopatológico, contribuíram para delinear a intervenção no âmbito de um processo terapêutico. Finda a entrevista e as atividades de endosso inseridas no processo de avaliação, foi explicado à paciente como é que os seus problemas se desenvolveram e qual o leque dos tratamentos possíveis, as suas indicações e contra-indicações. Além disso foram identificados possíveis obstáculos a uma intervenção eficaz e as formas como os mesmos poderiam ser prevenidos e/ou evitados. Nesta situação, que sinaliza a presença de uma condição de progressiva incapacitação, será indicada uma abordagem de reabilitação apoiada no modelo holístico, enquanto abordagem abrangente que vai para além da perspetiva das intervenções altamente específicas e circunscritas que se designam geralmente de remediação cognitiva (Ben-Yishay & Prigatano, 1990, cit. in Wilson et al., 2009), reconhecendo que devem ser tidas em conta as várias facetas: cognitiva, emocional e social do traumatismo cerebral, considerando que a forma como a pessoa pensa e sente, afeta o seu comportamento e afeta a sua reabilitação. Visa também incluir a família no processo e promover ao máximo a independência funcional em casa, na comunidade e no mundo do trabalho (SIGN, 2013; Wilson, et al., 2009).

Em conjunto com a paciente e, em parte, em colaboração com o filho e com o seu cuidador informal, foi então delineada uma intervenção que estabeleceu como objetivos: Realizar uma avaliação neuropsicológica adequada à situação, às queixas apresentadas por Z e à solicitação médica efetuada; Contribuir para melhorar a sua prestação ao nível da memória e das funções executivas; Apoiar Z no processo de reconstrução da sua identidade associada à atual condição de saúde, realçando competências e melhorando a sua perceção de autoeficácia; Reduzir queixas e sofrimento associado às problemáticas de saúde física, através do Treino de Inoculação do *Stress*; Contribuir para a resolução de situações problemáticas identificadas. As práticas terapêuticas foram

implementadas durante a realização de 17 sessões de Psicologia com a duração de 1 hora cada, com periodicidade variável, geralmente semanal ou quinzenal, em horário acordado com a paciente, no Gabinete da CPSM do CH. A Tabela 2 expõe de forma sucinta as estratégias e técnicas adotada na intervenção psicoterapêutica de Z.

Tabela 2 – Estratégias e técnicas adotadas na intervenção psicoterapêutica de Z

Queixa / sintomatologia	Estratégias e técnicas
Dor e desconforto consequência das quedas no domicílio.	Paradigma das aptidões de confronto, no âmbito do treino de inoculação do <i>stress</i> : Relaxamento muscular progressivo com componente imagética e respiração diafragmática.
Cognições disfuncionais face ao problema de solidão: O que vão dizer os vizinhos de me ver sozinha na rua? É uma vergonha estar divorciada.	Relato de ocorrências – sentimentos, cognições e comportamentos associados e reestruturação cognitiva.
Isolamento social.	Paradigma das aptidões de confronto, no âmbito do modelo de resolução de problemas: Levantamento de interesses e atividades de lazer e incentivo a retomar o coro. Reestruturação cognitiva
Dificuldades de memória, lentidão e funções executivas.	Estimulação cognitiva e reconstituição da história de vida

Várias sessões foram dedicadas à entrevista de avaliação comportamental e cognitiva e à administração de técnicas de endosso. A principal queixa da paciente, de dor, desconforto e de receios face ao futuro, foi bastante destacada e explorada nas vertentes fenomenológica, histórica e contextual. Em diversas sessões, incluindo as duas primeiras, à luz do paradigma das aptidões de confronto, no âmbito do treino de inoculação do *stress* foi realizada a prática de aptidões paliativas de confronto, que incidiram sobretudo sobre dois tipos: 1. Incentivo à expressão de emoções e de pensamentos por parte da paciente; 2. Terapêutica paliativa de relaxamento muscular progressivo, com respiração diafragmática (Gonçalves, 1996). Em cada sessão, foram-lhe dedicados os 10 a 15 minutos finais. Estas práticas de Treino de Inoculação do *Stress* foram implementadas para lidar com as problemáticas de dor e desconforto decorrentes de quedas no domicílio. A paciente aderiu bem às estratégias adotadas, mostrando-se mais calma e mais segura após cada sessão. No entanto, mostrou-se incapaz de proceder à sua aprendizagem e implementação destas técnicas na sua rotina. A escuta ativa como incentivo à sua expressão de

emoções e de pensamentos contribuiu para reforçar a aliança terapêutica e para reforçar a sua percepção de autoeficácia. Este foi um ponto central da intervenção, uma vez que veio conferir uma maior autodeterminação à paciente no próprio processo de ajuda. Ao início da intervenção, Z falava muito pouco e com grande lentidão, deixando ao seu cuidador a missão de comunicar com a psicóloga. Nas várias sessões foi-se queixando das quedas, das dores decorrentes, de hematomas e de inclusive uma fratura na omoplata direita: “hoje dei uma queda cá no Hospital! Estou toda dorida...” Realizei uma abordagem psicoeducativa acerca da prevenção das quedas e da minimização das suas consequências, nomeadamente abordei fatores de risco como o chão, calçado e roupa, mobília, iluminação, óculos e a importância do exercício físico (Diogo & Moura, 2016). Verifiquei que Z gostava de se equilibrar sobre bancos ou sobre diversos objetos sobrepostos e alertei-a bem como ao cuidador para o perigo envolvido. Encorajei Z a pedir ajuda às outras pessoas para chegar a pontos mais altos. Ao longo das várias sessões Z ia referindo que passa o dia na cama: “vou para a cama. Sinto-me triste, só estou bem na cama”. Na 3ª sessão expliquei que esse comportamento iria agravar bastante as dificuldades de conciliação do sono, os problemas de memória e todo o funcionamento cognitivo. Recomendei o recurso a atividades de passatempo em casa e a importância de sair mais vezes de casa. Perguntei porque não sai mais vezes de casa ao que Z respondeu: “O que vão dizer os vizinhos de me ver sozinha na rua?”. Realizei reestruturação cognitiva, devolvendo a questão a Z, ao que a mesma não encontrou nenhum aspeto negativo que lhe pudessem atribuir por sair de casa. No entanto, aprofundei mais esta questão e Z acabou por se lamentar de se ter divorciado: “o problema foi o divórcio, mas eu não aguentava mais...” Perguntei-lhe qual o problema do divórcio e Z referiu: “É uma vergonha estar divorciada”, mostrando-me que ainda usa aliança. Analisámos esta questão tentando encontrar vantagens caso tivesse continuado casada. Z ficou mais apaziguada com esta sintomatologia de ansiedade social que a tem vindo a atormentar. Na 4ª sessão explorámos melhor a sua história pessoal e familiar. Mais uma vez Z queixou-se de solidão e de isolamento. Explorámos as suas atividades e os seus interesses. Numa primeira abordagem Z referiu que não tinha nada, mas posteriormente referiu que em casa gosta muito de arranjar as flores da sua varanda. Referiu também que fazia parte do coro do CH. Recorrendo ao modelo

de resolução de problemas (D’Zurilla & Goldfried, 1971; D’Zurilla, 1990; Gonçalves, 1993), a atividade de coro foi encarada com uma alternativa de resolução para dois problemas: a solidão e a necessidade de estimulação cognitiva. Articulei com o cuidador informa de Z para atualizar informação relativa ao horário e local dos ensaios e a partir da semana seguinte Z voltou a participar regularmente no coro do CH, incluindo as saídas e apresentações públicas. De realçar, no entanto, que, uma vez que Z apresenta desorientação temporal, é o cuidador quem diariamente a avisa dos compromissos de agendamento destas atividades, de consultas médicas e de outras. As sessões seguintes incluíram atividades de avaliação neuropsicológica, tendo Z evidenciado muitas dificuldades, bem como uma tendência para desistir perante atividades mais complexas, que fomos contrariando, verificando-se que Z melhorou a sua autoconfiança. Na 5ª sessão Z referiu que tinha iniciado Fisioterapia, o que juntamente com as consultas e o coro, já lhe preenchem o horário de forma a que as idas à cama durante o dia já seriam pontuais. Na 6ª sessão Z relatou que tinha perdido uma placa com alguns dentes e que já tinha procurado tudo em casa. Analisámos as alternativas para retomar as suas buscas. Relatei-lhe de forma simples que os resultados da avaliação acusam dificuldades na memória, no ritmo de trabalho e em funções executivas. Analisámos a possibilidade de realizar atividades de estimulação cognitiva, ao que Z respondeu de forma positiva. Passámos então a agendar as consultas com maior frequência e regularidade. As 9ª e 10ª sessões foram dedicadas à administração da prova DRS-2, atendendo ao pedido formulado pela sua médica neurologista, de avaliação neuropsicológica. Apesar da persistência de algumas dificuldades e da lentidão, Z mostrou-se mais autoconfiante e menos desorientada que durante as atividades anteriores de avaliação realizadas.

As sessões seguintes foram dedicadas a atividades de estimulação cognitiva (no Anexo I5 estão disponíveis alguns materiais de suporte aos exercícios de estimulação cognitiva). Foram sendo analisadas as suas dificuldades (incapacidade de retomar atividades de voluntariado no CH) por contraposição com as suas competências e conquistas. Por exemplo foi “festejado” o facto de Z continuar no coro, bem como de se ter deslocado a visitar a irmã à Marinha Grande e de ter participado em alguns convívios familiares, tendo estado mais próxima das filhas.

Reflexão acerca do caso

Z é um caso marcante para mim por remeter para um conjunto de problemáticas que me são cada vez mais próximas e que hoje em dia são bastante comuns na população: os sofrimentos associados ao isolamento social e ao envelhecimento com processos demenciais. Z vivenciou um passado com perdas e desafios que foi superando em prol de um futuro com maior conforto e em família. Empreendeu, trabalhou, mas eis que a sua saúde e o seu relacionamento familiar se vieram a constituir como impeditivos do usufruto do que construiu.

A intervenção psicológica com Z, no seio de tantas intervenções de várias especialidades médicas constituiu-se como uma pequena gota. No entanto, pelas pequenas mudanças positivas observadas, podemos perceber que o apoio psicológico foi útil para a paciente e para o processo multidisciplinar em marcha.

A intervenção neuropsicológica com Z foi certamente muito útil como ajuda para minimizar os seus défices e para a participação mais autónoma e satisfatória nas atividades diárias.

As dificuldades que surgiram neste processo estão relacionadas com uma perceção muito frágil de autoeficácia que Z possui. Esta perceção está associada a desconhecimento e a receios face às implicações da sua atual condição de saúde na sua vida. Apesar de Z ter mostrado pouco *insight* e dificuldades neste processo, bem como reduzido envolvimento nas atividades “de casa”, confundindo datas, assuntos e instruções, a sua atitude de confiança face ao cuidador, ao filho e aos profissionais de saúde, deixando-se guiar, permitiu-lhe usufruir desta intervenção com maior plenitude, tendo podido empreender algumas mudanças positivas face à sua condição de saúde e à sua vida.

Sabemos que esta condição tem associado um processo em marcha, de inevitável deterioração que exigirá posteriormente outras medidas, mas até lá, Z manter-se-á na consulta por mais algum tempo.

Reflexão final

Estas últimas linhas testemunham a conclusão de um percurso em que tive a sorte de poder enfrentar vários desafios. Fiz novas aprendizagens e apliquei-as no contexto, conciliei o meu trabalho com o estágio, confrontei-me com um contexto de saúde muito vasto, intensivo e imersivo.

O contexto do estágio em questão deverá ser dos melhores locais de formação em contexto para a Psicologia da Saúde e Neuropsicologia, pela diversidade e quantidade de situações e de solicitações apresentadas ao psicólogo.

Um dos contributos mais importantes que esta experiência me proporcionou foi a ligação entre a teoria e a prática, pois esta unidade curricular contribuiu para operacionalizar algumas abordagens e contextos nucleares de intervenção da Psicologia da Saúde e da Neuropsicologia. Mostrou também a existência de pontes entre diversos domínios da psicologia: clínica (em especial nas abordagens cognitivo-comportamentais), educacional (nas abordagens psicoeducativas) e organizacional (pelo seu carácter holístico, ecológico e sistémico subjacente e permanente).

Se tivesse que resumir todas estas ideias numa única, diria que no final, o objetivo da intervenção é sempre o ser humano fragilizado, a necessitar de ser ouvido, compreendido e ajudado. Perante as idiosincrasias de cada paciente o psicólogo tem de contar principalmente consigo, com as suas atitudes, competências e instrumentos de trabalho.

O que me tirou do “sossego” da minha atividade profissional e da minha já considerável experiência na área da educação? O que me motivou a realizar outro mestrado?

A intenção de me diferenciar e de me capacitar com uma extraordinária ferramenta de ajuda.

O desejo de me desafiar antes que me acomodasse e a vontade de aprender mais nos domínios da Psicologia clínica da Saúde e da Neuropsicologia, que me parecem ter grande potencial para (re)capacitar a minha intervenção na área da educação e para intervenções futuras ou investigação nestas áreas específicas.

Referências bibliográficas

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition: DSM-IV*. Washington DC: APA
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition: DSM-5*. Arlington, VA: APA.
- American Psychological Association Practice Directorate (1989). *Practicing Psychology in Hospitals and Other Health Care Facilities*. Washington, DC: APA.
- Arnett, J. A., & Labovitz, S. S. (1995). Effect of physical layout in performance of the Trail Making Test. *Psychological Assessment, 7*(2), 220–221. doi:10.1037/1040-3590.7.2.220
- Arzeno, M. E. G. (2003). *Psicodiagnóstico clínico*. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 151 p.
- Baile, W., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, E., & Kudela, A. (2000). SPIKES – A six step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist, 5*, 302-311.
- Barletta, J. B., Fonseca, A. L. & Delabrida, Z. N. (2012). A importância da supervisão de estágio clínico para o desenvolvimento de competências em terapia cognitivo-comportamental. *Psicologia: teoria e prática, 14*(3), 153-167. Recuperado em 19 de agosto de 2018, de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872012000300013&lng=pt&tlng=pt.
- Beck, A., Brown, G., Berchick, R. Stewart, B. & Steer, R. (1990). Relationship between hopelessness and ultimate suicide: a replication with psychiatric out-patients. *American Journal of Psychiatry, 147*, 190-195.

- Ben-Yishay, Y., & Diller, L. (2011). *Handbook of Holistic Neuropsychologic Rehabilitation*. New York: Oxford University Press.
- Brown, G. W., Lemyre, L., & Bifulco, A. (1992). Social factors and recovery from anxiety and depressive disorders. A test of specificity. *The British Journal of Psychiatry*, 161(1), 44-54.
- Buysse, D. J., Reynolds III, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R., & Kupfer, D. J. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Journal of Psychiatric Research*, 28(2), 193-213.
- Caldas de Almeida J. M., Xavier, M. (2013). *Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental – 1 Relatório*. Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas.
- Cardoso, R. M. (2012). *Competências Clínicas de Comunicação*. Porto: FM-UP.
- Castro, S. L., Cunha, L. S. & Martins, L. (2000) [on-line]. Teste Stroop Neuropsicológico em Português. Disponibilizado por *Laboratório de Fala da Faculdade de Psicologia da Universidade do Porto* em <http://www.fpce.up.pt/labfala>
- Cavaco, S. & Teixeira-Pinto (2011). *DRS – 2. Escala de Avaliação da Demência – 2. Manual Técnico*. CEGOC.
- Cordioli, A., & Knapp, P. (2008). A terapia cognitivo-comportamental no tratamento dos transtornos mentais. *Revista brasileira de psiquiatria*, 30 (Supl II), 51-53.
- Diogo, A. M. & Moura, M. (2016). *Manual do Cuidador. Prevenção de quedas em idosos no domicílio. Estrutura de Missão Rede Regional de Cuidados Continuados*. Governo dos Açores. Direção Regional da Solidariedade Social. Disponível em:
file:///C:/Users/Curiosity/Downloads/Envelh_ativo_manual-cuidador-prevenção-quedas.pdf

- D'Zurilla, T. J. & Goldfried, M. R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 107-126.
- D'Zurilla, T. J. (1990). Problem-solving training for effective stress management and prevention. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 4, 327–355.
- Enders, G. (2015). *A vida secreta dos intestinos*. Alfragide: Lua de papel.
- Fernández-Ballesteros, R., De Bruyn, E., Godoy, A., Hornke, L., Ter Laak, J., Vizcarro, C., Zaccagnini, J. (2001). Guidelines for the Assessment Process (GAP): A Proposal for Discussion. *European Journal of Psychological Assessment*, 1, 187–200. doi:org/10.1027//1015-5759.17.3.187
- Ferreira, A., 2011, 16 de maio). Destaque Centro Hospitalar ~~XXXXXXXXXX~~, EPE. *Houseletter Centro Hospitalar ~~XXXXXXXXXX~~, E.P.E.*, 16. Consultado em: [http://portal-ch~~xx~~.min-saude.pt/uploads/document/file/615/Houseletter_n__16.pdf](http://portal-chxx.min-saude.pt/uploads/document/file/615/Houseletter_n__16.pdf)
- Ferreira P. L. (2012). Criação da versão portuguesa do MOS SF-36. Parte II – Testes de validação. *Acta Med Port*, 13(3): 119-27. doi:10.1016/j.rpsp.2012.12.007
- Freitas, S., Simões, M., Martins, C., Vilar, M., & Santana, I. (2010). Estudos de adaptação do Montreal Cognitive Assessment (MoCA) para a população portuguesa. *Avaliação Psicológica*, 9(3), 345-357.
- Freitas, S., Simões, M. R., Santana, I., Martins, C. & Nasreddine, Z. (2013). *Montreal Cognitive Assessment (MoCA): Versão 1*. Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Gonçalves, C. & Laranjeira, R. (2016). *Viver sem Ansiedade. Agora e para sempre*. Lisboa: Verso da Kapa.

- Gonçalves, O. (1993). *Terapias cognitivas: teorias e práticas*. Porto: Edições Afrontamento.
- Gonçalves, O. (1990). *Terapia Comportamental. Modelos teóricos e Manuais Terapêuticos*. Porto: Jornal de Psicologia.
- Gorayeb, R.; Facchini, G. B.; Almeida, P. L.; Siguihura, A. L.; Nakao, R. T.; & Schmidt, A. (2015). Efeitos de Intervenção Cognitivo-Comportamental sobre Fatores de Risco Psicológicos em Cardiopatas. *Psicologia: Teoria e Pesquisa Jul-Set*, 3, 355-363. Consultado em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-37722015032103355363>
- Grandner, M. A., Kripke, D. F., Yoon, I.-Y., & Youngstedt, S. D. (2006). Criterion validity of the Pittsburgh Sleep Quality Index: Investigation in a non-clinical sample. *Sleep and Biological Rhythms*, 4(2), 129–139.
doi:<http://doi.org/10.1111/j.1479-8425.2006.00207.x>
- Guerra, M. P.; Lima, L. (Coord.) (2005). *Intervenção psicológica em grupos em contextos de saúde*. Lisboa: Climepsi editores.
- Kabat-Zinn, J., Massion, A. O., Kristeller, J., Gay Perterson, L., Fletcher, K. E., Pbert, L., et al. (1992). Effectiveness of a Mediation-Based Stress Reduction Program in the Treatment of Anxiety Disorders. *American Journal of Psychiatry*, 149, 936–943.
- Labus, J., Gupta, A., Gill, H. K., Posserud, I., Mayer, M., Raen, H., ... Mayer, E. A. (2013). Randomised clinical trial: Symptoms of the irritable bowel syndrome are improved by a psycho-education group intervention. *Aliment Pharmacol Ther*, 37, 304–315.
- Lazarus, A. A. (2008). Multimodal Therapy. In R.J. Corsini & D. Wedding (Eds.) *Current Psychotherapies* (8th ed., pp. 368-401). Belmont, CA: Thompson.

- Lima, M., Rebouças, F., & Grave, L. (2018). Formação em Psicologia: dimensões da supervisão compartilhada na atenção básica à saúde. In: I. Leal, S. Humboldt, C. Ramos, A. Valente, & J. Ribeiro (Eds.). (2018). *12º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde: Promover e Inovar em Psicologia da Saúde: Actas*, pp. 671-680. Lisboa: ISPA - Instituto Universitário.
- Lopes, C. A. & Couto, E. I. (1999). A Psicologia da Saúde na revista “Análise Psicológica”: Estudo Bibliométrico. *Análise Psicológica*, 3 (XVII): 45-470.
- Lusa (2015, 17 de agosto). Hospital ~~XXXXXXXXXX~~ com novas unidades de Psiquiatria. Espaços para jovens e idosos. *Correio da Manhã*. Disponível em:
http://www.cmjornal.pt/portugal/detalhe/hospital_XXXXXXXXXX_com_duas_novas_unidades_de_psiquiatria_para_jovens_e_idosos
- Matarazzo, J. D. (1980). Behavioral health and behavioral medicine. Frontiers for a new health psychology. *American Psychologist*, 35(9), 807-817.
- Miliacca, C., Gagliardi, G. & Pescatori, M. (2010). The 'Draw-the-Family Test' in the preoperative assessment of patients with anorectal diseases and psychological distress: a prospective controlled study. *Colorectal Dis*, 12(8), 792-8. doi: 10.1111/j.1463-1318.2009.01985.x.
- Ministério da Saúde (1994, 22 de setembro). Decreto lei nº 241/ 94. Inclusão da Psicologia Clínica nos Ramos de Atividades da Carreira dos Técnicos Superiores de Saúde. *Diário da República*, 220 – 1ª Série-A, 220, pp. 5671-5673.
- Ministério da Saúde (2014, 30 de setembro). Conceito, processo de identificação, Aprovação e Reconhecimento dos Centros de Referência Nacionais para a Prestação de Cuidados de Saúde. *Diário da República*, 1.ª série, 188, pp. 5103-5108

- Nogueira, G. S., Zanin, C. R. & Netinho, J. G. (2010). Intervenção Cognitivo-Comportamental em Paciente com Constipação Intestinal: Relato de Caso. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 6 (1). doi: 10.5935/1808-5687.20100008.
- Ogden, J. (2012). *Health Psychology: A textbook* (5th ed.) (pp.1-14). Berkshire: McGraw-Hill.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (2016, 26 de dezembro). Código Deontológico com Primeira Revisão. *Diário da República*. 2^a Série, 246/2. Disponível em:
https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/web_cod_deontologico_pt_revisao_2016.pdf
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (2018, fevereiro). *Guia para Implementação dos Serviços | Unidades | Núcleos de Psicologia no SNS*. Consultado em: http://recursos.ordemdospsicologos.pt/files/artigos/_guia_para_implementa_o_dos_servi_os_unidades_ou_n_cleos_de_psicologia_no_sns.pdf
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (2018, janeiro). *Orientações para as especialidades. Neuropsicologia. Especialidades Avançadas de Psicologia Clínica e da Saúde*. Consultado em: https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/orientaa_aoes_especialidades_neuropsicologia_regular_.pdf
- Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R., & Baltar, M. (2007). Validation Study of a Portuguese version of the hospital anxiety and depression scale. *Psychology, Health & Medicine*, 12 (2), 225-237.
- Parlamento Europeu & Conselho da União Europeia (2011, 4 de abril). Directiva 2011/24/UE do Parlamento Europeu e do Conselho de 9 de Março de 2011 relativa ao Exercício dos Direitos dos Doentes em matéria de Cuidados de Saúde Transfronteiriços. *Jornal Oficial da União Europeia*, L 88, pp. 45-65.

- Paulo, I. (2015, 22 de setembro). Ranking dos hospitais. ~~XXXXXX~~, mestre no ofício de bem cuidar. *Jornal Expresso*. Disponível em: <https://expresso.sapo.pt/sociedade/2015-09-22-Ranking-dos-hospitais.-xxxxxx-mestre-no-oficio-de-bem-cuidar#gs.yco79y8>
- Peterson, C.; Maier, S. F. & Seligman, M. E. (1993). *Learned Helplessness. A Theory for the Age of Personal Control*. New York: Oxford University Press.
- Podzemny, V., Pescatori, L. C., & Pescatori, M. (2015). Management of obstructed defecation. *World Journal of Gastroenterology*, 21(4), 1053. doi:10.3748/wjg.v21.i4.1053
- Pombo, S., & Ferro, A.. (2016). *Manual psicoeducativo sobre ansiedade e perturbação de pânico*. Lisboa: HSM Bial. Consultado em: https://www.researchgate.net/publication/303863597_Manual_psicoeducativo_sobre_ansiedade_e_perturbacao_de_panico_S_Pombo_A_Ferro
- Qin, H. Y., Cheng, C. W., Tang, X. D. & Bian, Z. X. (2014). Impact of psychological stress on irritable bowel syndrome. *World Journal of Gastroenterology*, 20, 14126–31.
- Ribeiro, J. L., & Leal, I. (1996). Psicologia clínica da saúde. *Análise Psicológica*, 14 (4), 589-599.
- Santos, M. (2017, 14 de maio). Internamento de Medicina Física e de Reabilitação do CHXX celebra 5.º aniversário. *Just News*. Disponível em: <https://www.justnews.pt/noticias/internamento-de-medicina-fisica-e-de-reabilitacao-do-chxx-celebra-5o-aniversario#.W3gVCvZFzIU>
- Santos, S. & Silva, D. (1997). *Adaptação do Stait-Trait Anxiety Inventory STAY (Form Y)*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.

- Schiavo, R. (2007). *Health Communication. From theory to Practice*. San Francisco: Jossey Bass.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) (2013). Brain injury rehabilitation in adults. Edinburgh: SIGN; (SIGN publication no. 130). [March 2013]. Available from URL: <http://www.sign.ac.uk>
- Silva, D. R. & Campos, R. (1998). Alguns dados normativos do Inventário de Estado-Traço de Ansiedade – Forma Y (STAI-Y), de Spielberger, para a população portuguesa. *Revista Portuguesa de Psicologia*, 33, 71-89.
- Sítio oficial do Centro Hospitalar ~~XXXXXXXXXX~~. <http://portal-chxx.min-saude.pt/pages/563>
- Teixeira, J.A.C. (2002). Psicologia da Saúde em Portugal: panorâmica breve. *Análise Psicológica*, 20(1): 165-170
- Teixeira, J.A.C. (2004). Psicologia da Saúde. *Análise Psicológica*, 22(3), 441-448.
- Trinca, W. (1984). Processo diagnóstico de tipo compreensivo. In: W. Trinca *Diagnóstico psicológico. A prática clínica*. São Paulo: EPU, pp. 14-24.
- Universidade do Porto (2010). *Inauguração do Hospital* ~~XXXXXXXXXX~~ Disponível em: http://centenario.up.pt/ver_momento47e8.html?id_momento=48
- Vieira-Baptista, P., Lima-Silva, J., Cavaco-Gomes, J., Beires, J. (2015). Vulvodinia em Portugal: estaremos a diagnosticar e tratar adequadamente? *Acta Obstet Ginecol Port*, 9, 3, 228-234.
- Williams, M. & Penman, D. (2016). *Mindfulness. Atenção Plena. O plano de oito semanas que libertou milhões de pessoas do stress e da ansiedade* (11ª Ed.). Trad. Port. Alfragide: Lua de Papel.

Wilson, B., Gracey, F. Evans, J. J., & Bateman, A., (2009). *Neuropsychological Rehabilitation: Theory, models, therapy and outcomes*. Cambridge: Cambridge University Press.



Relatório de Estágio

FERNANDA MARIA AGOSTINHO MOEDAS

Parte II

Relatório para a Obtenção do Grau de Mestre em Psicologia da Saúde e
Neuropsicologia

Gandra, setembro de 2018



Fernanda Maria Agostinho Moedas

Código de aluno: 24833

Anexos ao Relatório de estágio

Anexos ao Relatório de estágio curricular integrado no Mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia do Instituto Universitário de Ciências da Saúde

Supervisora: Prof^a. Dra. Maria Emília Areias

Gandra

Ano letivo 2017/2018

Índice de Anexos

Anexo A – Plano de estágio curricular

- A1 – Diagrama de Gantt do estágio
- A2 – Horário de funcionamento da estagiária
- A3 – Plano de atividades da estagiária

Anexo B – Consultas psicológicas

- B1 – Instrumentos de avaliação utilizados em estágio no CH
- B2 – Relatórios de avaliação psicológica e neuropsicológica
- B3 – Levantamento das consultas psicológicas, por serviço

Anexo C – Intervenção psicoeducativa junto de grupo pessoas com perturbação de ansiedade

- C1 – Apresentação sobre o Relaxamento Imagético
- C2 – Folheto informativo sobre o Relaxamento Imagético
- C3 – Apresentação sobre o Treino de Resolução de Problemas
- C4 – Folheto informativo sobre o Treino de Resolução de Problemas
- C5 – Apresentação sobre Saber Dizer Não
- C6 – Folheto informativo sobre Saber Dizer Não
- C7 – Apresentação sobre Higiene do Sono
- C8 – Folheto informativo sobre Higiene do Sono
- C9 – Apresentação sobre *Mindfulness* – Redução do *Stress* baseado na Atenção Plena
- C10 – Folheto informativo sobre *Mindfulness* – Redução do *Stress* baseado na Atenção Plena

Anexo D – Intervenção psicoeducativa junto de grupo pessoas em reabilitação cardíaca

- D1 – Apresentação sobre Respiração Diafragmática
- D2 – Folheto informativo sobre Respiração Diafragmática

Anexo E – Intervenção psicoeducativa junto de grupo pessoas com SOD ou em reabilitação do pavimento pélvico

Anexo F – Listagem de apresentações temáticas no âmbito das reuniões da UPCHD e de apresentações científicas da CPSM

Anexo G – Outras atividades realizadas durante o estágio curricular

G1 – Poster: *Prevalência dos Distúrbios Emocionais de Pacientes em Reabilitação do Pavimento Pélvico*. Porto, Jornadas CESPUP – 22 de maio de 2018

G2 – Comunicação Oral: *Fundamentos para a intervenção psicológica na Síndrome de Obstrução Defecatória*: 4º Congresso da Ordem dos Psicólogos Portugueses, Braga – 15 de setembro de 2018

G3 – Apresentação utilizada na Comunicação Oral: *Fundamentos para a intervenção psicológica na Síndrome de Obstrução Defecatória*: 4º Congresso da Ordem dos Psicólogos Portugueses, Braga – 15 de setembro de 2018

G4 – Apresentação utilizada na sessão na Unidade de Ação para a Integração e o Desenvolvimento sobre *Desenvolvimento de Competências e Inserção Profissional*

G5 – Apresentação sobre Depressão

G6 – Folheto sobre Depressão

G7 – Apresentação utilizada na sessão de apresentação de caso clínico a turma da Licenciatura de Psicologia do IUCS

G8 – Atividades e eventos culturais

Anexo H – Caso clínico K

H1 – Ficha clínica sobre Vulvodinia

H2 – Conceptualização cognitivo-comportamental

H3 – Resultados de K nos instrumentos administrados (técnicas de endosso)

H4 – Resultados de K na MINI

H5 – Resultados de K na HADS

H6 – Resultados de K no STAY-Y

H7 – Critérios de diagnóstico para Perturbação de Stress Pós-Traumático, segundo o DSM-5

H8 – *Curriculum vitae* de K

Anexo I – Caso clínico Z

I1 – Resultados de Z nos instrumentos administrados (técnicas de endosso)

I2 – 1º Relatório de avaliação neuropsicológica de Z

I3 – 2º Relatório de avaliação neuropsicológica de Z

I4 – Relatório de neurologista datado de 5 de junho de 2018

I5 – Exercícios de estimulação cognitiva utilizados com Z

I6 – Critérios de diagnóstico para Perturbação Neurocognitiva Maior, segundo o DSM-5

Anexo A
Plano de estágio curricular

A1

Diagrama de Gantt do estágio

Diagrama de Gantt do estágio

Atividade / Tempo	2017						2018								
	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S
Pesquisa bibliográfica	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Atribuição do estágio curricular	■														
Reuniões de supervisão de estágio - IUCS				■	■	■	■	■	■	■	■	■	■		
Observação de atividades realizadas pela orientadora de estágio no SMFR e na CPSM				■	■	■	■	■	■	■	■	■	■		
Tertúlia <i>Saúde Mental e Arte</i> . Museu de Serralves, organizado pela UPCHD, 10 de outubro				■											
Reuniões da UPCHD				■	■	■	■	■	■	■	■	■	■		
Reuniões científicas da CPSM				■	■	■	■	■	■	■	■	■	■		
Avaliação psicológica no SMFR e na CPSM					■	■	■	■	■	■	■	■	■		
Intervenção psicoeducativa: grupo com patologias cardíacas						■	■	■	■	■	■	■	■		
Atividades comemorativas Natal, organizadas pela UPCHD							■								
Consultas externas na CPSM						■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Consultas externas no SMFR							■	■	■	■	■	■	■	■	■
Intervenção psicoeducativa: grupo com perturbações de ansiedade							■	■	■	■	■	■	■		
Realização de Sessão na UADI: <i>Desenvolvimento de Competências e Inserção Profissional</i> , 12 de abril										■					
Elaboração de Poster. Jornadas CESPU, 22 de maio											■				
Apresentação: <i>Caso Clínico - IUCS - Licenciatura de Psicologia</i> , 11 de junho												■			
Atividades comemorativas São João, organizadas pela UPCHD												■			
Redação do relatório de estágio			■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Entrega do relatório de estágio															■
Participação em Comunicação Oral. 4º Congresso OPP, 15 de setembro															■
Apresentação e discussão do relatório de estágio															D.I.

IUCS – Instituto Universitário de Ciências da Saúde

SMFR – Serviço de Medicina Física e de Reabilitação

CPSM – Clínica de Psiquiatria e de Saúde Mental

UPCHD – Unidade de Psiquiatria Comunitária e Hospital de Dia

UADI – Unidade de Ação para a Integração e o Desenvolvimento

OPP – Ordem dos Psicólogos Portugueses

D.I. – Data indeterminada

A2

Horário de funcionamento da estagiária

Horário de funcionamento da estagiária

	2ª feira	3ª feira	4ª feira	5ª feira	6ª feira
MANHÃ		<ul style="list-style-type: none"> - Consultas externas do Serviço de Medicina Física e de Reabilitação - Intervenção psicoeducativa no grupo: patologias cardíacas 	<ul style="list-style-type: none"> - Reuniões da Unidade de Psiquiatria Comunitária e Hospital de Dia - Reuniões científicas da Clínica de Psiquiatria e de Saúde Mental 		<ul style="list-style-type: none"> - Consulta de crise (<i>life events</i>) com apoio de psiquiatria (participação quinzenal)
TARDE	<ul style="list-style-type: none"> - Reuniões de supervisão: IUCS 	<ul style="list-style-type: none"> - Consultas externas da Clínica de Psiquiatria e de Saúde Mental 	<ul style="list-style-type: none"> - Intervenção psicoeducativa no grupo: perturbações de ansiedade 		

A3

Plano de atividades da estagiária

Plano de atividades da estagiária

Mês	Atividades
Setembro de 2017	Reunião de acolhimento no Centro Hospitalar (CH)
Outubro de 2017	<p>Início da observação de consultas externas realizadas pela orientadora de estágio no Serviço da Medicina Física e de Reabilitação (SMFR)</p> <p>Início da observação de consultas externas realizadas pela orientadora de estágio na Clínica de Psiquiatria e de Saúde Mental (CPSM)</p> <p>Participação em reuniões da Unidade de Psiquiatria Comunitária e Hospital de Dia (UPCHD)</p> <p>Participação em reuniões científicas da CPSM</p> <p>Participação no Encontro Internacional comemorativo do Dia Internacional da Saúde Mental. Tertúlia: <i>Saúde Mental e Arte</i>. Museu de Serralves, 10 de outubro, organizado pela UPCHD</p> <p>Participação em reuniões de supervisão de estágio - Instituto Universitário de Ciências da Saúde (IUCS)</p>
Novembro de 2017	<p>Observação de consultas externas realizadas pela orientadora de estágio no SMFR e na CPSM</p> <p>Participação em reuniões da UPCHD</p> <p>Participação em reuniões científicas da CPSM</p> <p>Participação em reuniões de supervisão de estágio – IUCS</p> <p>Início da realização de atividades de avaliação psicológica no Serviço MFR e na CPSM</p> <p>Final do mês: início da realização de consultas externas na CPSM, de forma autónoma</p>
Dezembro de 2017	<p>Observação de consultas externas realizadas pela orientadora de estágio no SMFR e na CPSM</p> <p>Participação em reuniões da UPCHD</p> <p>Participação em reuniões científicas da CPSM</p> <p>Início da participação na intervenção psicoeducativa com o grupo: patologias cardíacas</p> <p>Realização de atividades de avaliação psicológica no SMFR e na CPSM</p> <p>Realização de consultas externas na CPSM</p> <p>Participação em reuniões de supervisão de estágio – IUCS</p> <p>Participação na Festa de Natal da CPSM</p>
Janeiro de 2018	<p>Observação de consultas externas realizadas pela orientadora de estágio no SMFR e na CPSM</p> <p>Participação em reuniões da UPCHD</p> <p>Participação em reuniões científicas da CPSM</p> <p>Participação na intervenção psicoeducativa com o grupo: patologias cardíacas</p> <p>Realização de atividades de avaliação psicológica no SMFR e na CPSM</p> <p>Realização de consultas externas na CPSM</p> <p>Participação em reuniões de supervisão de estágio – IUCS</p> <p>Início da realização de consultas externas no SMFR, de forma autónoma</p> <p>Início da participação na intervenção psicoeducativa com o grupo: pessoas com perturbação de ansiedade</p>
Fevereiro de 2018	<p>Observação de consultas externas realizadas pela orientadora de estágio no SMFR e na CPSM</p> <p>Participação em reuniões da UPCHD</p> <p>Participação em reuniões científicas da CPSM</p> <p>Participação na intervenção psicoeducativa com o grupo: patologias cardíacas</p> <p>Participação na intervenção psicoeducativa com o grupo: pessoas com perturbação de ansiedade</p> <p>Realização de atividades de avaliação psicológica no SMFR e na CPSM</p> <p>Realização de consultas externas na CPSM e no SMFR</p> <p>Participação em reuniões de supervisão de estágio – IUCS</p>

Mês	Atividades
Março de 2018	<p>Observação de consultas externas realizadas pela orientadora de estágio no SMFR e na CPSM</p> <p>Participação em reuniões da UPCHD</p> <p>Participação em reuniões científicas da CPSM</p> <p>Participação na intervenção psicoeducativa com o grupo: patologias cardíacas</p> <p>Participação na intervenção psicoeducativa com o grupo: pessoas com perturbação de ansiedade</p> <p>Realização de atividades de avaliação psicológica no SMFR e na CPSM</p> <p>Realização de consultas externas na CPSM e no SMFR</p> <p>Participação em reuniões de supervisão de estágio – IUCS</p>
Abril de 2018	<p>Observação de consultas externas realizadas pela orientadora de estágio no SMFR e na CPSM</p> <p>Participação em reuniões da UPCHD</p> <p>Participação em reuniões científicas da CPSM</p> <p>Participação na intervenção psicoeducativa com o grupo: patologias cardíacas</p> <p>Participação na intervenção psicoeducativa com o grupo: pessoas com perturbação de ansiedade</p> <p>Realização de atividades de avaliação psicológica no SMFR e na CPSM</p> <p>Realização de consultas externas na CPSM e no SMFR</p> <p>Participação em reuniões de supervisão de estágio – IUCS</p> <p>Realização de Sessão na Unidade de Ação para a Integração e o Desenvolvimento (UADI) sobre Desenvolvimento de Competências e Inserção Profissional (12 de abril de 2018)</p>
Maio de 2018	<p>Observação de consultas externas realizadas pela orientadora de estágio no SMFR e na CPSM</p> <p>Participação em reuniões da UPCHD</p> <p>Participação em reuniões científicas da CPSM</p> <p>Participação na intervenção psicoeducativa com o grupo: patologias cardíacas</p> <p>Participação na intervenção psicoeducativa com o grupo: pessoas com perturbação de ansiedade</p> <p>Realização de atividades de avaliação psicológica no SMFR e na CPSM</p> <p>Realização de consultas externas na CPSM e no SMFR</p> <p>Participação em reuniões de supervisão de estágio – IUCS</p> <p>Participação na elaboração do Poster: <i>Prevalência dos Distúrbios Emocionais de Pacientes em Reabilitação do Pavimento Pélvico</i>. Apresentado nas Jornadas CESPU – 2018 (Porto, 22 de maio de 2018)</p>
Junho de 2018	<p>Observação de consultas externas realizadas pela orientadora de estágio no SMFR e na CPSM</p> <p>Participação em reuniões da UPCHD</p> <p>Participação em reuniões científicas da CPSM</p> <p>Participação na intervenção psicoeducativa com o grupo: patologias cardíacas</p> <p>Participação na intervenção psicoeducativa com o grupo: pessoas com perturbação de ansiedade</p> <p>Realização de atividades de avaliação psicológica no SMFR e na CPSM</p> <p>Realização de consultas externas na CPSM e no SMFR</p> <p>Participação em reuniões de supervisão de estágio – IUCS</p> <p>Participação na Sardinhada e no Concurso de Martelos de São João, no Serviço Comunitário da CPSM</p> <p>Sessão de Apresentação: <i>Caso Clínico</i> – IUCS – a alunos da Licenciatura de Psicologia (Gandra, 11 de junho de 2018)</p>

Mês	Atividades
Julho de 2018	Observação de consultas externas realizadas pela orientadora de estágio no SMFR e na CPSM Participação em reuniões da UPCHD Participação em reuniões científicas da CPSM Participação na intervenção psicoeducativa com o grupo: patologias cardíacas Participação na intervenção psicoeducativa com o grupo: pessoas com perturbação de ansiedade Realização de atividades de avaliação psicológica no SMFR e na CPSM Realização de consultas externas na CPSM e no SMFR Participação em reuniões de supervisão de estágio – IUCS
Agosto de 2018	Realização de consultas externas na CPSM e no SMFR (<i>follow up</i>)
Setembro de 2018	Participação na Comunicação Oral: <i>Fundamentos para a intervenção psicológica na Síndrome de Obstrução Defecatória</i> : 4º Congresso da Ordem dos Psicólogos Portugueses (Braga, 15 de setembro de 2018)

Anexo B

Consultas psicológicas

B1

Instrumentos de avaliação utilizados em estágio no CH

Instrumentos de avaliação utilizados em estágio no CH

Listagem:

BDI-II (Escala de Depressão de Beck)
BSI (*Brief Symptom Inventory*: Inventário de Sintomas Psicopatológicos)
COPS (*California Occupational Preference System*)
DRS – 2 (Escala de Avaliação da Demência - Versão 2)
Escala de Auto-Apreciação Pessoal
ESSS (Escala de Satisfação com Suporte Social)
FSFI (Índice de Funcionamento Sexual Feminino)
HADS (*Hospital Anxiety and Depression Scale*)
IIEF (Índice Internacional de Função Erétil)
MINI (*Mini International Neuropsychiatric Interview*)
MMPI-2 (Inventário Multifásico de Avaliação da Personalidade – 2)
MoCA (*Montreal Cognitive Assessment*)
OMS-SF-36 (Questionário do Estado de Saúde)
PSQI (*Pittsburgh Sleep Quality Index*)
SF-36, V2 (Questionário de Estado de Saúde)
STAI-Y (*State-Trait Anxiety Inventory*)
Stroop (Teste de Stroop de Cores e Palavras)
TMT (*Trail Making Test*)
WAIS-III (Escala de Wechsler de Inteligência para Adultos)
 Sub-teste Código
 Sub-teste Pesquisa de Símbolos
WMS-III (Escala de Memória de Wechsler)

Detalhes:

- BDI-II (Escala de Depressão de Beck). (Beck, 1971, versão portuguesa de Ponciano et al., 2004) é um questionário de autorrelato para avaliação da depressão.

- BSI (*Brief Symptom Inventory*: Inventário de Sintomas Psicopatológicos) (Derogatis, 1993, versão portuguesa de Canavarro, 1995). Permite a avaliação rápida e breve do tipo e gravidade de sintomas de um paciente em 9 dimensões [Somatização (SOM); Obsessivo-Compulsivo (O-C); Sensitividade Interpessoal (S-I); Depressão (DEP); Ansiedade (ANX); Hostilidade (HOS); Ansiedade Fóbica (FOB); Ideação Paranoide (PAR); Psicoticismo (PSY)] e em 3 Índices Globais [Índice Gravidade Sintomas (IGS/GSI); Total Sintomas Positivos (TSP/PST); Índice Sintomas Positivos (ISP/PSDI)].

- COPS (*California Occupational Preference System*) (Knapp & Knapp, 1982). Questionário de interesses Profissionais organizados em Nove Domínios que representam atividades típicas de um determinado grupo de profissões. Organiza as profissões em diferentes níveis - Superior e Técnico, relativamente ao nível de formação e à responsabilidade e autonomia exigidos.

- DRS – 2 (Escala de Avaliação da Demência - Versão 2) (Jurica, Christopher, Leitten & Mattis, adaptação portuguesa de Cavaco & Teixeira-Pinto, 2011). Faz uma avaliação global da capacidade cognitiva em adultos com níveis baixos de funcionamento cognitivo, distinguindo entre diferentes níveis de capacidade em sujeitos com demência. É composta por 5 subescalas: Atenção, Iniciação/Perseveração, Construção, Conceptualização e Memória.

- Escala de Auto-Apreciação Pessoal (Pais-Ribeiro, 2004) que é uma escala breve e unidimensional de autoapreciação global do indivíduo ou de autoestima.

- ESSS (Escala de Satisfação com Suporte Social) (Pais-Ribeiro, 1999), que é uma escala de avaliação da satisfação com o suporte social existente para a saúde, bem-estar, qualidade de vida e mal-estar. É constituída por 3 subescalas:

satisfação com amizades, satisfação com a intimidade e satisfação com a família.

- FSFI (Índice de Funcionamento Sexual Feminino) (Rosen et al., 2000. Tradução e adaptação de Pedro Nobre, 2002), instrumento multidimensional que avalia as diversas fases associadas ao ciclo de resposta sexual em mulheres.

- HADS (*Hospital Anxiety and Depression Scale*) (Zigmond & Snaith, 1983; Lovibond & Lovibond; Pais-Ribeiro et al., 2007) - questionário de autorrelato breve, que tem como objetivo avaliar, os níveis de Ansiedade e Depressão em doentes com patologia e em tratamento ambulatorio (níveis leves de *distress* em doentes com patologias físicas e não psiquiátricas).

- IIEF (Índice Internacional de Função Erétil) (Rosen et al., 1997. Tradução e adaptação de Pedro Nobre, 2002) para avaliação da função sexual, auxiliando no diagnóstico e na classificação da disfunção erétil.

- MINI (*Mini International Neuropsychiatric Interview*) (Sheenan & Lecrubier, 1998; Versão Portuguesa 5.0.0 de Guterres, Levy & Amorim, 1999) que é uma entrevista diagnóstica estruturada, explorando de modo padronizado as principais Perturbações Psiquiátricas do Eixo I do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – fourth edition* (DSM-IV) [American Psychiatric Association (APA), 1994].

- MMPI-2 (Inventário Multifásico de Avaliação da Personalidade – 2) (Hathaway & McKinley), versão portuguesa, na forma de questionário. Permite obter uma visão geral da personalidade. Possui Escalas de validade e Escalas Clínicas.

- MoCA (*Montreal Cognitive Assessment*) (Nasredinne et al., 2005, versão Portuguesa de Freitas et al., 2013) para avaliação do estado mental global. Trata-se de um instrumento breve para rastreio do défice cognitivo ligeiro. Avalia diferentes domínios cognitivos: atenção e concentração, função executiva, memória, linguagem, capacidade visuo-construtiva, raciocínio abstrato, cálculo e orientação.

- OMS-SF-36 (Questionário do Estado de Saúde) (New England Medical Center Hospitals, Inc., 1992. Adaptado para a população portuguesa por Centro de Estudos e Investigação e Saúde, 1997). Avalia o estado de saúde em oito aspetos: função física, desempenho físico, dor corporal, saúde geral, vitalidade, função social, desempenho emocional e saúde mental.

- PSQI (*Pittsburgh Sleep Quality Index*) (Buysse, Reynolds, Monk, Berman & Kupfer, 1989) tem como objetivo medir a qualidade e padrões de sono no adulto, durante o último mês.

- SF-36, V2 (Questionário de Estado de Saúde) (Ware, Snow, Kosinski, Gandek, 1993; versão portuguesa de Ferreira, 2000) para medir e avaliar o estado de saúde; monitorizar o/a doente com múltiplas condições, comparar doentes com condições diversas e comparar o estado de saúde de doentes com o da população em geral.

- STAI-Y (*State-Trait Anxiety Inventory*), (Spielberger et al., 1983, adaptação de Santos & Silva, 1997) - questionário de autorrelato breve, que avalia episódios transitórios de ansiedade (ansiedade-estado) assim como características mais estáveis da personalidade que predispõem uma pessoa a experienciar níveis mais crónicos de ansiedade (ansiedade-traço).

- Stroop (Teste de Stroop de Cores e Palavras) (Trenerry, Crosson, Deboe & Leber, 1995, adaptado para a população portuguesa por Castro, Cunha & Martins, 2000). O *Teste Stroop de Cores e Palavras* permite a obtenção das notas P (número de palavras lidas em 45 segundos); C (número de cores nomeadas em 45 segundos), PC (número de itens nomeadas em 45 segundos) e a pontuação estimada para a medida de Interferência.

- TMT (*Trail Making Test*) (Reitan, 1955). Inclui a Bateria de Testes Neuropsicológicos de Halstead-Reitan (Reitan, 1955, cit. in Arnett & Labovitz, 1995). É sensível à presença de disfunções cerebrais. Fornece informação

acerca da velocidade de procura e de processamento da informação visual, scanning, flexibilidade mental e funções executivas.

TMT - parte A - para avaliar a resistência às distrações, bem como processos relacionados com a atenção, memória e concentração para processar, de forma rápida, a informação visual;

TMT - parte B - para medir a memória de trabalho e as funções executivas, bem como a atenção alternada (alternância no foco atencional entre tarefas) (Fernandes, Teixeira-Pinto, Almeida & Gomes, 2013).

- WAIS-III (Escala de Wechsler de Inteligência para Adultos) (CEGOC, 2008): Sub-testes para o cálculo do Índice de Velocidade de processamento (IVP) que reflete a velocidade mental e motora na resolução de problemas não verbais, bem como a habilidade de planeamento, organização e desenvolvimento de estratégias de resolução de problemas. Constitui uma estimativa da rapidez de processamento de informação visual.

Sub-teste Código - Avalia a habilidade para aprender combinações de símbolos e formas e a capacidade para fazer associações de forma rápida e precisa. Avalia a velocidade psicomotora, a capacidade de seguir instruções, a velocidade e acuidade de escrita, a memória visual a curto prazo, habilidades gráficas, a capacidade de aprendizagem de tarefas não familiares, a flexibilidade mental, a atenção, a concentração, o esforço sustido, a eficácia mental, as habilidades de sequenciação, a integração visuo-motora.

Sub-teste Pesquisa de Símbolos - Avalia a velocidade de processamento visual, a velocidade de processamento de informação, o planeamento, a codificação de informação para processamento posterior, a coordenação visuo-motora, a capacidade de aprendizagem.

- WMS-III (Escala de Memória de Wechsler) (CEGOC, 2008). Escala de avaliação da aprendizagem e da memória em adolescentes e adultos, de aplicação Individual. Permite calcular 3 índices: Memória Geral, Memória imediata e Memória de Trabalho. Composta por 11 subtestes: 6 principais e 5 opcionais.

B2

Relatórios de avaliação psicológica

(1)

RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA

Id Doente: 1

Nº processo: -----

55 anos

D.N.: --- 1962

Escolaridade: 2º ciclo do ensino básico

Motivo da avaliação:

Doente encaminhada para a consulta de psicologia pelo médico fisiatra, por apresentar queixas de tristeza profunda, associadas a falta de apetite e sono agitado. Queixa-se de dificuldades de raciocínio de perda progressiva de memória e de dificuldades de concentração.

A paciente encontra-se em recuperação após cirurgia de remoção de tumor mamário (2017). Atualmente cumpre tratamento de quimioterapia.

Em 2011 fez um hematoma epicraniano parietal direito. Observou-se atrofia cerebral focal frontal anterior bilateral, ligeira-moderada.

Refere fibromialgia.

Nos últimos 10 anos perdeu mãe e marido de quem foi cuidadora. Vive atualmente com o filho, a nora e um neto.

O objetivo da avaliação realizada, é o da caracterização do perfil de funcionamento psicológico e objetivação de queixas cognitivas.

Avaliação:

A doente mostrou-se consciente, orientada, colaborante, com discurso coerente. Humor variável, tendencialmente distímico. Comportamento socialmente adequado.

Administraram-se o MoCA para rastreio cognitivo e avaliação do estado mental global, a HADS, Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão e o BDI-II, Inventário de Depressão de Beck.

<i>Rastreio cognitivo</i>	Pontuação Bruta	Ponto de corte	Classificação
MoCA	16(30)	Média 21,27 DP 3,37	Inferior Defeito Moderado
Prova do Relógio	1(3)	Alterações significativas	

<i>Ansiedade e Depressão</i>	Pontuação Bruta	Classificação
BDI-II	33	Depressão Grave
HADS (D)	12	Depressão Moderada
HADS (A)	10	Ansiedade Leve

Interpretação de Resultados:

A doente de 55 anos apresenta, em testes de despiste complexos, um funcionamento cognitivo inferior ao esperado para o seu grupo padrão. Pontua 16 no MoCA à custa de 1 valor na capacidade visuo-espacial /executiva, de 2 valores na nomeação, 5 na atenção, 2 na linguagem e 6 na orientação.

No que se refere à ansiedade, os resultados obtidos na HADS (10) indicam que a paciente apresenta um nível de ansiedade leve.

Já no que diz respeito a depressão, a doente pontuou 12 na HADS, nível moderado, e pontuou 33 no BDI-II, nível Grave, atingindo já valores clinicamente muito significativos para a necessidade de tratamento e para o impacto negativo que este estado tem no seu bem-estar e no seu desempenho das atividades da vida diária.

Do ponto de vista comportamental, não se observou a presença de excessiva labilidade emocional, apesar de a doente tender a apresentar tristeza, por vezes com choro, principalmente no que se refere a questões relacionadas com a sua situação familiar (perda da mãe e do marido). Não se observou desinibição verbal, nem hostilidade. Registou-se alguma intolerância à frustração, quando a paciente foi confrontada com tarefas em que foi mal-sucedida, exacerbada em confronto com provas de maior complexidade.

Conclusão:

Doente com funcionamento cognitivo global inferior à norma em provas de despiste complexas concomitante de alteração significativa no funcionamento executivo e mnésico.

Objetivamente cumpre critérios para Defeito Cognitivo Ligeiro Multidomínios (F. Exec.), a valorizar à luz da clínica e demais achados laboratoriais e imagiológicos.

Concomitantemente apresenta depressão Moderada-Grave, resistente a intervenção farmacológica e psicoterapêutica.

O perfil neuropsicológico é sugestivo da presença de compromisso predominantemente frontal/subcortical, embora não se excluindo eventual disfunção de estruturas temporais mesiais.

XXXXX, 28 de agosto de 2018

A Psicóloga estagiária,
Fernanda Moedas

A Psicóloga,
YYYYYYY (C.P.O.P.P. XXXXX)

(2)

RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA

Id Doente: 2

Nº processo: ---

23 anos

D.N.: --- 1994

Escolaridade: 12º ano

Motivo da avaliação:

O Paciente é seguido em Consultas de Psicologia desde 28 de novembro de 2017, enviado pela Psiquiatria, Dra. XXXXXXX, por se ter referido a desgosto amoroso com sentimento de culpa associado, e ter desistido do curso superior em que ingressou, sem apresentar na altura outras perspetivas. Apresentava sentimentos de anedonia, com perda de interesse por novas atividades, isolamento social e abolia. Teve acompanhamento psicológico e terapia da fala durante a infância. Está medicado com *Fluoxetina* e *Lorazepan*. Irmão mais novo tem PHDA.

O objetivo da avaliação realizada é o da caracterizar o perfil de funcionamento psicológico do paciente quanto à sua personalidade, objetivar a sua situação clínica e contribuir para o autoconhecimento do paciente.

Avaliação:

2 mostrou-se consciente, orientado e colaborante. Apresentou um discurso pouco fluente, apesar de coerente e ritmado. Humor tendencialmente controlado e comportamento socialmente adequado. Trouxe óculos, para garantia da sua acuidade visual.

Administrou-se o MMPI2 (Inventário Multifásico Minnesota de Personalidade, de Hathaway & McKinley), versão portuguesa, na forma de questionário, ao longo de várias consultas, realizadas entre 2 de janeiro de 2018 e 6 de fevereiro de 2018. O MMPI2 permite obter uma visão geral da personalidade.

Resultados e Interpretação:

Os resultados das **Escalas de Validade** foram os seguintes: na escala de Dúvida (?) obteve uma pontuação de zero, o que indica que o utente cooperou na tarefa e que os resultados são válidos, tendo respondido a todos os itens. A pontuação na escala Mentira (L) encontra-se no nível médio (T=60), indicativo de querer passar uma imagem favorável de si, podendo ainda refletir alguma rigidez psicológica, algum conformismo com valores e normas socioculturais. Teve uma pontuação na escala de Erro (F) nos valores médios (T=55), o que pode traduzir a existência de negatividade e pessimismo. Por fim, na escala de Correção (K), também obteve valores nos níveis médios (T=61), o que corresponde a um sistema de defesas adequado, com aceitação de si mesmo, boa força de ego, ajustamento, equilíbrio e competência em lidar com problemas.

Relativamente às **Escalas Clínicas**, encontram-se elevadas as escalas de **Depressão (Dp)** (T=84) e **Psicastenia (Pt)** (T=70).

No que concerne à Depressão (T=84), a pontuação elevada sugere a presença de uma depressão clínica. Acarreta sentimentos de incapacidade, problemas de natureza ansiosa e falta de competências sociais. O seu sentimento de desencorajamento pode resultar em lentidão psicomotora, letargia e isolamento.

Relativamente à Psicastenia (T=70) a pontuação elevada associa-se com apreensão, preocupação, perfeccionismo e tensão, podendo estar presentes sentimentos de culpa e medos

variados. Procura lidar com a ansiedade com recurso à racionalização e intelectualização, defesas que se revelam geralmente menos eficazes.

A escala Masculinidade – feminilidade (Mf), (T=48) encontra-se em valores um pouco inferiores à média, o que pode representar, tratando-se de um paciente do sexo masculino, que poderá apresentar um leque de interesses estreito, pouco insight relativamente às questões identitárias e ênfase em expressões tradicionais de masculinidade.

Nas restantes escalas clínicas, o paciente obteve resultados médios: Hipocondria (Hs), (T=61), Histeria (Hy), (T=64), Psicopatia (Pd), (T=65); Paranoia (Pa), (T=51); Esquizofrenia (Sc), (T=63); Hipomania (Ma), (T=55) e a escala Introversão social (SI), (T=62).

Considerando as **Escalas de Conteúdo**, destaca-se com resultados acima da média a escala **Mal-Estar Social** (SOD) (76). Com resultados significativamente baixos encontramos as escalas FRS (Medos) (T=31, com valores brutos de 0), TPA (Comportamento Tipo A) (T=34), ASP (Condutas Anti sociais) (T=35). Também as escalas FAM (Problemas familiares) (T=41), CYN (Cinismo) (T=42), ANG (Hostilidade) (T=47) e, no limite, BIZ (Pensamento) (T=49). Nas restantes escalas, o paciente obteve resultados que se situam no nível médio, não se constituindo como clinicamente tão significativas. Trata-se de ANX (Ansiedade) (T= 60), OBS (Obsessão) (T=57), DEP (Depressão) (T=65), HEA (Preocupações com a saúde) (T=55), LSE (Baixa Autoestima) (T= 64), WRK (Interferência laboral) (T=60) e TRT (Indicadores negativo de tratamento) (T=58).

Uma vez que em ambas as **Escalas Clínicas** referidas como aquelas em que o paciente atingiu valores significativamente acima da média as pontuações atingem valores T de 70 ou superiores, podemos considerar a existência de um perfil com código de dois pontos: 27/72. Um perfil com estas características pode acarretar atitudes e comportamentos que se assemelham aos dos pacientes com psicose, sem contudo apresentarem alterações de pensamento. Sugere também a presença de intrapunitividade. O perfil está geralmente associado a sintomatologia ansiosa, a uma orientação introspetiva, associada com tensão e consciência da problemática pessoal.

Conclusão:

A avaliação da personalidade é fiável, se atentarmos nos resultados das escalas de validade. O paciente apresenta as principais elevações nas escalas clínicas de Depressão e Psicastenia, a par com resultados elevados na escala de conteúdo de Mal-estar Social. Este perfil poderá significar um bom prognóstico terapêutico, enquanto envolve um descontentamento pessoal e uma disposição para mudar. Este paciente poderá beneficiar com uma terapia de insight e com estratégias de redução da ansiedade.

XXXXX, 27 de fevereiro de 2018

A Psicóloga estagiária,

Fernanda Moedas

A Psicóloga,

YYYYYYY (C.P.O.P.P. XXXXX)

(3)

RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA

Id Doente: 3

Nº processo: -----

54 anos

D.N.: --- 1963

Escolaridade: 1º ano

Motivo da intervenção:

Doente seguido em Consulta de Medicina Geral e Familiar por queixas ansiosas e de alterações nas atividades da vida diária, referidas tanto pelo próprio como pela esposa, que o acompanha à consulta. Esta sintomatologia está associada e é reativa a um encontro com mulher desconhecida que motivou a intervenção das autoridades, o que justificou o encaminhamento da sua médica para consulta de Crise Psiquiatria / Psicologia com o objetivo de intervenção psicoterapêutica.

Conclusões:

O doente mostrou-se consciente, orientado e colaborante. Apresentou um discurso pouco fluente e pouco elaborado. Humor eutímico, com exibição de diversos sinais de ansiedade. Comportamento socialmente adequado. Apresentou um padrão de funcionamento cognitivo pouco diferenciado, coerente com reduzida escolaridade e analfabetismo.

Do ponto de vista comportamental, não se observou desinibição verbal, nem hostilidade. Registou-se uma presença assídua e pontual, bem como boa adesão à intervenção psicoterapêutica, com insight perante a reestruturação cognitiva efetuada.

O Sr. 3 teve alta da intervenção realizada.

XXXXX, 11 de maio de 2018

A Psicóloga,

YYYYYYYY (C.P.O.P.P. XXXXX)

B3

Levantamento das consultas psicológicas, por serviço

Consultas psicológicas observadas – CPSM

Identificação			Emissor do pedido	Problemática	Abordagem terapêutica	Nº de consultas assistidas
Nº	Sexo F/M	Idade				
1	F	51	Médico psiquiatra	Pensamentos recorrentes acerca de adversidades. Pobre qualidade de sono. Ansiedade. Queda de cabelo.	Entrevista Escuta ativa Aconselhamento	1
2	F	47	Médico psiquiatra	Internamento recente em hospital psiquiátrico. Crises de pânico. Medicada com antipsicótico. Desemprego de longa duração.	Entrevista Escuta ativa Técnicas de resolução de problemas	2
3	M	64	Médico psiquiatra	Ansiedade Inércia Dificuldades de adaptação à mudança. Úlcera nervosa. Bypass triplo Falta de assertividade	Entrevista Escuta ativa Abordagem motivacional Treino de aptidões sociais	3
4	F	64	Médico psiquiatra	Ansiedade Sobrecarga enquanto cuidadora informal do marido (8 AVCs; 3 Bypass)	Entrevista Escuta ativa Aconselhamento	1
5	F	54	Médico psiquiatra	Depressão. Perturbação obsessivo-compulsiva	Entrevista Escuta ativa Aconselhamento	1
6	F	54	Médico psiquiatra	Depressão. Ansiedade. Problemas familiares graves	Entrevista Escuta ativa Aconselhamento Integração em intervenção psicoeducativa de grupo de ansiedade	1
7	F	40	Médico psiquiatra	Ansiedade Impulsividade. Dificuldades de relacionamento em contexto familiar Tiroidectomia	Entrevista Escuta ativa Aconselhamento Integração em intervenção psicoeducativa de grupo de ansiedade	1
8	F	48	Médico psiquiatra	Luto complicado Morte da mãe Ideação suicida Possível anorexia	Escuta ativa Aconselhamento Reestruturação cognitiva	3
9	F	42	Médico psiquiatra	2 ou 3 ataques de pânico Ansiedade Discurso difuso Possível crise hipomaniaca	Escuta ativa Aconselhamento Articulação imediata com psiquiatra	1
10	F	64	Médico psiquiatra	Dificuldades na comunicação dos elementos do casal Resistência à mudança Atribuição externa	Terapia de casal Escuta ativa Técnicas de resolução de problemas	2
	M	63				

Consultas psicológicas observadas – CPSM

Identificação			Emissor do pedido	Problemática	Abordagem terapêutica	Nº de consultas assistidas
Nº	Sexo F/M	Idade				
11	F	16	Médica pedo- psiquiatra	Dificuldades de concentração Impulsividade Dificuldades de relacionamento familiar	Psicoeducação Treino de competências pessoais e sociais	2
12	F	23	Médico psiquiatra	Luto Ansiedade	Entrevista Escuta ativa Psicoeducação Aconselhamento	1
13	M	48	Médico psiquiatra	Défice cognitivo Défice de aptidões sociais Ansiedade Sobrecarga de cuidador informal de mãe	Entrevista Escuta ativa Psicoeducação Aconselhamento	1
14	M	68	Médico psiquiatra	Tumor maligno em fase muito avançada	Escuta ativa Aconselhamento	1
15	F	75	Médico psiquiatra	Depressão Ansiedade Sinais de perturbação obsessivo compulsiva Automedicação Tentativa de suicídio	Escuta ativa Psicoeducação Aconselhamento	2
16	F	60	Médico psiquiatra	Lapsos de memória Acidentes domésticos Internamento recente 2 depressões graves	Escuta ativa Aconselhamento	1
17	F	75	Médico psiquiatra	Depressão Problemas de tiroide Sobrecarga de cuidadora de marido com Parkinson e demência	Escuta ativa Aconselhamento Relaxamento	2
18	F	52	Médico psiquiatra	Problema laboral Relacionamento conflituoso com a mãe Ansiedade	Escuta ativa Aconselhamento Relaxamento	2
19	F	59	Médico psiquiatra	Problema vascular em estudo Dislipidemia Perda de volume encefálico de predomínio temporo-parietal-occipital	Entrevista Escuta ativa Aconselhamento	1
20	M	46	Médico psiquiatra	Problema relacional	Entrevista Escuta ativa Aconselhamento	2
21	F	51	Médico psiquiatra	Queixas de memória Alterações no sentido de orientação	Entrevista Escuta ativa Aconselhamento	2
22	F	42	Médico psiquiatra	Luto complicado. Falecimento de namorado e do avô Ideação suicida	Escuta ativa Aconselhamento	3

Consultas psicológicas observadas – CPSM

Identificação			Emissor do pedido	Problemática	Abordagem terapêutica	Nº de consultas assistidas
Nº	Sexo F/M	Idade				
23	F	51	Médico psiquiatra	Choque quando confrontada com orientação sexual lésbica da filha	Escuta ativa Aconselhamento	2
24	F	55	Médico psiquiatra	Depressão major Fez 3 tentativas de suicídio	Escuta ativa Aconselhamento	1
25	F	35	Médico psiquiatra	Luto complicado de marido Falta de assertividade para com restante família	Escuta ativa Aconselhamento	2
26	M	49	Médico psiquiatra	Enfarte do miocárdio Problemas laborais Dificuldades de relacionamento	Escuta ativa Aconselhamento Treino se aptidões sociais	1
27	F	44	Médico de Medicina geral e familiar	Ansiedade Alterações de humor Labilidade emocional Depressão	Escuta ativa Aconselhamento	3

Consultas psicológicas realizadas – CPSM

Identificação			Emissor do pedido	Problemática	Abordagem terapêutica	Nº de consultas realizadas
Nº	Sexo F/M	Idade				
28	F	54	Médico psiquiatra	Ansiedade generalizada. Depressão com isolamento. Culpabilização.	Escuta ativa Estratégias de inoculação do <i>stress</i> , comportamentais (relaxamento) e cognitivas (reestruturação cognitiva) (Gonçalves, 1993)	1
29	M	40	Médico psiquiatra	Ansiedade Comportamentos de evitamento. Deixou de trabalhar e de conduzir em certos locais	Escuta ativa Psicoeducação Aconselhamento Reestruturação cognitiva Abordagem motivacional	7

Consultas psicológicas – casos clínicos – CPSM

Identificação			Emissor do pedido	Problemática	Abordagem terapêutica	Nº de consultas assistidas
Nº	Sexo F/M	Idade				
30	M	23	Médico psiquiatra	Procrastinação (desistência sucessiva de cursos) Depressão Isolamento Dificuldades de relacionamento com os pares	Orientação de carreira Avaliação da personalidade Estratégias de inoculação do <i>stress</i> cognitivas (reestruturação cognitiva) (Gonçalves, 1993) Psicoeducação: depressão. Treino de aptidões sociais	17
31 Caso Z	F	68	Médica neurologista	Dificuldades mnésicas, lentidão, funções executivas Isolamento Dor Diagnóstico de Perturbação Neurocognitiva Maior (Demência) Antecedentes: 3 tentativas de suicídio	Avaliação neuropsicológica Estratégias de inoculação do <i>stress</i> , comportamentais (relaxamento) e cognitivas (reestruturação cognitiva) (Gonçalves, 1993) Psicoeducação Reabilitação neurocognitiva Técnicas de resolução de problemas	17

Consultas psicológicas observadas – SMFR

Identificação			Emissor do pedido	Problemática	Abordagem terapêutica	Nº de consultas assistidas
Nº	Sexo F/M	Idade				
32	M	52	Médico fisiatra	2 Enfartes do miocárdio. Sintomatologia ansiosa	Entrevista Psicoeducação (ansiedade; hábitos saudáveis)	1
33	F	44	Médico fisiatra	Dificuldades na regulação dos esfíncteres. Dores abdominais. Fez cirurgia ao ombro Ansiedade	Estratégias de inoculação do <i>stress</i> , comportamentais (respiração diafragmática e reestruturação cognitiva) (Gonçalves, 1993)	2
34	M	64	Médico fisiatra	Recupera de cirurgia a tumor na próstata. Problemas na comunicação familiar	Entrevista Psicoeducação (Comunicação familiar e aptidões sociais)	1
35	M	31	Médico fisiatra	Recupera de fratura do plexo braquial. Braço imobilizado. Alterações na rotina. Depressivo.	Entrevista Estratégias de resolução de problemas	2
					Boa adesão terapêutica. Retomou condução – adquiriu viatura adaptada.	
36	M	45	Médico fisiatra	Recupera de amputação de pé; outro pé imobilizado por fraturas múltiplas, queimaduras, após acidente de trabalho com descarga elétrica. Alterações na rotina.	Entrevista Escuta ativa: processo de "luto" e de reconstituição de identidade bem encaminhado.	1
					Follow up	
37	M	68	Médico fisiatra	Enfarte do miocárdio. Luto (perda de esposa há 1 ano). Sintomatologia ansiosa subtil.	Entrevista. Avaliação psicológica (protocolo intervenção psicoeducativa grupo reabilitação cardíaca: HADS; ESSS; IIFE; IFSF; BDI-II; STAI; PSQI; MoCA.	1
38	F	31	Médico psiquiatra	Exaustão de cuidadora de filhos pequenos. Família monoparental sem ajuda do pai das crianças. Isolamento social	Entrevista Estratégias de resolução de problemas	1
39	F	27	Médico fisiatra	Fibromialgia Ansiedade	Entrevista Escuta ativa: estratégias de resolução de problemas Inclusão em intervenção psicoeducativa em grupo	1
40	M	47	Médico fisiatra	Recuperação de Enfarte do miocárdio Impulsividade Toxicod dependência Dificuldades de relacionamento interpessoal	Entrevista Escuta ativa: estratégias de resolução de problemas Encaminhamento para consulta de cessação tabágica	1

Consultas psicológicas observadas – SMFR

Identificação			Emissor do pedido	Problemática	Abordagem terapêutica	Nº de consultas assistidas
Nº	Sexo F/M	Idade				
41	M	16	Médico fisiatra	Disartria Ansiedade Dificuldades nos relacionamentos	Articulação com a escola Aconselhamento	1
42	F	55	Médico fisiatra	2 lutos sucessivos da perda de 2 maridos. Foi cuidadora deste último em doença oncológica Relata antecedentes de 3 depressões	Entrevista Escuta ativa Aconselhamento	1
43	F	34	Médico fisiatra	Recurso à urgência com crise de ansiedade análoga a evento cardíaco. Mãe em estado terminal acabou por falecer.	Entrevista Escuta ativa Psicoeducação Inclusão em intervenção psicoeducativa em grupo	2
44	M	45	Médico fisiatra	Incontinência fecal após cirurgia de remoção de tumor	Entrevista Escuta ativa Inclusão em intervenção psicoeducativa em grupo	2
45	F	66	Médico fisiatra	Recuperação de duas cirurgias: pé e joelho. Sobrecarga de cuidadora. Luto do marido	Entrevista Escuta ativa Aconselhamento	1
46	F	45	Médico fisiatra	Peridontite. Rastreo de cancro na boca. Problemas relacionais Ansiedade	Entrevista Escuta ativa Aconselhamento	1
47	F	57	Médico fisiatra	Enfarte do miocárdio. Sintomatologia ansiosa.	Avaliação psicológica (protocolo intervenção psicoeducativa grupo reabilitação cardíaca: HADS; ESSS; IIFE; IFSF; BDI-II; STAI; PSQI; MoCA.	1
48	F	72	Médica fisiatra	Dores péri-anais Alterações da consistência das fezes	Entrevista Escuta ativa Aconselhamento	1
49	F	50	Médica fisiatra	Dores péri-anais Alterações da consistência das fezes	Entrevista Escuta ativa Aconselhamento	1
50	M	35	Médica fisiatra	Diabetes Ansiedade Lutos	Entrevista Escuta ativa Psicoeducação Respiração diafragmática	3
51	F	59	Médico fisiatra	2 AVC Colonostomia Problemas relacionais Ansiedade	Entrevista Escuta ativa Aconselhamento	1
52	M	30	Médico fisiatra	Gaguez Ansiedade	Entrevista Escuta ativa Relaxamento	1

Consultas psicológicas realizadas – SMFR

Identificação			Emissor do pedido	Problemática	Abordagem terapêutica	Nº de consultas realizadas
Nº	Sexo F/M	Idade				
53	M	8	Médico fisiatra	Angústia de separação da mãe, paciente da Medicina Fisiátrica, que tem patologia complexa a requerer cirurgias e tratamentos frequentes. Acompanha a mãe às consultas. Inibição. Tristeza e preocupação.	Escuta ativa Estratégias de inoculação do <i>stress</i> , comportamentais (relaxamento) e cognitivas (reestruturação cognitiva) (Gonçalves, 1993)	6
					Conseguiu passar a vir à consulta sem a mãe.	
54	F	16	Médico fisiatra	Incontinência urinária. Dificuldades em conciliar os sonos. Ansiedade de desempenho escolar	Treino de competências de estudo Psicoeducação (ansiedade; higiene do sono) Estratégias de inoculação do <i>stress</i> , comportamentais e cognitivas (Gonçalves, 1993) Mindfulness (Williams & Pennman, 2016)	4
55	F	57	Médico fisiatra	AVC. Cansaço. Insónias. Dificuldades de memória. Heminegligência. Baixa autoestima. Perdeu filho há 20 anos.	Psicoeducação (higiene do sono). Perda do filho: expressão e elaboração da dor. Perpetuação dos laços.	2
56	F	55	Médico fisiatra	Fibromialgia Recuperação de cirurgia para remoção de tumor na mama esquerda. Sequelas na mobilidade. Sintomatologia depressiva e queixas de dificuldades cognitivas. Conflitos familiares	Escuta ativa Estratégias de inoculação do <i>stress</i> : reestruturação cognitiva; treino de aptidões sociais. Avaliação psicológica: MoCA; Beck; HADS.	6
57	M	57	Médico fisiatra	Enfarte do miocárdio. Sintomatologia ansiosa.	Avaliação psicológica (protocolo intervenção psicoeducativa grupo reabilitação cardíaca: HADS; ESSS; IIFE; IFSF; BDI-II; STAI; PSQI; MoCA.	1

Consultas psicológicas realizadas – SMFR

Identificação			Emissor do pedido	Problemática	Abordagem terapêutica	Nº de consultas realizadas
Nº	Sexo F/M	Idade				
58	F	48	Médico fisiatra	<p>AVC. SOD. Diabetes. Psoríase. Sintomatologia ansiosa, que nega. Com manifestações físicas e comportamentais muito evidentes de ansiedade. Pouca adesão à intervenção psicológica. Fez recentemente enfarte do miocárdio.</p>	<p>Avaliação psicológica (protocolo intervenção psicoeducativa grupo reabilitação SOD: HADS; EAAP; IIFE; IFSF; PSQI; MoCA; SF-36 V2. Psicoeducação (ansiedade; SOD) Estratégias de inoculação do stress, comportamentais – relaxamento progressivo sem adesão. Reestruturação cognitiva.</p> <p>Enfarte do miocárdio recente “obrigou” a interromper o processo de acompanhamento.</p>	3
59	M	45	Médico fisiatra	<p>Sequelas – paralisia de cordas vocais decorrentes de cirurgia à aorta. Concomitante com separação litigiosa. Duas filhas. Partilhas pendentes. Alterações hormonais (tíróide)</p>	<p>Entrevista Psicoeducação (Comunicação familiar e aptidões sociais)</p>	3
60	M	56	Médico fisiatra	<p>Enfarte do miocárdio. 2º vez. O primeiro ocorreu há 25 anos</p>	<p>Avaliação psicológica (protocolo intervenção psicoeducativa grupo reabilitação cardíaca: HADS; ESSS; IIFE; IFSF; BDI-II; STAI; PSQI; MoCA.</p>	1
61	M	64	Médico fisiatra	<p>Enfarte do miocárdio. Continua a exercer atividade profissional</p>	<p>Avaliação psicológica (protocolo intervenção psicoeducativa grupo reabilitação cardíaca: HADS; ESSS; IIFE; IFSF; BDI-II; STAI; PSQI; MoCA.</p>	1
62	F	60	Médico fisiatra	<p>Incontinência fecal em sequência de cirurgia. Sintomatologia muito reativa com queixas depressivas e ansiosas. Insónia. Observara-se várias crises conversivas em sala de espera do SMFR.</p>	<p>Entrevista. Estratégias de inoculação do stress, comportamentais – relaxamento progressivo. Reestruturação cognitiva. Articulação com família e com outros médicos (psiquiatra) em processo de solicitação de aposentação por invalidez.</p>	7
63	F	68	Médico fisiatra	<p>Incontinência urinária, fecal e de gases. Sobrecarga de cuidadora informal de marido com Alzheimer</p>	<p>Entrevista Escuta ativa Aconselhamento</p>	1

Consultas psicológicas realizadas – SMFR

Identificação			Emissor do pedido	Problemática	Abordagem terapêutica	Nº de consultas realizadas
Nº	Sexo F/M	Idade				
64	F	64	Médico fisiatra	Enfarte do miocárdio. Continua a exercer atividade profissional 2 lutos sucessivos: marido e mãe. Isolamento.	Avaliação psicológica (protocolo intervenção psicoeducativa grupo reabilitação cardíaca: HADS; ESSS; IIFE; IFSF; BDI-II; STAI; PSQI; MoCA. Inclusão em intervenção psicoeducativa de grupo	2
65	M	57	Médico fisiatra	Enfarte do miocárdio. Continua a exercer atividade profissional Ansiedade	Entrevista Escuta ativa Aconselhamento	2
66	F	35	Médico fisiatra	Problemas ósseos Endometriose Dificuldades em engravidar	Entrevista Escuta ativa Aconselhamento	2
67	M	87	Médico fisiatra	Alterações de sensibilidade da mão esquerda Luto da esposa	Entrevista Escuta ativa Aconselhamento	5

Consultas psicológicas – casos clínicos – SMFR

Identificação			Emissor do pedido	Problemática	Abordagem terapêutica	Nº de consultas realizadas
Nº	Sexo F/M	Idade				
68	M	66	Médico fisiatra	Teve 5 AVCs. Amputação do membro inferior direito Grande dependência tabágica (20 cig./dia)	Entrevista motivacional	2
69	F	50	Médico fisiatra	Incontinência urinária Stress e exaustão da cuidadora de marido com doença neurodegenerativa História de vida complexa (acontecimentos traumáticos)	Entrevista. Estratégias de inoculação do <i>stress</i> , comportamentais – relaxamento progressivo e cognitivas: reestruturação cognitiva. Técnicas de resolução de problemas. Estratégias de <i>coping</i> com o luto	8
70 Caso K	F	52	Médica fisiatra	Vulvodinia Tendinite Solidão História de vida complexa (acontecimentos traumáticos)	Entrevista. Estratégias de inoculação do <i>stress</i> , comportamentais – relaxamento progressivo; Mindfulness (MBSR-amabilidade) e cognitivas: reestruturação cognitiva. Técnicas de resolução de problemas.	11

Consultas psicológicas observadas – Consulta de crise

Identificação			Emissor do pedido	Problemática	Abordagem terapêutica	Nº de consultas assistidas
Nº	Sexo F/M	Idade				
71	F	65	Medicina geral e familiar	Luto por perda de marido. Sintomatologia ansiosa e depressiva	Entrevista Escuta ativa Aconselhamento	1
72	F	40	Medicina geral e familiar	Filho em absentismo escolar Depressão persistente (Distímia)	Entrevista Escuta ativa Aconselhamento Relaxamento	2
73	F	30	Medicina geral e familiar	Conflito com pais – empregadores Ansiedade	Entrevista Escuta ativa Aconselhamento Psicoeducação: assertividade	2
74	M	43	Medicina geral e familiar	Conflitos em relação conjugal 2 lutos sucessivos de esposas AVC aos 30 anos Consumo de tabaco	Entrevista Escuta ativa Aconselhamento	1
75	M	27	Medicina geral e familiar	Rutura de relacionamento com namorada com quem vivia Ansiedade	Entrevista Escuta ativa Aconselhamento	1
76	M	35	Medicina geral e familiar	Problema no relacionamento com esposa Ansiedade	Entrevista Escuta ativa Aconselhamento	1
77	M	30	Urgência psiquiátrica	Teve ataques de pânico Receia que se repitam	Entrevista Escuta ativa Psicoeducação	2
78	M	45	Medicina geral e familiar	Graves conflitos laborais após baixa médica por acidente de trabalho	Entrevista Escuta ativa Aconselhamento	1
79	M	36	Medicina geral e familiar	Separação após descoberta de relacionamento extraconjugal da esposa	Entrevista Escuta ativa Aconselhamento	1
80	F	91	Urgência psiquiátrica	Desorientação Mutismo Sem familiares para cuidar	Entrevista com familiar Escuta ativa Encaminhamento para serviço social	1
81	F	30	Medicina geral e familiar	Luto por falecimento do pai Relações cortadas com a mãe	Entrevista Escuta ativa Aconselhamento	1
82	M	35	Medicina geral e familiar	Falecimento brusco de filho adolescente. Suspeita de suicídio	Entrevista Escuta ativa Aconselhamento	1
83	F	26	Medicina geral e familiar	Despedimento por gravidez Ansiedade	Entrevista Escuta ativa Aconselhamento	1
84	M	23	Medicina geral e familiar	Crise no emprego que tinha há 3 dias Ansiedade Ideação suicida	Entrevista Escuta ativa Aconselhamento	1

Consultas psicológicas observadas – Consulta de crise

Identificação			Emissor do pedido	Problemática	Abordagem terapêutica	Nº de consultas assistidas
Nº	Sexo F/M	Idade				
85	F	27	Medicina geral e familiar	Crise de ansiedade após discussão com namorado de quem tem filho Problemas no trabalho Filha bebé não dorme	Entrevista Escuta ativa Aconselhamento Psicoeducação: assertividade; competências parentais	2
86	F	28	Medicina geral e familiar	Reação de ajustamento Problemas laborais após processo disciplinar	Entrevista Escuta ativa Aconselhamento	1
87	F	60	Medicina geral e familiar	Grande exaustão por ser cuidadora informal do marido com quem tem relação conflituosa. Ansiedade	Entrevista Escuta ativa Aconselhamento Articulação com assistente social	1
88	F	34	Medicina geral e familiar	Grande exaustão por ser única a sustentar despesas em casa. Companheiro aufere rendimentos, mas não contribui. Pondera separação.	Entrevista Escuta ativa Aconselhamento	1

Consultas psicológicas realizadas – Consulta de crise

Identificação			Emissor do pedido	Problemática	Abordagem terapêutica	Nº de consultas realizadas
Nº	Sexo F/M	Idade				
89	F	50	Medicina geral e familiar	Filho em abandono escolar Relação conjugal muito conflituosa Grande rigidez. Conflitos com muitas pessoas	Entrevista Escuta ativa Aconselhamento	1
90	M	54	Medicina geral e familiar	Problemas com justiça decorrentes de envolvimento com mulher desconhecida	Entrevista Escuta ativa Aconselhamento Elaboração de relatório	1
91	F	50	Urgência psiquiátrica	Graves conflitos com irmãos Exaustão de cuidadora informal da mãe com quem vive	Entrevista Escuta ativa Técnicas de resolução de problemas	1
92	F	74	Medicina geral e familiar	Crises de ansiedade Parkinson Depressão Major	Entrevista Escuta ativa Aconselhamento Respiração diafragmática	1

Síntese das consultas psicológicas observadas, realizadas e casos clínicos

Consultas psicológicas		CPSM	SMFR	Crise	Total
Observadas	Género M	5	10	8	23
	Género F	21	11	10	42
	Casal	1	-	-	1
Realizadas	Género M	1	7	1	9
	Género F	1	8	3	12
Casos clínicos	Género M	1	1	-	2
	Género F	1	2	-	3
Total		31	39	22	92

Anexo C

Intervenção psicoeducativa junto de grupo de pessoas com perturbação de ansiedade

Intervenção psicoeducativa junto de grupo de pessoas com perturbação de ansiedade

Enquadramento

A Unidade de Psiquiatria Comunitária e Hospital de Dia (UPCPHD) é o contexto da preparação e implementação desta intervenção psicoeducativa. O grande volume de pacientes, as tipologias das problemáticas a que responde, associadas a doença mental grave e permanente, são fatores que contribuem para que uma das estratégias de intervenção adotadas na UPCPHD seja a intervenção geralmente de caráter psicoeducativa, junto de grupos relativamente homogéneos.

A intervenção psicoeducativa junto de grupo de pessoas com perturbação de ansiedade decorre nas instalações e com os recursos logísticos disponibilizados pela UPCPHD (sala de formação da CPSM e ginásio), às quartas-feiras, das 14h às 15.30h. A edição em que participei incluiu 23 sessões e decorreu com periodicidade semanal, entre 3 de janeiro e 11 de julho de 2018.

A intervenção foi planeada e implementada por uma equipa multidisciplinar: a psicóloga orientadora de estágio, outra psicóloga do CH, a sua orientanda de estágio, a minha colega de estágio curricular do IUCS, e eu. Teve ainda como dinamizador convidado de uma sessão, um terapeuta ocupacional.

Enquadra-se no modelo comportamental cognitivo, recorrendo ao modelo multimodal de Lazarus (2008), integrando-o com o modelo humanista e com o interpessoal/interacional.

Para possibilitar uma avaliação acerca do impacto desta intervenção de grupo, as pacientes participantes realizam uma avaliação psicológica antes e após a intervenção.

Justificação da pertinência da intervenção

A ansiedade excessiva hoje em dia está ao alcance de todos, sendo normal ter *stress* ou levar uma vida tensa. Muitas pessoas, com ou sem prescrição médica tomam medicação ansiolítica. No entanto, apesar de essas medidas lhes permitirem levar uma vida “normal”, muitas vezes mantêm hábitos nocivos ou mascaram as verdadeiras causas da ansiedade excessiva. Em muitos destes casos, ao fim de um certo tempo, e/ou perante situações mais complicadas, é comum surgir depressão (Gonçalves & Laranjeira, 2016).

A formação de grupos com pessoas que experimentam situações ameaçadoras à sua existência, tem, de acordo com a literatura, um efeito terapêutico excelente. Propicia uma forma de suporte social e permite uma redução de custos e de tempo, por comparação com a intervenção individual. Funciona melhor associada a uma intervenção psicológica, cientificamente planeada e fundamentada, com objetivos estabelecidos para o grupo em questão. Permite o desenvolvimento de técnicas de socialização, do comportamento imitativo e de realização de catarse (Guerra & Lima, 2005).

Enquadrada no modelo comportamental cognitivo, esta intervenção junto de pessoas que padecem de perturbação de ansiedade, possibilita o melhor entendimento da temática, facilitando a sua participação no tratamento psicológico (Pombo & Ferro, 2016) e a autoaplicação de técnicas diversificadas para resolver problemas do quotidiano (autocontrolo, autoeficácia). São usadas técnicas orientadas para a ação, que visam dar controlo ao indivíduo sobre a sua vida, para resolver problemas interpessoais, emocionais e de decisão entre outros (Guerra & Lima, 2005).

Crítérios de inclusão e de exclusão de elementos para o grupo

O grupo é relativamente homogéneo e fechado. A dimensão ideal é de 10 elementos. Na edição em que participei, antes de se iniciarem as sessões, o grupo tinha uma dimensão de 13 candidatos. No entanto, devido a algumas desistências, nunca compareceram mais de 10 elementos às sessões.

Como critérios de inclusão, identificamos:

- Ser adulto, do sexo feminino, paciente proveniente da consulta externa de psicologia ou encaminhado por psiquiatria, sofrendo de uma perturbação de ansiedade (geralmente de ansiedade generalizada).

Não se excluem pessoas que tenham comorbidade associada com depressão, por exemplo.

Como critérios de exclusão, temos:

- Visível comprometimento significativo do funcionamento cognitivo.
- Visível exibição de dificuldades na regulação do comportamento.
- Visível tendência para assumir um papel desviante.
- Visível incompatibilidade com um ou vários membros do grupo.

Mais concretamente o grupo destina-se a pessoas com problemática de ansiedade, com capacidade para realizar a tarefa do grupo, com motivação para participar e comprometidas em assistir às sessões de grupo e permanecer durante a sessão.

Objetivos gerais e específicos

Gerais:

Promover a partilha de experiências.

Promover a psicoeducação com suporte técnico especializado sobre ansiedade e correlatos.

Contribuir para a promoção da autodeterminação dos doentes na prevenção e na gestão da ansiedade e suas consequências.

Específicos:

Proporcionar um suporte de entreaajuda de pares com problemática semelhante, para incutir esperança.

Contribuir para o desenvolvimento de competências de comunicação.

Melhorar os conhecimentos dos pacientes acerca dos fatores desencadeantes da ansiedade.

Melhorar os conhecimentos sobre as estratégias para lidar com a ansiedade e seus correlatos.

Maximizar as estratégias de *coping* com a ansiedade.

Fornecer estratégias que permitam melhorar a qualidade de vida das pacientes.

Contribuir para a redução da ansiedade.

Plano de sessões

	DATA	TEMA	TÉCNICO/A RESPONSÁVEL
01	03-01-2018	Apresentação Avaliação de Expetativas	dra. Dulce dra. Vânia
02	10-01-2018	Ansiedade/ Respiração Diafragmática	Diana
03	17-01-2018	Relaxamento Muscular	Daniela
04	24-01-2018	Relaxamento Imagético	Fernanda
05	31-01-2018	Atribuições	dra. Vânia
06	07-02-2018	Relacionamento Interpessoal	Diana
07	21-02-2018	Assertividade	dra. Vânia
08	28-02-2018	Treino Resolução de Problemas	Fernanda
09	07-03-2018	Saber dizer não	Fernanda
10	14-03-2018	Como lidar com o <i>stress</i>	Diana
11	21-03-2018	Equilíbrio Ocupacional	terapeuta ocupacional
12	04-04-2018	Cognições	dra. Vânia
13	11-04-2018	Emoções	Daniela
14	18-04-2018	Auto-estima	Daniela
15	02-05-2018	Auto-eficácia / Motivação	Daniela
16	09-05-2018	Memória	Daniela
17	16-05-2018	Depressão	Daniela
18	23-05-2018	Higiene do sono	Fernanda
19	30-05-2018	Perdão	Diana
20	06-06-2018	Mindfulness	Diana
21	13-06-2018	Mindfulness	Fernanda
22	20-06-2018	Revisão do Progresso	Daniela
23	27-06-2018	Finalização	dra. Dulce

Instrumentos de avaliação

Com estes pacientes eram utilizados os testes: HADS (Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão); (BSI) Inventário de Sintomas Psicopatológicos e OMS-SF-36 (Questionário do Estado de Saúde).

Materiais em cuja elaboração participei

No âmbito desta intervenção psicoeducativa junto de um grupo de pessoas com perturbação de ansiedade, criei materiais de suporte a 5 sessões. Uma apresentação em *powerpoint* e um folheto sobre Relaxamento Imagético (Anexos C1 e C2). Uma apresentação em *powerpoint* e um folheto sobre Treino de Resolução de Problemas (Anexos C3 e C4). Uma apresentação em *powerpoint* e um folheto intitulados, respetivamente, Saber Dizer Não (Anexos C5 e C6). Uma apresentação em *powerpoint* e um folheto sobre Higiene do Sono (Anexos C7 e C8). Uma apresentação em *powerpoint* e um folheto sobre *Mindfulness* – Redução do *Stress* baseado na Atenção Plena (Anexos C9 e C10).

C1

Apresentação sobre o Relaxamento Imagético

Relaxamento
imagético

Psicóloga Dulce Sousa
Psicóloga estagiária Fernanda Moedas
24.01.2018

Terapia cognitivo-comportamental
Utiliza a imagética em quê?

- Tratamento comportamental
- Treino preliminar, para reduzir medos e ansiedade antes da prática real de habilidades

- Aumentar a consciência do corpo
- Attingir harmonia, equilíbrio físico e mental
- Promover o bem-estar
- Reduzir o stress e a ansiedade

Relaxamento imagético
Objetivos

Teoria cognitivo-comportamental
Utiliza a imagética para quê?

- Aumentar a consciência e adquirir estratégias para lidar com a angústia
- Ganhar controlo sobre as experiências
- Consciência da imagem e energia corporal
- Facilitar a expressão
- Lidar com os medos e desenvolver estratégias de coping

Relaxamento
imagético

O que é?

- Uma técnica preventiva
- Indicada para qualquer indivíduo
- Através de técnicas de respiração, de exploração sensorial e do imaginário considerando elementos visuais, auditivos, olfativos e táteis.

Teoria cognitivo-comportamental
Utiliza a imagética para quê?

Tratamento cognitivo

- Imagens como forma de ligar os pensamentos às emoções e aos comportamentos
- Imagens para ativar processos racionais

É a habilidade de nos vermos a nós próprios a desempenhar tarefas, evocando pensamentos e imagens com um fim.

Esta habilidade consiste em recuperar a informação armazenada na memória e de a remodelar através dos processos cognitivos.

(Vasconcelos-Raposo, Costa & Carvalhal, 2001)

Imagética
O que é?

Relaxamento
imagético

- Psicanálise
- Hipnoterapia
- Gestalt
- Psicodrama
- Atenção plena
- Psicologia positiva
- Cognitivo-comportamental

Imagética
Tipos de terapia que fazem uso da técnica

Estes exercícios podem ser aprendidos muito rapidamente, mas requerem alguma prática para que sejam eficazes.

Deverão ser praticados pelo menos 1 vez por dia durante 10 minutos.

Idealmente, devem ser realizados num local com temperatura amena, num ambiente tranquilo e confortável, tal como a cama, um sofá, ou uma cadeira.

Inicialmente convém ter alguém que nos leia as instruções.

Relaxamento
imagético
Introdução

São 3 os elementos desta técnica:
**Respiração,
Músculos,
Imaginação.**



**Relaxamento
imagético**
Introdução

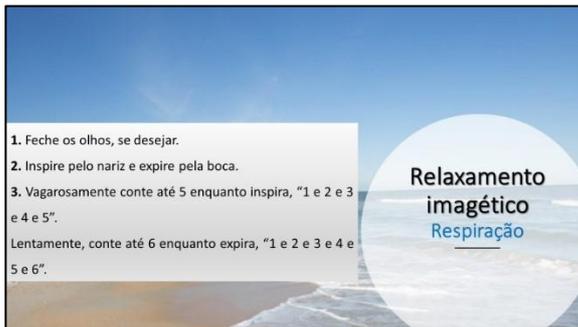
2. Concentre-se no corpo todo, em como se sente pesado e confortável e em como a tensão vai desaparecendo.

Agora que o seu ritmo respiratório se tornou mais calmo e sereno e que foi relaxando os seus músculos, vamos inibir a ansiedade na nossa mente, com a ajuda da nossa imaginação.



**Relaxamento
imagético**
Músculos

1. Feche os olhos, se desejar.
2. Inspire pelo nariz e expire pela boca.
3. Vagarosamente conte até 5 enquanto inspira, "1 e 2 e 3 e 4 e 5".
Lentamente, conte até 6 enquanto expira, "1 e 2 e 3 e 4 e 5 e 6".



**Relaxamento
imagético**
Respiração

Relembre um momento da sua vida que associe com alegria, tranquilidade, paz e conforto. Deverá ser uma memória de um momento específico como o de estar deitado na areia da praia, em férias, a gozar o sol e descanso.
Imagine-se de volta a esse momento. Procure sentir novamente essa sensação, o conforto, a descontração, sem nenhuma preocupação de nada que se passe no mundo ou na sua vida.



**Relaxamento
imagético**
Imaginação

Agora que o seu ritmo respiratório se tornou mais calmo e sereno, vamos relaxar os músculos.



**Relaxamento
imagético**
Respiração

Imagine-se agora a passear pelas areias brancas e mornas de uma praia deserta.

Concentre-se no azul do céu, no verde da vegetação perto da praia e aprecie toda a paisagem.



**Relaxamento
imagético**
Imaginação

1. Concentre-se nos seus pés, em como eles se sentem. Deixe-os relaxar, imagine que estão a ficar moles e pesados. Sinta o peso e o conforto repetindo "pesados e confortáveis".
Concentre-se nas suas pernas, em como elas se sentem. Deixe-as relaxar, imagine que estão a ficar moles e pesadas. Sinta o peso e o conforto repetindo "pesadas e confortáveis".
Concentre-se nas suas coxas, em como elas se sentem. Deixe-as relaxar, imagine que estão a ficar moles e pesadas. Sinta o peso e o conforto repetindo "pesadas e confortáveis".
Concentre-se nas suas ancas, em como elas se sentem. Deixe-as relaxar, imagine que estão a ficar moles e pesadas. Sinta o peso e o conforto repetindo "pesadas e confortáveis".
...



**Relaxamento
imagético**
Músculos

Escolha um sítio para se deitar perto da suave rebenetação das ondas.

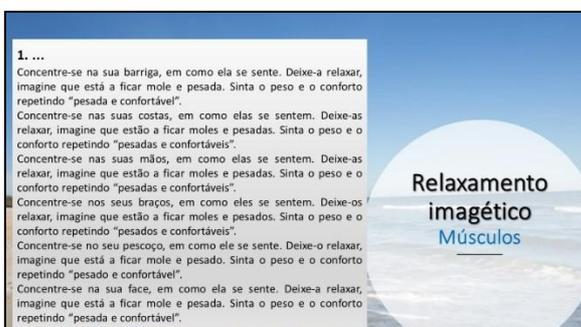
Sinta os raios de sol, que envolvem a sua pele numa suave carícia de calor e energia.

Sinta o cheiro a mar.



**Relaxamento
imagético**
Imaginação

1. ...
Concentre-se na sua barriga, em como ela se sente. Deixe-a relaxar, imagine que está a ficar mole e pesada. Sinta o peso e o conforto repetindo "pesada e confortável".
Concentre-se nas suas costas, em como elas se sentem. Deixe-as relaxar, imagine que estão a ficar moles e pesadas. Sinta o peso e o conforto repetindo "pesadas e confortáveis".
Concentre-se nas suas mãos, em como elas se sentem. Deixe-as relaxar, imagine que estão a ficar moles e pesadas. Sinta o peso e o conforto repetindo "pesadas e confortáveis".
Concentre-se nos seus braços, em como eles se sentem. Deixe-os relaxar, imagine que estão a ficar moles e pesados. Sinta o peso e o conforto repetindo "pesados e confortáveis".
Concentre-se no seu pescoço, em como ele se sente. Deixe-o relaxar, imagine que está a ficar mole e pesado. Sinta o peso e o conforto repetindo "pesado e confortável".
Concentre-se na sua face, em como ela se sente. Deixe-a relaxar, imagine que está a ficar mole e pesada. Sinta o peso e o conforto repetindo "pesada e confortável".



**Relaxamento
imagético**
Músculos

Concentre-se agora no mar, fazendo a sua respiração coincidir com a rebenetação das ondas.

Inspire conforme o mar se aproxima e expire quando ele se afasta.
A cada expiração... relaxe.

Sinta-se à vontade e feliz.



**Relaxamento
imagético**
Imaginação

Agora que se sente mais relaxado e tranquilo, muito lentamente abra os olhos e alongue os músculos do corpo.



Relaxamento
imagético
Terminar

Bibliografia

Antonietti, A. (1991). Why does mental visualization facilitate problem-solving? In R. H. Logie, & M. Denis (Eds.), *Mental Images in Human Cognition* (pp. 211-227). Amsterdam: Elsevier.

Antonietti, A., Ignasi, S., & Perego, P. (2000). Metacognitive knowledge about Problem-solving methods. *British Journal of Educational Psychology*, 70, 1-14.

Buzzo, D., & Moeller, R. (1999). Imagine this! Infinite uses of guided imagery in Women's health. *Journal of Holistic Nursing*, 27 (4), 317-330.

Brodzick, J. (2000). Mind-body medicine in Rheumatologic disease. *Rheumatic Diseases Clinics of North America*, 26 (1), 161-176.

Cabete, D. de, Cavaleiro, A. M., Freitas, M. T. (2003). Visualização: Uma intervenção possível em psicologia da saúde. *Psoliter Psicologia*, 2 (000), 195-200.

Cayrol, A., & Saint-Paul, J. (1995). *Devenir la Magie - La programmation Neuro-Linguistique*. Paris: Intermédians.

Corkin, C., Fitzang, S., & Vrana, S. (2000). The impact of imagining completed versus interrupted smoking on cigarette craving. *Experimental Clinics Psychopharmacology*, 8 (11), 64-74.

Carlin, C. (1972). Mental practice. In W. P. Morgan (Ed.), *Ergogenic aids and muscular performance* (pp. 94-118). New York: Academic Press.

Europaçãõ, Portugal. *Guia Prático - Imaginação Guiada - Aprender a relaxar*. <http://www.users.comcast.net/~folheto/imagaoGuiada.pdf>

Georgelas, D. (1999). *Técnicas comportamentais*. Edição Jornal de Psicologia.

Huletz, J., Huletz, A., & Klayman, J. (2000). Relationship between relaxation by guided imagery and performance of working memory. *Psychological Reports*, 86 (1), 15-20.

Hyman, S. (2000). The millennium of mind, brain and behavior. *Archives of General Psychiatry*, 57 (1), 88-99.

Raves, M. (2008). *A inutilidade do sofrimento*. Esfera dos Livros.

SCP-Uma (2011). *Aprender a relaxar*. Folheto. Disponível em: scp.uma.pt/index.php?option=com_content&task=download&downloadid=140



Obrigada!

C2

Folheto informativo sobre o Relaxamento Imagético

3. Imaginação

Relembre um momento da sua vida que esteja associado com alegria, tranquilidade, paz e conforto. Delicie-se com uma memória de um momento específico como o de estar deitado na areia da praia, em férias, a gozar o sol e descanso. Imagine-se de volta a esse momento. Procure sentir novamente essa sensação, o conforto, a descontração, sem nenhuma preocupação de nada que se passe no mundo ou na sua vida.

Imagine-se agora a passear pelas areias brancas e mornas de uma praia deserta.

Concentre-se no azul do céu, no verde da vegetação perto da praia e aprecie toda a paisagem.

Escolha um sítio para se deitar perto da suave rebencação das ondas.

Sinta os raios de sol, que envolvem a sua pele numa suave carícia de calor e energia.

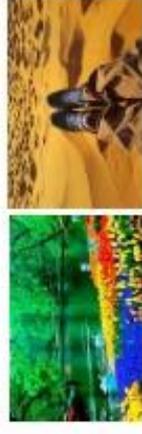
Sinta o cheiro a mar.

Concentre-se agora no mar, fazendo a sua respiração coincidir com a rebencação das ondas. Inspire conforme o mar se aproxima e expire quando ele se afasta.

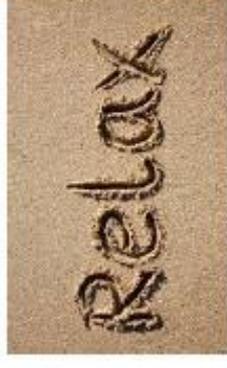
A cada expiração... relaxe.

Sinta-se à vontade e feliz.

Agora que se sente mais relaxado e tranquilo, muito lentamente abra os olhos e alongue os músculos do corpo.



Obrigada!



Relaxamento Imagético

Dicas



Psicóloga Dulce Sousa
Psicóloga estagiária Fernanda Moedas
24-01-2018



O que é o relaxamento imagético?

- Uma técnica preventiva
- Indicada para qualquer indivíduo
- Através de técnicas de respiração, de exploração sensorial e do imaginário, considerando elementos visuais, auditivos, olfativos e táteis.

Quais são os objetivos do relaxamento imagético?

- Aumentar a consciência do corpo
- Alargar harmonia, equilíbrio físico e mental
- Promover o bem-estar
- Reduzir o stress e a ansiedade

Introdução

Esses exercícios podem ser aprendidos muito rapidamente, mas requerem alguma prática para que sejam eficazes.

Devem ser praticados pelo menos 1 vez por dia durante 10 minutos.

Isoladamente, deve procurar realizá-los num local com temperatura amena, num ambiente tranquilo e confortável, tal como a cama, um sofá, ou uma cadeira.

São 3 os elementos desta técnica: respiração, músculos e imaginação.

1. Respiração

1. Fecha os olhos, se desejar.
2. Inspira pelo nariz e expira pela boca.
3. Vagarosamente conta até 5 enquanto inspira, 1 e 2 e 3 e 4 e 5'.
Lentamente, conta até 6 enquanto expira, 1 e 2 e 3 e 4 e 5 e 6'.



2. Músculos

Concentre-se nos seus pés, em como eles se sentem. Deixe-os relaxar, imagine que estão a ficar molles e pesados. Sinta o peso e o conforto repetindo "pesados e confortáveis".

Recita estes exercícios, mas progressivamente com as diferentes partes do corpo: pernas, costas, braços, bacia, costas, mãos, braços, poroçoço é, por fim, a face.

Concentre-se agora no corpo todo, em como se sente pesado e confortável e em como a tensão vai desaparecendo.



C3

Apresentação sobre o Treino de Resolução de Problemas

Treino de resolução de problemas

Psicóloga Dulce Sousa
Psicóloga estagiária Fernanda Moedas
28-02-2018

Fases consideradas no Treino de Resolução de PROBLEMAS

Orientação geral	Definição do problema	Criação de alternativas	Tomada de decisão	Implementação e verificação	Manutenção e generalização
1	2	3	4	5	6

O que é um PROBLEMA ?

O ser humano, ao tentar melhorar a sua qualidade de vida, está em permanente desafio consigo próprio.

Por vezes, nesses processos de desafio deparamo-nos com:

Uma situação mais difícil, com a qual, nem sempre sabemos lidar ou temos receio de o fazer.

A essa situação chamamos um PROBLEMA.

Imagem retirada de: <http://www.enivarenet.com/contenidos/tegraf/>

1 Orientação geral

Tendências e atitudes pessoais perante um Problema

1. Reconhecimento do problema
Utilização dos sentimentos e emoções como pistas para o reconhecimento dos problemas.
Utilização dos comportamentos ineficazes como pista para o reconhecimento dos problemas.

2. Orientação positiva ou facilitadora
Perceber os problemas como desafios ou oportunidades para o desenvolvimento pessoal.
Responder aos problemas com sentimentos mais positivos (ex: esperança e otimismo).
Assumir vontade de resolver os problemas o mais rapidamente possível.

3. Orientação negativa ou inibidora
Percecionar os problemas como uma ameaça ao bem-estar.
Responder às dificuldades com mais sentimentos negativos (ex: depressão e ansiedade).
Evitar lidar com os problemas.

O que é que acontece quando não conseguimos resolver um PROBLEMA ?

Comportamentos
Ao evitar confrontar ou lidar com o problema...

Sentimentos
Sentimos que estamos a perder o controlo da situação...

Podemos desenvolver uma baixa percepção de auto eficácia pessoal (para a resolução de problemas)

Esses sentimentos, associados a pensamentos recorrentes acerca da situação, podem constituir-se por si como Mais um PROBLEMA.

1 Orientação geral

Estilos de resolução de problemas

A - Racional
Utiliza um estilo construtivo para enfrentar os problemas, resolvendo-os por etapas.

B - Impulsivo ou descuidado
Assume a estratégia que lhe ocorreu no momento ou que funcionou no passado, não analisando devidamente a viabilidade de implementação da solução na nova situação.

C - Evitante
Procura adiar uma resposta face ao problema em causa.

Objetivos do Treino de Resolução de PROBLEMAS

- Aumentar o **autocontrolo**
- Adquirir **aptidões** para confrontar ou para lidar com os problemas
- Promover **sentimentos de eficácia pessoal** na resolução de problemas
- Conhecer e aplicar** um processo de solução de problemas generalizável aos mais variados contextos de vida.

2 Definição do problema

1. Recolha de informação
Recolha de informação concreta e relevante ao nível das circunstâncias do meio e do assunto em questão.

2. Correção de distorções
Identificar algumas distorções cognitivas tais como inferência arbitrária, abstração seletiva, sobregeneralização, minimização.

3. Compreensão do problema
Identificar as condições que tornam a situação problemática, quais as mudanças desejadas e quais os obstáculos à mudança.

4. Estabelecimento de objetivos
Estabelecimento de objetivos concretos, relevantes e realistas: "O que é que eu posso fazer para..."

5. Aplicação e reavaliação do problema
Reajustamento da definição da situação problemática.

O que é o Treino de Resolução de PROBLEMAS ?

Podemos encarar o treino de resolução de problemas como um processo cognitivo-comportamental, através do qual a pessoa, após identificar o PROBLEMA, procura encontrar soluções eficazes e adaptativas para o mesmo.

Envolve fatores **cognitivos, afetivos e comportamentais**.

Algumas das aplicações mais frequentes deste treino:

- Ansiedade
- Depressão
- Stress
- Fobias
- Indecisões em escolhas

3 Criação de alternativas

1. Estimulação da criatividade
Desenvolver o maior número possível de soluções alternativas, estimulando o pensamento divergente, privilegiando a quantidade, variedade, combinação e suspensão do julgamento crítico.

2. Criação de soluções alternativas relevantes
Selecionar as alternativas que se mostrem relevantes para os objetivos definidos, através da definição da estratégia (plano geral) e dos cursos de ação específicos (comportamentos específicos alternativos).

4 Tomada de decisão

1. Antecipar e avaliar os resultados potenciais

Antecipar e avaliar os resultados potenciais de cada uma das alternativas de acordo com 4 critérios:

- 1) Resolução do problema;
- 2) Bem-estar emocional;
- 3) Tempo/esforço;
- 4) Bem-estar geral, pessoal e social.

2. Elaboração de um plano de solução

Podem-se elaborar 3 tipos de planos:

Simples (em que é implementado 1 único curso de ação);

Combinado (em que há uma combinação de soluções que são implementadas em simultâneo);

Contingencial (em que é escolhida uma combinação de soluções a serem implementadas contingencialmente (se a solução A não funciona, implementa-se a solução B e assim sucessivamente).



Questões:

1. a) Como se sente a Patrícia, tendo em conta o que se está a passar? _____

1. b) Que poderá a Patrícia fazer em relação ao problema que surgiu (assinale a respostas com que concorda)?

- Utilizar os sentimentos, as emoções, os seus comportamentos, como pistas para o reconhecimento do problema.
- Perceber o problema como desafio ou oportunidade para o desenvolvimento pessoal.
- Responder ao problema com esperança.
- Encarar o problema como uma ameaça ao seu bem-estar.

5 Implementação e verificação

1. Implementação da solução

Colocar em prática o plano de solução selecionado.

2. Auto monitorização

Monitorizar os resultados da aplicação das suas ações alternativas (frequência, duração, latência, intensidade e produto das respostas, bem como as respetivas componentes cognitiva e emocional).

3. Autoavaliação

Avaliar os resultados da implementação da solução utilizando o mesmo conjunto de critérios anterior:

- Resolução do problema;
- 2) Bem-estar emocional;
- 3) Tempo/esforço;
- 4) Bem-estar geral, pessoal e social.



Questões:

2. Consideremos as circunstâncias desta situação problemática:

2. a) Quem está envolvido? _____

2. b) O que é que está em causa? _____

2. c) Quais as consequências que a situação problemática pode ter para a Patrícia e família? _____

2. d) Que é que a Patrícia pretende que aconteça? _____

6 Manutenção e generalização

Tendo em vista a aplicação e a generalização das estratégias de resolução de problemas, pode aplicar-se a técnica de prevenção de "recaída", que inclui:

1. Escolha do comportamento adequado a reter

Estratégias de resolução de problemas.

2. Estratégias de prevenção de recaída

Servem para ajudar a antecipar e a monitorizar as potenciais dificuldades, para aumentar os pensamentos e sentimentos racionais e para antecipar os melhores reforços para futuros comportamentos.

3. Previsão das circunstâncias da primeira "recaída"

Previsão em detalhe das pessoas, local, hora e estado emocional com que ocorrerá a primeira recaída.

Questões:

3. a) Quais as soluções que a Patrícia pode ter como alternativas?

3. b) Quais as alternativas que se mostram mais adequadas, tendo em conta o que Patrícia deseja para si e para a sua família?

Exemplo de um PROBLEMA

- A Patrícia tem representado a família Brito nas reuniões de condomínio do prédio em que habita.
- Nessas reuniões, como habitualmente, têm-se abordado as contas do condomínio, os problemas do prédio, as medidas a tomar para os resolver (ex: reparações, contratações de serviços).
- Apesar de as reuniões não serem muito participadas e de nunca haver consenso relativamente às decisões a tomar, até ao momento a gestão do prédio tem contribuído para resolver a maioria dos problemas e para prevenir o surgimento de outros.
- No entanto, recentemente, foram colocados dois assuntos nas reuniões, referentes a problemas de infiltrações em diversos espaços comuns, exigentes de intervenções que comportarão elevados investimentos.



Questões:

4. a) Qual será a decisão da Patrícia: a que permitirá a resolução do problema, ao mesmo tempo que acarretará mais bem-estar emocional, compensando o seu esforço?

4. b) Qual será o melhor plano de solução para a Patrícia?

- Simples (em que é implementado 1 único curso de ação)
- Combinado (em que há uma combinação de soluções que são implementadas em simultâneo)
- Contingencial (em que é escolhida uma combinação de soluções a serem implementadas contingencialmente (se a solução A não funciona, implementa-se a solução B e assim sucessivamente).

Exemplo de um PROBLEMA

- A Patrícia sente-se com dificuldade em participar nas reuniões e em tomar decisões nestes assuntos, pois por um lado colocam-se as necessidades do prédio e dos problemas coletivos e, por outro lado, o facto de nem a Patrícia nem a família Brito poderem, ao longo de 2018, suportar despesas adicionais de condomínio, uma vez que atualmente as 4 pessoas daquele agregado familiar apenas contam com o ordenado do marido. Caso as despesas de condomínio aumentem a família irá entrar em situação de endividamento ou de incumprimento.
- A Patrícia tem andado muito preocupada e angustiada e com dificuldades em conciliar o sono. Da sua cabeça não saem as questões: "O que é que eu irei dizer na reunião?"; "Irá adiantar alguma coisa eu dizer o que penso na reunião?"



Questões:

5. Quando e como poderá a Patrícia implementar o seu plano?

6. Como pode a Patrícia manter os ganhos da sua solução do problema e generaliza-los a outras áreas da vida?

Bibliografia:

- Almeida, A. C. (2018). A resolução de problemas na encruzilhada da Psicologia: reflexão em torno da unificação. *Psychologica*, 53, 217-235. DOI: http://dx.doi.org/10.14195/1647-8606_53_10
- D'Zurilla, T. J. & Goldfried, M. R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of abnormal Psychology*, 78, 107-126.
- D'Zurilla, T. J. (1990). Problem-solving training for effective stress management and prevention. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 4, 327-355.
- Gongolives, O. (1999). *Técnicas cognitivas: teoria e prática*. Porto: Edições Afrontamentos.
- Katherine Bielaczyc, Peter L. Pirolli & Ann L. Brown (1995) Training in Self-Explanation and Self-Regulation Strategies: Investigating the Effects of Knowledge Acquisition Activities on Problem Solving. *Cognition and Instruction*, 13, 2, 221-252. DOI: [10.1207/s1532690xci1302_3](https://doi.org/10.1207/s1532690xci1302_3)
- Meichenbaum, D. (1977). Cognitive Behaviour Modification. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*, 6, 4, 385-392. DOI: [10.1080/16500077.1977.9626708](https://doi.org/10.1080/16500077.1977.9626708)
- Nezu, A. M., Nezu, C. M., & Perrin, M. G. (1989). *Wiley series on personality processes. Problem-solving therapy for depression: Theory, research, and clinical guidelines*. Oxford, England: John Wiley & Sons.
- Sá, P., Fernández, J., Gomes, A. R., & Saavedra, M. (2013). Expertise e tomada de decisão no contexto dos jogos desportivos colectivos [Expertise and decision making in the context of collective sports]. In A. Albuquerque, C. Pinheiro, L. Santiago, & N. Fumes (Eds.), *Educação física, desporto e lazer. Perspectivas Luso-Brasileiras: III Encontro* (pp. 357-363). Maia: Edições ISMAI.

C4

Folheto informativo sobre o Treino de Resolução de Problemas

4. Tomada de decisão

- Antecipar e avaliar os resultados potenciais
Antecipar e avaliar os resultados potenciais de cada uma das alternativas de acordo com 4 critérios: 1) Resolução do problema; 2) Bem-estar emocional; 3) Tempo/esforço; 4) Bem-estar geral, pessoal e social.
- Elaboração de um plano de solução
Podem-se elaborar 3 tipos de planos:
Simples (em que é implementado 1 único curso de ação);
Combinado (em que há uma combinação de soluções que são implementadas em simultâneo);
Contingencial (em que é escolhida uma combinação de soluções a ser implementada contingencialmente (se a solução A não funciona, implementa-se a solução B e assim sucessivamente).



5. Implementação e verificação

1. Implementação da solução
Colocar em prática o plano de solução selecionado
2. Auto monitorização
Monitorizar os resultados da aplicação das suas ações alternativas (frequência, duração, latência, intensidade e produto das respostas, bem como as respetivas componentes cognitivas e emocionais).
3. Autoavaliação
Avaliar os resultados da implementação da solução utilizando o mesmo conjunto de critérios anterior: 1) Resolução do problema; 2) Bem-estar emocional; 3) Tempo/esforço; 4) Bem-estar geral, pessoal e social.



6. Manutenção e generalização

- Tendo em vista a aplicação e a generalização das estratégias de resolução de problemas, pode aplicar-se a técnica de prevenção de "recadas", que inclui:
1. Escolha do comportamento adequado a reter
 2. Estratégias de prevenção de recada
 3. Previsão das circunstâncias da primeira "recada"



Treino de resolução de problemas

Dicas





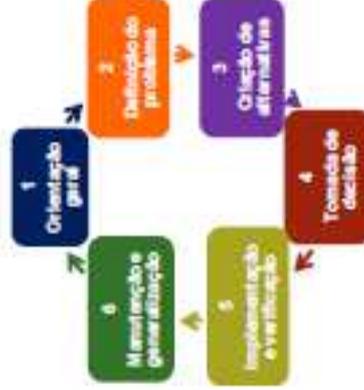
O que é o treino de resolução de problemas?

- Um processo cognitivo-comportamental, através do qual a pessoa, após identificar o problema, procura encontrar soluções eficazes e adaptativas para o mesmo.
- Envolve fatores cognitivos, afetivos e comportamentais.

Quais são os objetivos do treino de resolução de problemas?

- Aumentar o autocontrolo
- Adquirir aptidões para confrontar ou para lidar com os problemas
- Promover sentimentos de eficácia pessoal na resolução de problemas
- Conhecer e aplicar um processo de solução de problemas generalizável aos mais variados contextos de vida.

Fases consideradas no treino de resolução de problemas



1. Orientação geral

Corresponde às tendências e atitudes pessoais perante um problema: se a pessoa reconhece ou não a existência do problema e se o encarar de forma positiva ou facilitadora, ou negativa ou irritadora.

Diz também respeito ao estilo que a pessoa tem para resolver problemas: se é mais racional, impulsiva, descurada ou evitante.



2. Definição do problema

Nesta fase, a pessoa recolhe informação concreta e relevante sobre o problema, ao nível das circunstâncias do mesmo e do assunto em questão.

Tenta avistar no sentido da compreensão do problema e identificar as condições que tornam a situação problemática.

Tenta perceber quais são as mudanças desejadas e quais os obstáculos à mudança.

Estabelecimento de objetivos:

Estabelece-se objetivos concretos, relevantes e realistas. "O que é que eu posso fazer para..."

Faz-se ainda o reajustamento da definição da situação problemática.

3. Criação de alternativas

Estimulação da criatividade:

Nesta fase, a pessoa pode desenvolver o maior número possível de soluções alternativas, estimulando o pensamento divergente, privilegiando a quantidade, variedade, combinação e suspensão do julgamento crítico.

Criação de soluções alternativas relevantes:

Seleciona então as alternativas que se mostram relevantes para os objetivos definidos, através da definição da estratégia (plano geral) e dos cursos de ação específicos (comportamentos específicos alternativos).

C5

Apresentação sobre Saber Dizer Não

Saber dizer não

Psicóloga Dulce Sousa
Psicóloga estagiária Fernanda Moedas
07-03-2018

Saber dizer não: Como?

Saber dizer não Objetivos

- Aumentar as oportunidades de expressão adequada das **emoções** para a pessoa ser capaz de tomar as suas **decisões** e sentir **menos desconforto** em situações interpessoais.
- Garantir uma **melhor gestão das interações pessoais**, que se conseguirão manter com um nível menor de conflito, com maior satisfação mútua e durante mais tempo.
- Melhorar o **prognóstico** em situações de sintomatologia ansiosa
- Promover o **bem-estar**

Saber dizer não: Como?

- Ouvir atentamente** o pedido da pessoa: evita mal-entendidos; é reconfortante para ambos/as.
- Pensar para mim próprio/a**, com **calma**, se realmente posso ou não satisfazer o pedido.
- Se quiser dizer não**, digo não; caso contrário, de futuro, **arrepender-me-ei ainda mais** após aquele momento delicado de ter autorizado uma coisa com a qual discordo.
- Responder: **“Compreendo que precises... Mas não posso emprestar-te/substituir-te/mentir/fazer esse trabalho...”**
- Evitar explicações.**

Saber dizer não O que é?

- Uma **técnica** específica do **treino autoafirmativo de aptidões sociais**
- Indicada para qualquer indivíduo
- Apoiada nos **Modelos psicológicos** de “Défice de Aptidões Sociais” e “Modelo Cognitivo”.

Passivo Assertivo Agressivo

Saber dizer não: Como?

Componentes importantes

Componente verbal (Conteúdo da mensagem)	Componentes não verbais
<ul style="list-style-type: none"> Em situações em que a pessoa tenha de dizer não essa situação deve ser assumida logo no início da resposta pois é a forma de magoar menos a outra pessoa e de impedir o desenvolvimento de um comportamento indesejável. Se por qualquer eventualidade a pessoa continuar a fazer o pedido indesejável, podemos utilizar a técnica do disco riscado, respondendo sempre da mesma forma. Ex: muito obrigado/a mas não posso aceitar. 	<ul style="list-style-type: none"> Espaço pessoal Postura corporal Gestos Expressão facial Contacto visual Utilização da voz

Cerca de **70%** daquilo que o **receptor** percebe da mensagem é fornecido através do comportamento não verbal do emissor.
A linguagem corporal adequada confirma e sublinha o que se diz, pelo que deve ser concordante com o conteúdo da mensagem.

Saber dizer não: Exemplo 1

Um dia, vão-me agradecer...

Jaime: Preciso de sair mais cedo hoje do trabalho para ir ver o futebol com a minha família, como manda a tradição...
Tu não gostas de futebol: ficas cá a substituir-me como da outra vez. Certo?

Catarina: Pois é, Jaime, tu sabes que eu gosto muito de ajudar todos os colegas e tu não és menos que ninguém... Só que hoje não posso porque neste momento a minha família está toda doente e podem precisar de mim lá em casa...

Jaime: Olha, Catarina, quando os meus familiares estão doentes, têm de se desenrascar. Eu não sou médico. Qualquer coisa eles também te ligam. Vá! Conto contigo!

Catarina: Pois, não sou médica, mas a minha filha mais nova, qualquer coisa e fica numa grande afiliação...

Jaime: Ora... tens de educar a tua filha para não precisar tanto de ti!

Catarina: Está bem então, Jaime. Eu fico cá depois da hora...

Saber dizer não: Como?

Componentes não verbais

Espaço pessoal	Distância entre as pessoas que seja confortável para ambos/as, o que depende da situação e do grau de familiaridade. Se eu sentir que a altura do/a outro/a coloca alguém em desvantagem, sugiro que ambos nos sentemos para falar.
Postura corporal	Estável e descontraída – direita mas não rígida nem «pendurada»
Gestos	Expressivos mas não excessivos. Evito os gestos distrativos como tamborilar e roer as unhas, e os gestos que perturbam a comunicação, como colocar a mão à frente da boca ou cruzar os braços.
Expressão facial	Concordante com aquilo que estou a dizer e, particularmente, com os sentimentos que estou a expressar – se estou zangado, mostro-me zangado, se estou feliz, sorrio.
Contacto visual	Direto mas não excessivo – evito fugir ao contacto visual, mas não fico a olhar fixamente, com um ar «embasbacado» ou hostil, para o outro.
Utilização da voz	Discurso seguro e fluente, num ritmo adequado e estável e num tom suficientemente alto para ser perceptível mas não tão alto que se torne irritante. Entoação consistente com o conteúdo verbal. Procuro responder à outra pessoa com rapidez, mas não demasiada, ou seja, sem hesitar durante muito tempo mas também sem a atropelar. Faço silêncios quando for adequado ou enquanto penso no que vou dizer e não preencho as pausas com não-palavras como «hããã», «pronto» (ou «prontos»), «tás a ver», etc.

Saber dizer não: Exemplo 2

Um sim para mim...

Jaime: Preciso de sair mais cedo hoje do trabalho para ir ver o futebol com a minha família, como manda a tradição...
Tu não gostas de futebol: ficas cá a substituir-me como da outra vez. Certo?

Catarina: Não posso, Jaime, hoje não posso, lamento.

Jaime: Olha, Catarina, quando um colega precisa, o outros devem ajudar. Não estou a perceber! Não podes porque?

Catarina: Pois hoje não posso, tenho assuntos para resolver. Lamento. Espero que resolvas o teu problema.

Jaime: Ok, Catarina. Fica para outra vez...

Catarina: Pois é, Jaime. Fica para outra vez!

Saber dizer não: Crenças irracionais

Algumas coisas que posso estar a dizer a mim próprio/a, podem estar a tornar difícil comportar-me de forma assertiva. Alguns exemplos destes «pensamentos bloqueadores da assertividade» são os seguintes:

Pensamentos sobre direitos e responsabilidades	<ul style="list-style-type: none"> Não tenho o direito de recusar pedidos aos meus amigos Não tenho o direito de fazer pedidos às outras pessoas Não tenho o direito de discordar com os outros, particularmente com a autoridade Não tenho o direito de ficar zangado, particularmente com as pessoas de quem gosto
Pensamentos sobre a imagem que quero dar de mim	<ul style="list-style-type: none"> Tenho que ser amado ou, pelo menos, admirado por todos os que me rodeiam Tenho que ser perfeito e nunca cometer erros
Pensamentos sobre as consequências prováveis do meu comportamento	Se eu criticar a pessoa X, coisas terríveis poderão acontecer

Se algum destes pensamentos reflete uma crença minha, submeto-o a uma análise racional.
Ex: “E se fosse a outra pessoa...?”

Saber dizer não: Conhecimento dos próprios direitos

A primeira mudança é interna

- Eu tenho o direito de ser **respeitado/a** e tratado/a **de igual para igual**, qualquer que seja o papel que desempenho ou o meu estatuto social.
- Eu tenho o direito de **manter os meus próprios valores**, desde que eles respeitem os direitos dos outros.
- Eu tenho o direito de **expressar os meus sentimentos e opiniões**.
- Eu tenho o direito de **expressar as minhas necessidades** e de pedir o que quero.
- Eu tenho o direito de dizer **não sem me sentir culpado** por isso.
- Eu tenho o direito de **pedir ajuda** e de **escolher se quero prestar ajuda** a alguém.
- Eu tenho o direito de **me sentir bem comigo próprio sem sentir necessidade de me justificar** perante os outros.
- Eu tenho o direito de **mudar de opinião**.
- Eu tenho o direito de **pensar antes de agir** ou de tomar uma decisão.
- Eu tenho o direito de dizer «eu não estou a perceber» e **pedir que me esclareçam** ou ajudem.
- Eu tenho o direito de **cometer erros sem me sentir culpado**.
- Eu tenho o direito de **fixar os meus próprios objetivos** de vida e lutar para que as minhas expectativas sejam realizadas, desde que respeite os direitos dos outros.

Não saber dizer não

Como surgiram as dificuldades?

- ✓ É uma dificuldade de autoafirmação (assertividade) que é situacional
- ✓ Não é um traço de personalidade

Por exemplo, uma pessoa pode ter dificuldade em exprimir sentimentos negativos mas não sentimentos positivos; pode sentir-se embaraçado com pessoas estranhas, mas não com pessoas íntimas.

As dificuldades de autoafirmação ou o comportamento não assertivo são aprendidos:

- As aprendizagens que uma pessoa fez ao longo da vida conduziram a que, no momento atual, ela tenha ou não a capacidade de se comportar de forma assertiva.

Padrões culturais e crenças pessoais:

- Várias normas culturais (por exemplo «é falta de educação recusar pedidos») e crenças pessoais (por exemplo «quero que todas as pessoas gostem de mim»), que aprendemos ao longo da vida, podem funcionar como prescrições contra a assertividade, resultando em respostas não assertivas.



Não saber dizer não

Possíveis consequências

- Oportunidades de **relações sociais gratificantes** são desperdiçadas devido ao desconforto no diálogo.
- Situações **indevidas ou desagradáveis** são mantidas como resultado de uma inadequada comunicação emocional.
- Possibilidade de obter **melhor situação profissional** não são aproveitadas.
- Estas consequências afetam o **diálogo interno de prazer**, que poderá desenvolver um vasto conjunto de auto verbalizações e ruminâncias de colorido emocional negativo, influenciando e depreciando a sua autoimagem.
- **Preocupações constantemente** acumulam-se até que finalmente uma situação poderá desencadear **crises emocionais** originadoras de criticismo ou rejeição, fechando-se assim o círculo vicioso.



Bibliografia

- Carnwath, T. & Miller, D. M. (1986). *Behavioural Psychotherapy in Primary Care: A Practice Manual*. Kindle Edition.
- Galassi, M.D. & Galassi, J. P. (1977). *Assert yourself: how to be your own person*. New York: Human Sciences Press.
- Liddle, E.; Batti, M. J.; Goodman, R. (2008). The Social Aptitudes Scale: An initial validation. *Social Psychiatry, 44(6)*, 508-13. doi:10.1007/s00127-008-0456-4
- Marson, J. (2013). *Aprenda a Dizer Não Sem Se Sentir Culpado. Como por as suas necessidades em primeiro lugar*. Amadora: Nascente.
- Matos, A. P. (1989). Treino auto-afirmativo e de aptidões sociais. *Psicológica, 2*, 17-33.
- Pinto Gouveia, J.; Teles, I. (1979). Treino auto-afirmativo e de aptidões sociais em grupo. *Análise Psicológica, II (2)*, 233-238.
- Sacavém, A. (2018). *Aprenda a Dizer Não Sem Culpas*. Queluz de Baixo: Manuscrito.



Obrigada!

C6

Folheto informativo sobre Saber Dizer Não

Não saber dizer não

É uma dificuldade de autoafirmação (assesthividade) que é situacional

Não é um traço de personalidade

Como surgiram as dificuldades?

- As dificuldades de autoafirmação ou o comportamento não assertivo são aprendidas

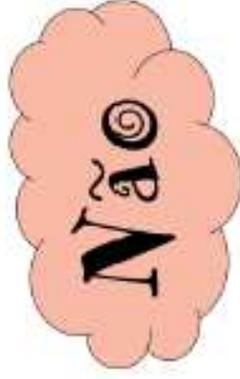
As aprendizagens que uma pessoa faz ao longo da vida conduzem a que, no momento atual, ela tenha ou não a capacidade de se comportar de forma assertiva.

- Padrões culturais e crenças pessoais

Muitas normas culturais (por exemplo, a falta de educação recusar pedidos) e crenças pessoais (por exemplo, aquele que todos as pessoas gostem de mim), que aprendemos ao longo da vida, podem funcionar como pressões contra a assertividade, resultando em respostas não assertivas.



Obrigada!



Saber dizer NÃO

Dicas





O que é "Saber dizer não"?

- Uma técnica específica do treino autoafirmativo de aptitudes sociais.
- Indicada para qualquer indivíduo.
- Apoiada nos Modelos psicológicos de "Déficit de Aptitudes Sociais" e "Modelo Cognitivo".

Quais são os objetivos de "Saber dizer não"?

- Aumentar as oportunidades de expressão adequada das emoções para a pessoa ser capaz de tomar as suas decisões e sentir menos desconforto em situações interpessoais.
- Garantir uma melhor gestão das interações pessoais, que se conseguirão manter com um nível menor de conflito, com maior satisfação mútua e durante mais tempo.
- Melhorar o prognóstico em situações de sintomatologia ansiosa.
- Promover o bem-estar.

"Saber dizer não": como?

1. Ouvir atentamente o pedido da pessoa: evita mal-entendidos; é reconfortante para ambas as partes.
2. Pensar para si mesmo: própria, com calma, se realmente posso ou não satisfazer o pedido.
3. Se quiser dizer não, digo não: caso contrário, de futuro, arrepende-me:ei ainda mais, após aquele momento dedicado de ter autorizado uma coisa com a qual discordo.
4. Responder: "Compreendo que pedias... Mas não posso emprestar-tei substituir-tei mentir-tei fazer esse trabalho...".
5. Evitar explicações.

Componentes importantes

Componente verbal (Conteúdo da mensagem)
Assumir o NÃO no início da resposta. Forma de negar menos a outra pessoa e de impedir o desenvolvimento de um comportamento indesejável.

Se a pessoa continuar a fazer o pedido (indesejável), utilizar a técnica do disco riscado, respondendo sempre da mesma forma.

Ex: "Muito obrigadíssim, mas não posso aceitar".

Componentes importantes

Componentes não verbais:

- Espaço pessoal
- Postura corporal
- Gestos
- Expressão facial
- Contacto visual
- Utilização da voz



Crenças irracionais

Pensamentos sobre direitos

-

Pensamentos sobre a imagem que quero dar de mim

Pensamentos sobre as consequências prováveis do meu comportamento

C7

Apresentação sobre Higiene do Sono

Higiene do sono

Psicóloga Dulce Sousa
Psicóloga estagiária Fernanda Moedas
23-05-2018

Higiene do sono: as fases do sono

Fase 1: Liberação da Melatonina, que induz o sono (estado de sonolência);

Fase 2: Estado de sono leve – diminuição do ritmo cardíaco e respiratório, os músculos relaxam e a temperatura corporal cai;

Fases 3 e 4: Grande liberação da hormona de crescimento (GH) e leptina (metabolismo e saciedade), até atingir o seu pico no início da manhã;

Sono REM: Sigla que define o movimento rápido dos olhos, identificando o pico da atividade cerebral, quando começam e se desenvolvem os sonhos. O relaxamento é total.

Higiene do sono

Objetivos

- Identificar **fatores ambientais** que influenciam a quantidade e a qualidade do sono.
- Encorajar a melhorar **fatores ambientais** e a reduzir os **maus hábitos** que prejudicam o sono.
- Melhorar a qualidade do sono, de forma a **melhorar o desempenho** e a **atenção** nas atividades do dia a dia.

Higiene do sono: a importância da melatonina

Os mecanismos que contribuem para a eficácia e qualidade do sono, são regulados:

- pelo ciclo **dia/noite**, que varia com a latitude onde vivemos
- pela hormona do sono, a **Melatonina**.

A **Melatonina** produz-se fundamentalmente durante a **noite**, na escuridão e varia ao longo do ano, sendo maior o seu nível no Inverno.

A principal função da Melatonina é a **indução do sono**, mas também lhe são reconhecidas funções **rejuvenescedoras** e **antioxidantes**, bem como, influências no sistema imunitário, na resposta ao stress e na **prevenção de determinados tipos de doença**.

Figura 1: Necessidade de Períodos Noturnos (Horas) para a normal Secreção da Melatonina

Higiene do sono

O que é?

Uma **área multidisciplinar** onde encontramos contributos da **Psicologia** e da **Medicina** (neurologia, Psiquiatria, Medicina do Trabalho), **Arquitetura**, **Engenharia civil**, **Terapia Ocupacional**.

Dormir, melhora o nosso **desempenho físico e mental**.

Higiene do sono: a importância da melatonina

Perturbações e Doenças que se podem prevenir com a produção de Melatonina em níveis adequados:

- Cancro da mama
- Cancro do colo retal
- Perturbações cardiovasculares
- Perturbações gastrointestinais
- Excesso de peso
- Depressão
- Perturbação da atividade sexual

Fig. 2: Noite de sono
Evelyn De Morgan

Sono e insónia

Higiene do sono: a importância da melatonina

Com o aumento noturno da produção de Melatonina :

- A temperatura corporal cai
- Os níveis de **cortisol** (que deixa o organismo em alerta) diminuem
- Neurotransmissores como a **Adenosina** e o **Gaba** atuam mais durante o sono

Insónia

O que é?
Por vezes surgem dificuldades em começar a dormir ou em regularizar o sono. Ou então acorda-se antes do horário estipulado. Acorda-se cansado.

Causas:
As causas mais frequentes das insónias são maus hábitos de sono, ansiedade e depressão.

Consequências:
As consequências mais comuns são a irritação, o stress, o cansaço e a ansiedade.

A longo prazo pode aumentar o risco de depressão, de obesidade, de diabetes, entre outras perturbações.

Higiene do sono: o que se passa no cérebro e no organismo?

Enquanto dormimos o sistema **linfático** ativo-se em grande quantidade visando **remover toxinas** e outros derivados da atividade neuronal que se acumulam enquanto estamos acordados.

Isso acontece porque as **células cerebrais** encolhem 60% durante o sono e permitem que o líquido linfático cerebral circule com maior facilidade e evacue os detritos necessários.

Esse processo é benéfico para a saúde, pois a **acumulação de detritos** entre as células cerebrais estimula o desenvolvimento de uma proteína tóxica chamada **beta-amiloide** que surge associada à doença de Alzheimer. Quase todas as doenças neurodegenerativas estão associadas a esta acumulação de detritos cerebrais.

Durante o sono, muitas outras ações benéficas ao nosso cérebro também acontecem, como a **consolidação da memória**, fato que contribui diretamente para a aprendizagem. Quando estamos a dormir o nosso cérebro revê as informações adquiridas durante o dia e arquiva o que é importante, gerando um banco de memórias que poderão ser utilizadas no futuro.



Higiene do sono: Como?

Alimentação:
Existem alguns alimentos, que podem contribuir para aumentar, controlar ou regular os níveis de Melatonina no nosso organismo. Alimentos ricos em triptofanos (precursores da melatonina), tais como bananas, milho-doce, gengibre, tomate e cevada, quando ingeridos à noite podem ajudar a adormecer.

Iluminação:
Quem tiver de trabalhar ou estar acordado durante a noite deverá ter uma Luz mais fraca de intensidade e de uma cor mais quente, alaranjada ou avermelhada, já que uma menor intensidade de luz e um comprimento de onda maior não irão suprimir a Melatonina.

Higiene do sono: Como?

Horas de Sono – A quantidade de sono que um indivíduo adulto necessita, diariamente, para manter um nível de funcionamento adequado é variável. A maioria dos indivíduos necessita de dormir entre 7 a 9 horas por dia, contudo, estas necessidades variam ao longo do ano, no Inverno é necessário dormir mais que o período normal e há quem preconize, para a nossa latitude, 14 horas junto ao solstício de Inverno.

Rotina – Para se garantir, diariamente, um período de 7 a 9 horas de sono, é importante manter uma rotina da hora de deitar e da hora de levantar, mesmo ao fim-de-semana. Deve-se ter o cuidado de no Inverno dormir ainda mais por forma a prevenir distúrbios sazonais.

10 dicas para dormir bem

- Crie o hábito de dormir todos os dias no mesmo horário.
- Reduza o consumo de estimulantes à noite.
- Opte sempre por colchão, travesseiros e roupas de cama confortáveis.
- Evite ingerir muitos líquidos antes de dormir.
- Faça exercício! Eles proporcionam um sono mais tranquilo.
- Evite dormir com o computador ou a TV ligada.
- Seu quarto deve ser confortável: assina, cabro e com uma temperatura agradável.
- Não vá dormir de estômago cheio.
- Utilize seu relógio biológico para dormir e acordar.
- Também não durma de estômago vazio! A fome pode atrapalhar o sono.

Higiene do sono: Como?

Atividades – Pratique exercício físico regularmente, evitando a sua prática próximo da hora de deitar. Não fume, especialmente perto da hora de dormir; a nicotina é um excitante e pode prejudicar a qualidade do sono.

Ambiente – Crie no quarto de dormir condições propícias ao repouso, com uma temperatura adequada, pouca luz e sem ruído. Você anda sempre com o telemóvel e vê as horas constantemente. Tente não olhar constantemente para qualquer relógio. Você vai ficar mais "ansioso" e com receio de não dormir, ao ver sucessivamente o passar do tempo.

Usar cama e quarto principalmente para dormir: é muito comum ler ver televisão, estudar, conversar, estar ao computador ou ao telemóvel, etc., antes de dormir... Se temos que habituar o nosso cérebro a identificar a cama com o sono, o aumento da atividade mental não vai ajudar a dormir.

Ok, na cama, também se pode fazer... Essa é uma exceção 😊

Bibliografia

Associação Portuguesa do Sono (2017). *Durma bem. Desfrute a vida*. Consultado em: <https://www.spsono.com/index.php?id=noticias/noticias-do-sono/168-associacao-portuguesa-do-sono-recebe-mencao-honrosa-da-world-sleep-society-pelas-atividades-do-dia-mundial-do-sono-2017>

Cavadas, L. F. et al (2011). Abordagem da insónia do adulto nos Cuidados de Saúde Primários, *Acta Médica Portuguesa*, 24(1), 135-144.

Clinical Practice Guidelines Working Group (2008). *Adult Primary Insomnia: Diagnosis to Management. Toward Optimized Practice*, 1-8. Consultado em: http://www.topabertadoctors.org/download/439/insomnia_management_guideline.pdf

Cronfli, R. (2002, dezembro). A importância do sono. *Cérebro e Mente, Núcleo de Informática Biomédica da Universidade Estadual de Campinas*. Consultado em <http://www.cerebramente.org.br/n16/opiniao/dormir-bem1.html>

Gerschenfeld, A. (2013, outubro). Enquanto dormimos o nosso cérebro faz a limpeza da casa. *Revista Pública, Portugal*. Consultado em: <http://www.publico.pt/sciencia/noticia/cientistas-descobriram-que-entao-dormimos-o-nosso-cerebro-faz-a-limpeza-da-casa-1609516>

Gomes, A. A.; Tavares, J.; Pinto de Azevedo, M. H. (2009). Sleep-wake patterns in Portuguese undergraduates. *Acta Médica Portuguesa*, 22 (5), 545-552.

Lieberman, J. A. 3rd & Neubauer D. N. (2007). Understanding insomnia: Diagnosis and management of a common sleep disorder. *J Fam Pract.* 56(10A), 35A-49.

Moutinho Dos Santos, J (2006). Abordagem do doente com patologia do sono. *Rev Port Clin Geral*, 22, 599-610.

Ser Saúde, São Paulo/SP (2012, março). *O que é higiene do sono?* Consultado em: <http://sersaude.com/2012/03/06/o-que-e-a-higiene-do-sono/>

Sleep Education Organization (2017, 9 de fevereiro). Healthy Sleep Habits. Consultado em: <http://www.sleepeducation.org/essentials-in-sleep/healthy-sleep-habits>

Sleep Foundation Organization (2018). *Inside your bedroom. Use your senses*. Consultado em: <https://www.sleepfoundation.org/bedroom/>

Toledo, V (2012, outubro). Estudo mostra como a privação do sono afeta a imunidade. Agência FAPESP. Consultado em: http://agencia.fapesp.br/estudo_mostra_como_a_privacao_do_sono_afeta_a_imunidade/16303/

Higiene do sono: Como?

Deite-se apenas para dormir quando estiver com sono – Embora você costume ir para a cama à mesma hora sempre, se um dia nessa hora você não tem sono, não vá para a cama. Tudo o que você vai fazer é continuar a ativar o cérebro revendo o dia, planejando o próximo ou preocupando-se.

De um modo semelhante, **não fique na cama sem dormir mais de 15-20 minutos**. Se você não está a dormir, levante-se um pouco e relaxe. Talvez fazer uma caminhada em redor da casa possa ajudar a dormir. Claro que o quentinho debaixo da roupa numa noite de inverno é difícil de rejeitar, mas...

Evite dormir durante o dia – A famosa sesta depois do almoço vai dar-lhe energia para se manter acordado durante a noite. Contudo, se você precisar de uma soneca a mesma não deve demorar mais do que 20 minutos.

Obrigada!

Higiene do sono: Como?

Estabeleça um conjunto de comportamentos relacionados com o sono – que preparam o ato de dormir: escovar os dentes, ler ou ver algo (de preferência fora do quarto), preparar a roupa do dia seguinte.

Não vá para a cama com fome – Se estiver com fome antes de dormir pode beber um pouco de leite ou uma infusão relaxante. Nada de chocolate, café, coca-cola ou outras substâncias estimulantes.

Não converse com a almofada – "Ruminar" na cama fará com que você ande às voltas sem parar. Não parece fácil, mas é melhor anotar as suas preocupações numa agenda ou num telemóvel. É uma forma de exteriorizar e amanhã você volta a preocupar-se com isso.

Durante o dia, aprecie a luz do sol – Os ritmos circadianos vão agradecer-lhe.

C8

Folheto informativo sobre Higiene do Sono

10 dicas para dormir bem

1. Crie o hábito de dormir todos os dias no mesmo horário.
2. Reduza o consumo de estimulantes à noite.
3. Opte sempre por colchões, travesseiros e roupa de cama confortáveis.
4. Evite ingerir muitos líquidos antes de dormir.
5. Faça exercícios durante o dia. À noite vão proporcionar-lhe um sono mais tranquilo.
6. Evite dormir com o computador a TV ou o telemóvel, ligados.
7. O seu quarto deve ser confortável e à noite deve estar escuro, calmo e ter uma temperatura agradável.
8. Não vá dormir de estômago cheio.
9. Não vá dormir de estômago demasiado vazio.
10. Tente utilizar o seu relógio biológico para dormir e acordar.



Obrigada!



Higiene do Sono

Dicas



Psicóloga Dulce Sousa
Psicóloga especialista Fernanda Moodas
16-05-2018



O que é a "Higiene do Sono"?

- Uma **área multidisciplinar** onde encontramos contribuições da **Psicologia e da Medicina** (neurologia, Psiquiatria, Medicina do Trabalho), **Arquitetura, Engenharia civil, Terapia Ocupacional.**
- Dormir, melhora o **nosso desempenho físico e mental.**

Quais são os objetivos da "Higiene do Sono"?

- **Identificar** fatores ambientais que influenciam a **quantidade e a qualidade** do sono.
- **Encorajar** a **melhorar** fatores ambientais e **reduzir** os **maus hábitos** que **prejudicam** o sono.
- **Melhorar** a **qualidade** do sono, de forma a **melhorar** o **desempenho** e a **atenção** nas **atividades** do dia a dia.

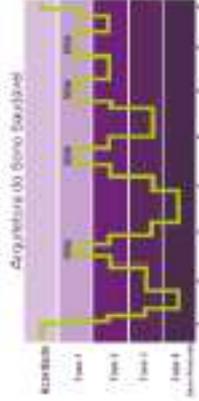
As fases do sono

Fase 1: Liberação da Melatonina, que induz o sono (estado de sonolência).

Fase 2: Estado de sono leve - diminuição do ritmo cardíaco e respiratório, os músculos relaxam e a temperatura corporal cai.

Fases 3 e 4: Grande liberação da hormona de crescimento (GH) e leptina (metabolismo e saciedade), até atingir o seu pico no início da manhã.

Sono REM: Sigla que define o movimento rápido dos olhos, identificando o pico da atividade cerebral, quando começam a se desenvolver os sonhos. O relaxamento é total.



A importância da Melatonina

A Melatonina produz-se fundamentalmente durante a noite, na escuridão e varia ao longo do ano, sendo maior o seu nível no inverno. A principal função da Melatonina é a indução do sono, mas também lhe são reconhecidas funções rejuvenescedoras e antioxidantes, bem como, influências no sistema imunitário, na resposta ao stress e na prevenção de determinados tipos de doença.

Enquanto dormimos

O sistema límbico ativa-se em grande quantidade visando remover toxinas e outros derivados da atividade neuronal que se acumulam enquanto estamos acordados. Esse processo é benéfico para a saúde.

Quase todas as doenças neurodegenerativas estão associadas a esta acumulação de detritos cerebrais.

Muitas outras ações benéficas ao nosso cérebro também acontecem, como a consolidação da memória.



Insónia

O que é?

Por vezes surgem dificuldades em começar a dormir ou em regularizar o sono. Ou então acordar-se antes do horário estipulado. Acorda-se cansado.

Causas:

As causas mais frequentes das insónias são maus hábitos de sono, ansiedade e depressão.

Consequências:

As consequências mais comuns são a irritação, o stress, o cansaço e a ansiedade. A longo prazo pode aumentar o risco de depressão, de obesidade, de diabetes...

C9

**Apresentação sobre *Mindfulness* – Redução do *Stress* baseado
na Atenção Plena**

Mindfulness

Psicóloga Dulce Sousa
Psicóloga estagiária Fernanda Mucio
20/06/2019

Elementos Transversais

- Atenção plena
- Compaixão
- Aceitação

Modelos de base

- Teoria da vinculação
- Neurociências (Neuroplasticidade)
- Budismo e Psicologia Oriental

Mindfulness Objetivos

- Promover o **contacto** entre o **corpo** e a **mente**
- **Observar e aceitar** em vez de **desafiar e mudar**
- Tornar-se psicologicamente **mais flexível** – criar novos esquemas ou circuitos neuronais
- Aumentar a **capacidade de tolerar** a exposição a conteúdos mentais **aversivos** através do foco e manutenção da atenção

Mindfulness

Utilidade

- Aliviar a dor
- Viver com diversos problemas médicos
- Reduzir o stress e restaurar o bem-estar

Significa **ATENÇÃO PLENA**

Um tipo de **MEDITAÇÃO** inspirada no Budismo.

Uma intervenção para **reduzir o stress** através da **terapia cognitiva** baseada na **atenção plena**.

(Mindfulness based cognitive therapy – MBCT)

(Kabat-Zinn et al., 1998)

Mindfulness O que é?

Mindfulness Programas

- REDUÇÃO DO STRESS**
MBSR (Jon Kabat-Zinn)
- TERAPIA COGNITIVA**
MBCT (Williams, Teasdale & Segal)
- AUTOCOMPAIXÃO**
MSC (Germer & Neff)
- TERAPIA COMPORTAMENTAL DIALÉTICA**
DBT (Marsha Linehan)
- TERAPIA DA ACEITAÇÃO E DO COMPROMISSO**
ACT (Steven Hayes)

Mind Full, or Mindful?

Mindfulness O que é?

Mindfulness Redução do Stress

MBSR (Jon Kabat-Zinn)

Redução de stress baseado na atenção plena (Mindfulness-Based Stress Reduction)

O método mais citado na literatura (Desenvolvido nos EUA por Kabat Zin)

Objetivo: o paciente aprender a estar mais consciente do presente em cada momento da sua vida

Contexto: grupo de 8 a 10 semanas

Aplicações: dor crónica, fibromialgia, esclerose múltipla, perturbações de ansiedade, psoríase, cancro, auto-cuidado de prestadores.

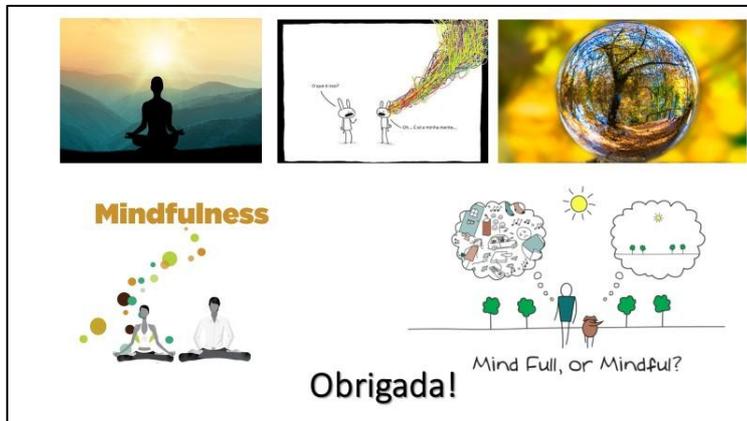
Técnicas:
Bodyscan
Meditação a andar
Meditação sentada

Um modelo conceptual do Mindfulness

Mindfulness Redução do Stress

Bibliografia

- Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical psychology: Science and Practice*, 10, 125–143.
- Carmody, J., Reed, G., Kristeller, J., & Merriam, P. (2008). Mindfulness, spirituality, and health-related symptoms. *Journal of Psychosomatic Research*, 64, 393–403.
- Gunaratana, H. (2002). *Mindfulness in Plain English*. Boston: Wisdom Publications.
- Hanh, T. N. (1976). *The miracle of mindfulness: A manual on meditation*. Boston: Beacon Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G., (1999). *Acceptance and commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press
- Hayes, S. C.; Follette, V. M. & Linehan, M. (2004). *Mindfulness and Acceptance: Expanding the Cognitive Behavioral Tradition*. New York: Guilford Press.
- Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go, there you are: Mindfulness Meditation in Everyday Life*. New York: Library of Congress-in-Publication data.
- Kabat-Zinn, J. (1991) *Full Catastrophe Living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. New York: Pantam Books.
- Kabat-Zinn, J. (2004). *Coming to Our Senses: Healing Ourselves and the World Through Mindfulness*. New York: Hyperion.
- Kabat-Zin, J. (2010). Prefácio. In M. Williams & D. Penman (2016), *Mindfulness. Atenção Plena. O plano de oito semanas que libertou milhões de pessoas do stress e da ansiedade* (11ª Ed.). Trad. Port. Alfragide: Lua de Papel
- Linehan, M. (1993). *Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press.
- Segal, Z., Williams, J., Teasdale, J. (2002). *Mindfulness-based Cognitive Therapy for Depression – A New Approach to Preventing Relapse*. New York: Guilford Press.
- Shapiro, S., Carlson, L., Astin, J., & Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 373 – 386.
- Williams, M. & Penman, D. (2016). *Mindfulness. Atenção Plena. O plano de oito semanas que libertou milhões de pessoas do stress e da ansiedade* (11ª Ed.). Trad. Port. Alfragide: Lua de Papel.



Obrigada!

C10

**Folheto informativo sobre *Mindfulness* – Redução do *Stress* baseado
na Atenção Plena**

Redução do stress (MBSR)

Citado por Jon Kabat-Zinn

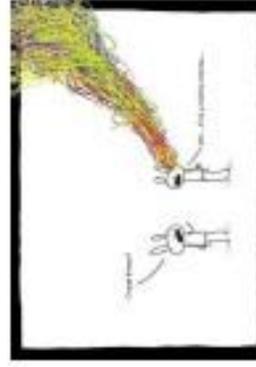
Objetivo: o paciente aprender a estar mais consciente do presente em cada momento da sua vida

Contexto: grupo de 8 a 10 semanas

Aplicações: dor crónica, fibromialgia, esquizofrenia múltipla, perturbações de ansiedade, psicose, cancro, auto-cuidado de prestadores.

Técnicas:

- Bodyscan
- Meditação a andar
- Meditação sentada



Mind Full, or Mindful?



Obrigada!



Mindfulness

Dicas



Psicóloga Dulce Sousa
Psicóloga estagiária Fernanda Moadas
20-06-2018

Mindfulness



O que é Mindfulness?

Significa ATENÇÃO PLENA

- Um tipo de MEDITAÇÃO inspirada no Budismo.
- Uma intervenção para reduzir o stress através da terapia cognitiva baseada na atenção plena (Mindfulness based cognitive therapy – MBCT) (Kabat-Zinn et al., 1995)

Quais são os objetivos do Mindfulness?

- Promover o contacto entre o corpo e a mente
- Observar e aceitar em vez de desafiar e mudar
- Tornar-se psicologicamente mais flexível – criar novos esquemas ou circuitos neuronais
- Aumentar a capacidade de tolerar a exposição a conteúdos mentais aversivos através do foco e manutenção da atenção

Objetivos específicos



Elementos transversais

- Atenção plena
- Compaixão
- Aceitação

Modelos de base:

- Teoria da Vinculação
- Neurociências (Neuroplasticidade)
- Budismo e Psicologia oriental

Programas

- REDUÇÃO DO STRESS
MBSR (Jon Kabat-Zinn)
- TERAPIA COGNITIVA
MBCT (William S. Teasdale & Segal)
- AUTOCOMPANHÃO
MSC (Gleimer & Noff)
- TERAPIA COMPORTAMENTAL
DIALÉTICA
DBT (Marsha Linehan)
- TERAPIA DA ACEITAÇÃO E DO

Utilidade

- Aliviar a dor
- Viver com diversos problemas médicos
- Reduzir o stress e restaurar o bem-estar

Anexo D

**Intervenção psicoeducativa junto de grupo pessoas em
reabilitação cardíaca**

Intervenção psicoeducativa junto de grupo pessoas em reabilitação cardíaca

Enquadramento

O Serviço de Medicina Física e de Reabilitação (SMFR) é o contexto da preparação e implementação desta intervenção psicoeducativa. O facto de certas problemáticas de saúde a que responde, aparecerem frequentemente associadas a hábitos e a comportamentos de risco de agravamento da doença, é fator que contribui para que uma das estratégias de intervenção adotadas no SMFR seja a intervenção psicoeducativa.

A intervenção psicoeducativa junto de grupo de pessoas em reabilitação cardíaca decorre nas instalações e com os recursos logísticos disponibilizados pelo SMFR (gabinete de Psicologia) e pela CPSM (sala de Psicodrama), às terças-feiras, das 11.30h às 13h, com periodicidade semanal, tendo decorrido duas edições entre 5 de dezembro de 2017 e final de julho de 2018, de 15 sessões cada. A edição em que participei decorreu entre 5 de dezembro de 2017 e 27 de março de 2018.

A intervenção foi planeada e implementada pela minha orientadora de estágio, com a nossa colaboração enquanto estagiárias, minha e da minha colega de estágio Diana, que elaborou a apresentação coerência cardíaca. Colaborei na dinamização e preparei os materiais para duas sessões: Respiração diafragmática e “Saber dizer não” (consultar plano de sessões, adiante).

A intervenção em questão enquadra-se no modelo humanista e no interpessoal/interacional, integrando-o com o modelo comportamental cognitivo.

Para possibilitar uma avaliação acerca do impacto desta intervenção de grupo, os pacientes participantes realizam uma avaliação psicológica antes e após a intervenção.

Justificação da pertinência da intervenção

As doenças cardiovasculares são a principal causa de morte no mundo (Gorayeb, et al., 2015). Muitas pessoas, após um evento cardíaco como o enfarte agudo do miocárdio, têm de renunciar a uma vida (tão) ativa e de (re)aprender a

realizar algumas tarefas da vida diária, em busca de hábitos mais saudáveis. Essa aprendizagem permite não só diminuir o risco de voltar a incorrer num evento idêntico como também melhorar a sua qualidade de vida, pessoal e familiar.

A formação de grupos com pessoas que experimentam situações ameaçadoras à sua existência, tem, de acordo com a literatura, um efeito terapêutico excelente. Propicia uma forma de suporte social e permite uma redução de custos e de tempo, por comparação com a intervenção individual. Funciona melhor associado a uma intervenção psicológica, cientificamente planeada e fundamentada, com objetivos estabelecidos para o grupo em questão (Guerra & Lima, 2005). Permite o desenvolvimento de técnicas de socialização, do comportamento imitativo, de realização de catarse. As intervenções psicoeducativas possibilitam a autoaplicação de técnicas diversificadas para resolver problemas do quotidiano (autocontrolo, autoeficácia) (Guerra & Lima, 2005). São usadas técnicas orientadas para a ação, que visam dar controlo ao indivíduo sobre a sua vida, para resolver problemas interpessoais, emocionais e de decisão entre outros.

Crítérios de inclusão e de exclusão de elementos para o grupo

O grupo é relativamente homogéneo e fechado. A dimensão ideal é de 10 elementos, que foi a dimensão do grupo na edição em que participei.

Como critérios de inclusão, identificamos:

- Ser adulto, paciente proveniente da Medicina Física, em processo de reabilitação cardíaca subsequente a evento cardíaco (enfarte agudo do miocárdio).

Não se excluem pessoas que tenham comorbilidade associada como perturbação de ansiedade ou depressão, por exemplo.

Como critérios de exclusão, temos:

- Visível comprometimento significativo do funcionamento cognitivo.
- Visível exibição de dificuldades na regulação do comportamento.
- Visível tendência para assumir um papel desviante.
- Visível incompatibilidade com um ou vários membros do grupo.

Mais concretamente o grupo destinou-se a pessoas que sofreram enfarte agudo do miocárdio, com capacidade para realizar a tarefa do grupo, com

motivação para participar e comprometidas em assistir às sessões de grupo e permanecer durante a sessão.

Objetivos gerais e específicos

Gerais:

- Promover a partilha de experiências.
- Promover a psicoeducação sobre enfarte do miocárdio e comportamentos associados a fatores de risco.

- Contribuir para a promoção da autodeterminação dos doentes na prevenção e na gestão dos comportamentos e hábitos promotores de saúde na vida diária

Específicos:

- Proporcionar um suporte técnico especializado.
- Proporcionar um suporte de entreajuda de pares com problemática semelhante, para incutir esperança.
- Contribuir para o desenvolvimento de competências de comunicação.
- Melhorar os conhecimentos dos pacientes acerca dos fatores de risco para a patologia cardíaca (fumar, alimentação, inatividade física, não adesão à medicação).
- Melhorar os conhecimentos sobre as estratégias para lidar com o *stress*.
- Maximizar as estratégias de *coping*.
- Potenciar a adesão às diferentes abordagens terapêuticas essenciais à preservação da saúde destes pacientes.
- Fornecer estratégias que permitam melhorar a qualidade de vida dos pacientes.

Plano de sessões

	DATA	TEMA	TÉCNICO/A RESPONSÁVEL
01	05-12-2017	Apresentação, definição de objetivos gerais e específicos, definição de regras de funcionamento, abordagem das temáticas a trabalhar	dra. Dulce
02	12-12-2017	Psicoeducação enfarte e saúde Importância da medicação	dra. Dulce
03	19-12-2017	Ansiedade	dra. Dulce
04	02-01-2018	Higiene do sono	dra. Dulce
05	09-01-2018	Respiração diafragmática	Fernanda
06	16-01-2018	Coerência cardíaca	dra. Dulce
07	23-01-2018	Saúde mental e processos de mudança A força das palavras	dra. Dulce
08	30-01-2018	Alimentação	Nutricionista e estagiários de nutrição
09	06-02-2018	Coerência cardíaca (revisão)	dra. Dulce
10	20-02-2018	Perdão	dra. Dulce
11	27-02-2018	Sexualidade	dra. Dulce
12	06-03-2018	Relaxamento imagético	dra. Dulce
13	14-03-2018	Gratidão	dra. Dulce
14	20-03-2018	Saber dizer não	Fernanda
15	27-03-2018	Sessão de encerramento	dra. Dulce

Instrumentos de avaliação

Com estes pacientes eram utilizados os testes: HADS (Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão); ESSS (Escala de Satisfação com o Suporte Social); IIFE (Índice Internacional de Função Erétil); IFSF (Índice de Funcionamento Sexual Feminino); BDI-II (Inventário de Depressão de Beck); STAI (Inventário de Ansiedade Estado-Traço); PSQI (*Pittsburgh Sleep Quality Index*) e MoCA (*Montreal Cognitive Assessment*).

Materiais em cuja elaboração participei

No âmbito desta intervenção psicoeducativa junto de um grupo de pessoas em reabilitação cardíaca subsequente a enfarte do miocárdio, criei materiais de suporte a 2 sessões. Uma apresentação em *powerpoint* e um folheto sobre “Respiração Diafragmática” (Anexos D1 e D2). Uma apresentação em *powerpoint* e um folheto sobre “Saber Dizer Não” (Anexos C5 e C6), já anteriormente apresentada no âmbito da intervenção junto do grupo de pessoas com perturbação de ansiedade.

D1

Apresentação sobre Respiração Diafragmática

Respiração Diafragmática

Psicóloga Dulce Sousa
Psicóloga estagiária Fernanda Moreira
09-01-2018

Cada estado emocional está associado a alterações características:

MEDO
Taquicardia, vertigem e boca seca, causados pela libertação de adrenalina. O intestino e a bexiga ficam mais ativos e o sangue vai para as pernas, preparando o corpo para fugir.

ALEGRIA
Há libertação de serotonina e dopamina, relacionados com o bem-estar. Os músculos relaxam e mais sangue chega ao cérebro para que o momento seja registado.

Respiração Diafragmática

Objetivos

- * Dar atenção à respiração, pelo menos em certos momentos.
- * Aumentar a quantidade de ar inspirado e expirado.
- * Promover o relaxamento físico.
- * Respirar corretamente de forma a abrandar o ritmo do funcionamento mental.
- * Serenar, em busca do equilíbrio, da harmonia interna.

Cada estado emocional está associado a alterações características:

ANSIEDADE
Prendemos o ar aumentando o nível de dióxido de carbono no corpo. O organismo entende que precisa de oxigénio e passamos a respirar mais rapidamente. Aumenta o número de batimentos cardíacos e a pressão arterial. A libertação de adrenalina e cortisol.

Respiração

A respiração é um processo consciente e inconsciente ao mesmo tempo.

Respiramos vinte e quatro horas por dia sem que percebamos, porém podemos influir no ritmo respiratório.

Portanto, a respiração é um elo de ligação entre as funções conscientes e inconscientes do ser humano.

Cada estado emocional está associado a alterações características:

ANSIEDADE

Sintomas físicos:
Palpitações, sensação de falta de ar, tremores, sudorese, boca seca, tensão muscular e tonturas, entre outros.

Sintomas cognitivos:
Medo de morrer, de enlouquecer, de ter um ataque cardíaco ou de perder o controle. Quanto mais forte a ativação dos sintomas, maior o pavor – e este sentimento, por sua vez, mantém ativado o sistema simpático, de forma que o organismo demora mais tempo a restaurar o estado de relaxamento.

Respiração

Cada estado emocional possui um ritmo respiratório característico:

- Se estivermos a dormir, a respiração é abdominal e lenta.
- Se estivermos agitados, stressados, a respiração é superficial e torácica.
- Se estivermos em estado de vigília, a respiração tenderá a ser completa.

Respiração diafragmática

O que é?

Método de respiração que consiste no controlo do diafragma, utilizado para aproveitar toda a capacidade do pulmão, fornecendo mais oxigénio ao corpo e, como é claro, ao cérebro, melhorando o seu funcionamento.

Cada estado emocional está associado a alterações características:

TRISTEZA
Aumentam os níveis de cortisol. A respiração e o intestino ficam mais lentos e há maior produção de lágrimas. A pessoa fica mais introspetiva.

RAIVA
A libertação das hormonas noradrenalina e cortisol aumenta a frequência cardíaca e respiratória: a pupila dilata e o sangue vai para os membros superiores e inferiores, preparando o corpo para lutar e correr.

Respiração diafragmática

O que é?

É a forma como respiramos ao nascer, sendo uma forma correta de respirar. Consiste em permitir que a "barriga estufe" levemente durante a inspiração, devendo o tórax expandir somente no final da inspiração. É como se primeiro enchêssemos de ar o abdómen e só depois o tórax.



Respiração Diafragmática
Utilizada para quê?

- Aliviar a tensão e o stresse.
- Tratar transtornos de ansiedade.
- Como hábito que pode proporcionar um relaxamento durante o dia inteiro, e não só nos momentos stressantes.
- Melhorar o funcionamento do cérebro.

Bibliografia

Calveta, F. & Silva, D. (2011). Uso e efeito da cinesioterapia respiratória nos cuidados pós-operatórios de cirurgias cardíaca e abdominal - Revisão literária. Consultado em: <http://www.repositorio.uniceub.br/handle/123456789/4501>
<http://hdl.handle.net/123456789/4501>

Ferro, A. & Pombo, S. (2015). Terapia cognitiva e comportamental Terapia cognitiva e comportamental para as perturbações de ansiedade. Consultado em: <file:///C:/Users/Curiosity/Downloads/Terapia-cognitiva-e-comportamental-para-as-perturbacoes-de-ansiedade-Protocolo-de-intervencao-em-contexto-psiquiatico.pdf>



Respiração Diafragmática



Obrigada!

Respiração Diafragmática
Instruções

Sente-se numa posição confortável, de forma relaxada.



Respiração Diafragmática
Instruções

1. Quando inspirar deixe o ar entrar pelo nariz e empurre o abdómen para fora.
1. Ao expirar deixe o ar sair pela boca e encolha a barriga.



D2

Folheto informativo sobre Respiração Diafragmática

Cada estado emocional está associado a alterações características:

ANSIEDADE:

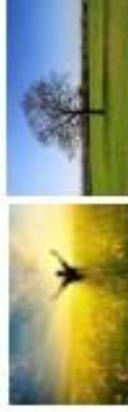
Sintomas físicos:

Palpitações, sensação de falta de ar, tremores, sudorese, boca seca, tensão muscular e torturas, entre outros.

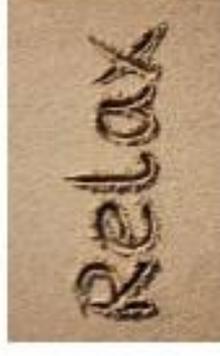
Sintomas cognitivos:

Medo de morrer, de enlouquecer, de ter um ataque cardíaco ou de perder o controle.

Quanto mais forte a ativação dos sintomas, maior o pavor – e este sentimento, por sua vez, mantém ativado o sistema simpático, de forma que o organismo demora mais tempo a restaurar o estado de relaxamento.



Obrigada!



Respiração Diafragmática

Dicas



Psicóloga Dulce Sousa
Psicóloga estagiária Fernanda Moedas
09-01-2018



O que é a respiração diafragmática?

Método de respiração que consiste no controlo do diafragma, utilizado para aproveitar toda a capacidade do pulmão, fornecendo mais oxigénio ao corpo e, como é claro, ao cérebro, melhorando o seu funcionamento.

Quais são os objetivos da respiração diafragmática?

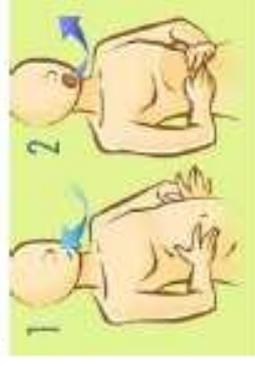
- Dar atenção à respiração, pelo menos em certos momentos.
- Aumentar a quantidade de ar inspirado e expirado.
- Promover o relaxamento físico.
- Respirar corretamente de forma a abandonar o ritmo do funcionamento mental interno.

Introdução

É a forma como respiramos ao nascer, sendo uma forma correta de respirar. Consiste em permitir que a "barriga estufe" levemente durante a inspiração, devendo o tórax expandir somente no final da inspiração. É como se primeiro enchêssemos de ar o abdômen e só depois o tórax.

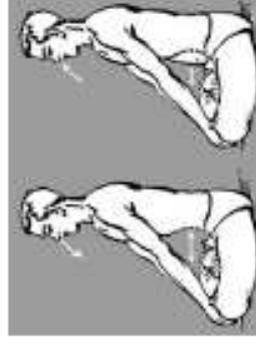
Qual a sua utilidade?

- Para aliviar a tensão e o stress.
- Para tratar transtornos de ansiedade.
- Como hábito que pode proporcionar um relaxamento durante o dia inteiro e não só nos momentos stressantes.
- Melhorar o funcionamento do cérebro.



Instruções

1. Sente-se numa posição confortável, de forma relaxada.
2. Quando inspirar deixe o ar entrar pelo nariz e empurre o abdômen para fora.
3. Ao expirar deixe o ar sair pela boca e encolha a barriga.



Anexo E

**Intervenção psicoeducativa junto de grupo pessoas com
SOD ou em reabilitação do pavimento pélvico**

Intervenção psicoeducativa junto de grupo pessoas com SOD ou em reabilitação do pavimento pélvico

Enquadramento

O Serviço de Medicina Física e de Reabilitação (SMFR) é o contexto da preparação e implementação desta intervenção psicoeducativa. O facto de certas problemáticas de saúde a que responde, aparecerem frequentemente associadas a hábitos e a comportamentos de risco de agravamento da doença, é fator que contribui para que uma das estratégias de intervenção adotadas no SMFR seja a intervenção psicoeducativa.

A intervenção psicoeducativa junto de grupo de pessoas em reabilitação do pavimento pélvico e/ou com Síndrome de Obstrução Defecatória (SOD) decorre nas instalações e com os recursos logísticos disponibilizados pelo SMFR (gabinete de Psicologia) e pela CPSM (sala de Psicodrama). O dia da semana, o horário e a periodicidade serão estipulados posteriormente, mas é provável que as sessões decorram às segundas-feiras de tarde. O início da próxima edição está previsto para setembro ou outubro de 2018.

A intervenção foi planeada e implementada pela minha orientadora de estágio, com a nossa colaboração enquanto estagiárias: minha, da minha colega de estágio Diana, e da colega do ano letivo anterior, Ana.

A intervenção em questão enquadra-se no modelo humanista e no interpessoal/interacional, integrando-o com o modelo comportamental cognitivo.

Para possibilitar uma avaliação acerca do impacto desta intervenção de grupo, os pacientes participantes realizam uma avaliação psicológica antes e após a intervenção.

Justificação da pertinência da intervenção

Os pacientes em Reabilitação do Pavimento Pélvico (RPP) exibem, concomitantemente, características sugestivas de perturbação emocional, apresentando geralmente uma prevalência de ansiedade ou de depressão, superior à da população em geral (Enders, 2015; Podzemny, Pescatori, & Pescatori, 2015). Independentemente de se considerar como causa ou

consequência das condições de saúde daqueles pacientes, tem-se verificado que a psicopatologia tem um impacto negativo nos programas RPP. Os sintomas da ansiedade dificultam o relaxamento e por consequência o músculo puborretal não relaxa. Essa tensão provoca um alongamento do nervo pudendo que pode levar a uma neuropatia. Nestes casos a indicação para tratamento através de cirurgia é secundária, pois o que se deve corrigir são os problemas psicológicos, musculares e/ou neurológicos (Podzemny, Pescatori, & Pescatori, 2015). O *stress* tem efeitos sinérgicos sobre a função intestinal, sendo este considerado um fator de risco (Qin, Cheng, Tang & Bian, 2014).

O aconselhamento psicológico é muito importante em pacientes com síndrome de obstrução defecatória (SOD) que têm depressão e/ ou ansiedade, assim como o recurso a abordagens específicas de Intervenção Psicológica (IP), como a prática de exercícios de relaxamento ou Yoga (Miliacca, Gagliardi & Pescatori, 2010; Podzemny, Pescatori, & Pescatori, 2015).

A formação de grupos com pessoas que experimentam situações que comprometem a qualidade da sua existência, tem, de acordo com a literatura, um efeito terapêutico excelente. Propiciam uma forma de suporte social e permitem uma redução de custos e de tempo, por comparação com a intervenção individual. Funcionam melhor associados a uma intervenção psicológica, cientificamente planeada e fundamentada, com objetivos estabelecidos para o grupo em questão (Guerra & Lima, 2005). Permitem o desenvolvimento de técnicas de socialização, do comportamento imitativo, de realização de catarse. As intervenções psicoeducativas possibilitam a autoaplicação de técnicas diversificadas para resolver problemas do quotidiano (autocontrolo, autoeficácia) (Guerra & Lima, 2005). São usadas técnicas orientadas para a ação, que visam dar controlo ao indivíduo sobre a sua vida, para resolver problemas interpessoais, emocionais e de decisão entre outros.

Crítérios de inclusão e de exclusão de elementos para o grupo

O grupo é relativamente homogéneo e fechado. A dimensão ideal é de 10 elementos.

Como critérios de inclusão, identificamos:

- Ser adulto, paciente proveniente da consulta de medicina fisiátrica, em processo de reabilitação do pavimento pélvico, com SOD.

Não se excluem pessoas que tenham comorbidade associada como perturbação de ansiedade ou depressão, por exemplo.

Como critérios de exclusão, temos:

- Visível comprometimento significativo do funcionamento cognitivo.
- Visível exibição de dificuldades na regulação do comportamento.
- Visível tendência para assumir um papel desviante.
- Visível incompatibilidade com um ou vários membros do grupo.

Mais concretamente o grupo destinou-se a pessoas que sofrem de SOD que se encontram em reabilitação do pavimento pélvico, com capacidade para realizar a tarefa do grupo, com motivação para participar e comprometidas em assistir às sessões de grupo e permanecer durante a sessão.

Objetivos gerais e específicos

Gerais:

- Promover a partilha de experiências.
- Promover a psicoeducação sobre síndrome de obstrução defecatória e comportamentos associados a fatores protetores.

Específicos:

- Proporcionar um suporte técnico especializado.
- Proporcionar um suporte de entajuda de pares com problemática semelhante, para inculir esperança.
- Contribuir para o desenvolvimento de competências de comunicação.
- Melhorar os conhecimentos dos pacientes acerca dos fatores de risco para a patologia intestinal (fumar, alimentação, inatividade física, ritmo ação/descanso).
- Melhorar os conhecimentos sobre as estratégias para lidar com o *stress*.
- Maximizar as estratégias de *coping*.
- Potenciar a adesão às diferentes abordagens terapêuticas essenciais à preservação da saúde destes pacientes.
- Fornecer estratégias que permitam melhorar a qualidade de vida dos pacientes.

Plano de sessões

	TEMA	TÉCNICO/A RESPONSÁVEL
01	Apresentação, definição de objetivos gerais e específicos, definição de regras de funcionamento, abordagem das temáticas a trabalhar	Todas
02	Intestino e digestão	dra. Dulce
03	Ansiedade e relaxamento	Ana dra. Dulce
04	<i>Mindfulness</i>	Diana Fernanda
05	Depressão	Diana
06	Nutrição	Nutricionista convidada
07	Sono	dra. Dulce
08	Exercício físico	Terapeuta A definir
09	<i>Stress</i>	Diana
10	Relacionamento interpessoal	Diana
11	Mágoa	Diana
12	Perdão	Ana
13	Auto-imagem	Fernanda
14	Medo	Ana
15	Sexualidade	Ana Fernanda
16	Sessão de encerramento	Todas

Instrumentos de avaliação

Com estes pacientes eram utilizados os testes: HADS (Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão); EAAP (Escala de Auto Apreciação Pessoal); IIFE (Índice Internacional de Função Erétil); IFSF (Índice de Funcionamento Sexual Feminino); PSQI (*Pittsburgh Sleep Quality Index*); MoCA (*Montreal Cognitive Assessment*) e SF-36, V2 (Questionário do Estado de Saúde, 2ª versão).

Anexo F

**Listagem de apresentações temáticas no âmbito das reuniões da
UPCHD e apresentações científicas da CPSM**

	UPCHD	CPSM
	Apresentações temáticas	Apresentações científicas
Data	Título Autor(es)	Título Autor(es)
11-10-2017		<i>Empreendedorismo social</i> Terapeuta Ocupacional [Redacted] (Barcelona)
18-10-2017	<i>UADI – Unidade de Ação para o desenvolvimento e integração. O que somos? O que queremos ser?</i> Psicólogas: [Redacted]	<i>Aplicação da neuroimagem no estudo do doente com esquizofrenia</i> Médica em internato de Psiquiatria: [Redacted]
08-11-2017	<i>Sem abrigo e Doença Mental</i> Médicas em internato de Psiquiatria: [Redacted]	
15-11-2017		<i>Doença mental grave: Modelo de financiamento</i> Médica Psiquiatra: [Redacted] Economista: [Redacted]
29-11-2017		<i>Síndrome de Charles Bonnet: Uma revisão bibliográfica</i> Médica em internato de Psiquiatria: [Redacted]
06-12-2017		<i>Autoestima para que te quero</i> Médico Psiquiatra, Chefe de Serviço: [Redacted]
13-12-2017		<i>Terapia em meio aquático na saúde mental</i> Terapeuta Ocupacional: [Redacted]
7-03-2018 (Valongo)	<i>UADI – Unidade de Ação para o desenvolvimento e integração. Breve apresentação</i> Psicóloga: [Redacted]	
14-03-2018	<i>Do enclausuramento dos loucos à luta pelo encerramento dos manicómios</i> Médica em internato de Psiquiatria: [Redacted]	
13-06-2018	<i>Evidências da intervenção psicossocial em doentes com Esquizofrenia</i> Médico em internato de Psiquiatria: [Redacted]	<i>Cuidados continuados integrados de saúde mental: Critérios de encaminhamento</i> Médica Psiquiatra: [Redacted] Enfermeira: [Redacted] Assistente Social: [Redacted]

Anexo G

Outras atividades realizadas durante o estágio curricular

G1

Poster: *Prevalência dos Distúrbios Emocionais de Pacientes em Reabilitação do Pavimento Pélvico*. Porto, Jornadas CESPU – 22 de maio de 2018



PREVALÊNCIA DOS DISTÚRBIOS EMOCIONAIS DE PACIENTES EM REABILITAÇÃO DO PAVIMENTO PÉLVICO

INTRODUÇÃO

A Reabilitação do Pavimento Pélvico (RPP), a par com as intervenções de Modificação Comportamental são os tratamentos de primeira linha, utilizados para corrigir o comportamento dissinérgico dos músculos esfíncterianos abdominais, rectais e anais. Os pacientes em RPP podem concomitantemente exibir características de perturbação emocional. Apesar de se discutir se a psicopatologia é causa ou consequência das suas condições, tem-se verificado que a mesma pode ter um impacto negativo no programa RPP.

. ESFÍNCTERES, CÉREBRO E DISTÚRBIOS EMOCIONAIS:

Estudos com recurso a imagiologia cerebral revelaram que as pessoas com irritação intestinal, tende a haver maior volume de informação transmitida dos intestinos ao cérebro do que no caso das pessoas sem queixas intestinais (Enders, 2015). Tem-se afirmado que os antidepressivos tratam simultaneamente de ambos, ou até levantando a suspeita de que em muitos casos os antidepressivos atuam exclusivamente nos intestinos, atendendo ao facto de 95% da serotonina produzida pelo próprio corpo ter origem nas células intestinais (Gershon, 2012, 2013). Quem sofre de intestino irritado apresenta geralmente uma prevalência de ansiedade ou de depressão, superior à da população em geral (Enders, 2015; Podzemny, Pescatori, & Pescatori, 2015). Independentemente de se considerar como causa ou consequência das condições de saúde daqueles pacientes, tem-se verificado que a psicopatologia tem um impacto negativo nos programas RPP (Nehra, Bruce, Rath-Harvey, Pemberton, & Camilleri, 2000). Nestes casos a indicação para tratamento através de cirurgia é secundária, pois o que se deve corrigir são os problemas psicológicos, musculares e/ou neurológicos (Podzemny, Pescatori, & Pescatori, 2015).

. PSICOPATOLOGIA E ACONSELHAMENTO PSICOLÓGICO:

O aconselhamento psicológico é muito importante em pacientes com SOD que têm depressão e/ou ansiedade (Hwang et al., 2006; Millicica, Gagliardi & Pescatori, 2010). Denote-se que 1/3 das mulheres com este problema relatam episódios de trauma sexual na infância e na adolescência (Devroede, 2000). O acompanhamento psicológico está associado à diminuição da sintomatologia psicopatológica em geral, verificando-se melhorias na qualidade de vida (Labus et al., 2013). Uns intestinos em sofrimento (devido a stress ou a intolerância alimentar) podem desencadear sentimentos negativos. O stress tem efeitos sinérgicos sobre a função intestinal (Fao et al., 2007), sendo este considerado um fator de risco (Qin, Cheng, Tang & Bian, 2014). A psicopatologia tem sido relatada como tendo um impacto negativo nos resultados do programa da RPP. Relativamente ao tratamento, as abordagens multidisciplinares nos doentes em RPP têm vindo a fornecer os melhores resultados (Podzemny, Pescatori, & Pescatori, 2015).

OBJETIVO

O objetivo deste estudo é avaliar a prevalência dos distúrbios emocionais de pacientes em Reabilitação do Pavimento Pélvico (RPP) do Centro Hospitalar 

MÉTODO

Foram incluídos no estudo os doentes referenciados à consulta de RPP do sexo feminino com média de idade 53 anos e que cumpriram critérios clínicos e imagiológicos, sendo excluídos os doentes com causas secundárias. Os pacientes foram submetidos a uma avaliação psicológica através da Hospital Anxiety and Depression Scale e do Pittsburgh Sleep Quality Index, como parte de uma abordagem terapêutica integrada. Procedeu-se aos registos em base de dados no Statistical Package for Social Science (versão IBM SPSS 24) do Windows. Os registos incluem o diagnóstico psiquiátrico prévio e os resultados das administrações dos instrumentos de avaliação aplicados.

RESULTADOS

A avaliação psicológica realizada permitiu verificar que no início da intervenção a maioria dos pacientes, apresentavam sinais de psicopatologia, nomeadamente de ansiedade e alterações do sono.



CONCLUSÕES

A literatura tem vindo a demonstrar que os pacientes em RPP têm, devido às suas doenças, uma qualidade de vida diminuída, com um forte impacto sobre a saúde mental. Relativamente à população geral Portuguesa, a literatura tem vindo a mostrar que as perturbações mentais e do comportamento mantêm um peso significativo no total de anos de vida saudável perdidos pelos portugueses, com uma taxa de 11,75%. Simultaneamente, as perturbações mentais representam 20,55% do total de anos vividos com incapacidade (ODS, 2015). As taxas de prevalência de ansiedade e depressão em Portugal são de 16,5% a 7,9%, respetivamente, e de distúrbios do sono, de 30% (Caldas de Almeida & Xavier, 2013). Quanto aos pacientes do nosso estudo, podemos verificar que grande parte apresenta uma pobre qualidade do sono (90%), ansiedade moderada/severa (65%). Um parte considerável da amostra apresenta uma história de transtorno psiquiátrico (36%) e depressão moderada/severa (32%). Estes dados reforçam a importância de uma abordagem multiprofissional ao lidar com pacientes em RPP. Enders (2015) considera que quem sofre dos intestinos beneficiará com uma intervenção em psicoterapia que permitirá desconstruir tensões e educar a pessoa no sentido da aprendizagem de alternativas saudáveis de movimento a nível neuronal.

Bibliografia

- Caldas de Almeida, J. M., Xavier, M. (2013). Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental - I. Perfil. Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas.
- Cheng, A. Y., Tang, C. (2014). How do we feel about it? The emotion impact of Irritable Bowel Syndrome. *Int. Rev. Neurosci.* 16(1), 29-37.
- Devroede, G. (2000). Psychological aspects of enteric neurobiology in women. *Gastroenterology*, 119(2), 186-188. DOI: 10.1055/s0011-158627
- Devroede, G. (2013). The role of the gut-brain axis in the pathophysiology of irritable bowel syndrome. *Int. Rev. Neurosci.* 15(1), 101-116.
- Divine, D. G. (2015). *Psychiatry: Basic mental health* - 2015. Programa Nacional para a Saúde Mental. Lisboa, SOD. Disponível em: <https://www.dgpc.pt/pt/estudo-que-quer-que-saude-mental-em-nuovo-2015.aspx>.
- Enders, C. (2015). *Psychiatry: Basic mental health* - 2015. Programa Nacional para a Saúde Mental. Lisboa, SOD. Disponível em: <https://www.dgpc.pt/pt/estudo-que-quer-que-saude-mental-em-nuovo-2015.aspx>.
- Fao, S., Dhillon, V. H., Hwang, S. (2015). Anxiety and depression associated with enteric neurobiology: A 10-year follow-up study from the Montreal IBS study (EPIC02). *Neurogastroenterology and Motility*, 26(3), 320-328. DOI: 10.1111/nmo.12521.
- Gershon, M. D. (2013). *Psychiatry: Basic mental health* - 2013. Programa Nacional para a Saúde Mental. Lisboa, SOD. Disponível em: <https://www.dgpc.pt/pt/estudo-que-quer-que-saude-mental-em-nuovo-2015.aspx>.
- Hwang, S., Fao, S., Cheng, A. Y., Tang, C. Y., Hwang, S. J., Hwang, S. J. (2015). Psychological aspects of enteric neurobiology: A prospective controlled study. *Gastroenterology*, 148(1), 111-119. DOI: 10.1053/j.gastro.2015.03.014.
- Labus, J. S., Camilleri, M., Heaton, K. W., Pennington, T. H., & Camilleri, M. (2013). Psychological distress in patients with irritable bowel syndrome and constipation: A tertiary practice. *The American Journal of Gastroenterology*, 108(1), 178-186. <https://doi.org/10.1038/ajg.2012.409>.
- Labus, J. S., Camilleri, M., Heaton, K. W., Pennington, T. H., & Camilleri, M. (2013). Redefined clinical: Symptoms of the irritable bowel syndrome are improved by a psycho-education group intervention. *Aliment Pharmacol Ther*, 37, 354-375.
- Podzemny, A., Hwang, S., Fao, S., & Pescatori, M. (2015). Management of functional disorders. *World Journal of Gastroenterology*, 21(2), 306-312. DOI: 10.3747/wjg.v21.i2.306
- Qin, S., Cheng, A. Y., Tang, C. Y., & Bian, Z. X. (2014). Impact of psychological stress on irritable bowel syndrome. *Asian J Gastroenterol*, 16, 1429-31.
- Rao, S. S. (2008). *Psychiatry: Basic mental health* - 2008. Programa Nacional para a Saúde Mental. Lisboa, SOD. Disponível em: <https://www.dgpc.pt/pt/estudo-que-quer-que-saude-mental-em-nuovo-2015.aspx>.

Dulce Sousa¹, Ana Regadas², Diana Moreira³, Fernanda Moedas⁴, Susana Moreira⁵, Rosário Cunha⁶, Fernando Parada⁶

¹ Unidade Clínica de Saúde Mental do Centro Hospitalar de São João, Unidade de Diagnóstico e Intervenção em Saúde Mental do Centro Hospitalar de São João, Unidade de Diagnóstico e Intervenção em Saúde Mental do Centro Hospitalar de São João, Unidade de Diagnóstico e Intervenção em Saúde Mental do Centro Hospitalar de São João, Unidade de Diagnóstico e Intervenção em Saúde Mental do Centro Hospitalar de São João, Unidade de Diagnóstico e Intervenção em Saúde Mental do Centro Hospitalar de São João



G2

Comunicação Oral: *Fundamentos para a intervenção psicológica na Síndrome de Obstrução Defecatória*: 4º Congresso da Ordem dos Psicólogos Portugueses, Braga – 15 de setembro de 2018

Fundamentos para a intervenção psicológica na Síndrome de Obstrução Defecatória

Dulce YYY¹, Fernanda Moedas², Diana Moreira², Ana Regadas², Susana Moreira³ & Rosário Curral⁴

¹Psicóloga Clínica no Centro Hospitalar ~~XXXXXX~~, Portugal

²Instituto Universitário de Ciências da Saúde (IUCS), Portugal

³Assistente Hospitalar Graduada de MFR no Centro Hospitalar ~~XXXXXX~~, EPE, Portugal

⁴Diretora da Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar ~~XXXXXX~~, EPE, Portugal

Autor correspondente

Dulce YYY

Psicóloga Clínica no Centro Hospitalar ~~XXXXXX~~, Portugal

dulce.YYY.csxx@min-saude.pt

Resumo

Introdução: Os pacientes com Síndrome de Obstrução Defecatória (SOD) podem concomitantemente exibir características de perturbação emocional. A Reabilitação do Pavimento Pélvico (RPP) a par com as intervenções de Modificação Comportamental são os tratamentos de primeira linha, utilizados para corrigir o comportamento dissinérgico dos músculos abdominais, puborretal e esfíncter anal. Apesar de se discutir se a psicopatologia é causa ou consequência das suas condições, tem-se verificado que a mesma tem um impacto negativo no programa RPP.

Objetivos: Avaliar a pertinência da intervenção psicológica em pacientes com SOD, considerando a prevalência dos distúrbios emocionais nestes pacientes do Centro Hospitalar ~~XXXXXX~~ em comparação com um grupo de controlo de indivíduos saudáveis.

Métodos: Os participantes no estudo, pacientes que cumpriram os critérios clínicos e imagiológicos e grupo de controlo, foram avaliados através do diagnóstico psiquiátrico prévio, da *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) e do *Pittsburgh Sleep Quality Index* (PSQI).

Resultados: Nos pacientes com SOD, a avaliação psicológica revelou que a maioria tinha um distúrbio emocional, prevalência significativamente superior à evidenciada no grupo de controlo.

Discussão: A elevada prevalência de distúrbios emocionais torna os pacientes com SOD elegíveis para uma intervenção psicológica. Estes dados corroboram as evidências da literatura científica de que o aconselhamento psicológico é importante enquanto componente da abordagem multidisciplinar em RPP para a obtenção de resultados de sucesso. Os resultados da RPP são altamente dependentes da motivação do paciente e compromisso com o programa. A intervenção psicológica integrada na abordagem da equipa interdisciplinar, favorece a adesão dos doentes.

Declaração

O presente artigo não foi sujeito a revisão por pares, sendo o conteúdo do mesmo da total e exclusiva responsabilidade dos autores.

Palavras-chave: Obstrução, Defecatória, Distúrbios, Emocionais.

Introdução

A Reabilitação do Pavimento Pélvico (RPP), é o tratamento de primeira linha, a par com as intervenções de Modificação Comportamental, utilizado para corrigir o comportamento dissinérgico e melhorar a perceção dos músculos abdominais puborectal e esfíncteriano (Podzemny, Pescatori, & Pescatori, 2015).

A Síndrome de Obstrução Defecatória (SOD) afeta 25 a 50% dos pacientes (WGO, 2010), na maioria mulheres (Soares & Barbosa, 2016) e, atualmente, cada vez mais a população idosa (Gorzoni & Marrochi, 2011). Pode ter como origem distúrbios funcionais ou orgânicos (doença, sedentarismo, dieta, automedicação, etc., segundo Gorzoni & Marrochi, 2011). Algumas das causas orgânicas, como prolapso retal, podem ser prontamente identificadas. Quase 20% dos pacientes necessitam de tratamento cirúrgico. Em contraste, os distúrbios funcionais que muitas vezes coexistem, são menos reconhecidos e dificilmente geridos. Estudos com recurso a imagiologia cerebral revelaram que nas pessoas com irritação intestinal, tende a haver maior volume de informação transmitida transportada, pelo nervo vago, passando pelo tálamo, ao cérebro do que no caso das pessoas sem queixas intestinais (Enders, 2015). O intestino tem exatamente os mesmos recetores nervosos do cérebro. Tem-se afirmado que os antidepressivos tratam simultaneamente de ambos, ou até levantado a suspeita de que em muitos casos os antidepressivos atuam exclusivamente nos intestinos, atendendo ao facto de 95% da serotonina produzida pelo próprio corpo ter origem nas células intestinais (Gershon, 2012).

Os pacientes em RPP exibem, concomitantemente, características sugestivas de perturbação emocional, apresentando geralmente uma prevalência de ansiedade ou de depressão, superior à da população em geral (Enders, 2015; Podzemny, Pescatori, & Pescatori, 2015). Independentemente de se considerar como causa ou consequência das condições de saúde daqueles pacientes, tem-se verificado que a psicopatologia tem um impacto negativo nos programas RPP (Nehra, Bruce, Rath-Harvey, Pemberton, & Camilleri, 2000). Os sintomas da ansiedade dificultam o relaxamento e por consequência o músculo puborretal não relaxa. Essa tensão provoca um alongamento do nervo pudendo que pode levar a uma neuropatia. Nestes casos a indicação para tratamento através de cirurgia é secundária, pois o que se deve corrigir são os problemas psicológicos, musculares e/ou neurológicos (Podzemny, Pescatori, & Pescatori, 2015). O *stress* tem efeitos sinérgicos sobre a função intestinal, sendo este considerado um fator de risco (Qin, Cheng, Tang & Bian, 2014).

O aconselhamento psicológico é muito importante em pacientes com SOD que têm depressão e/ ou ansiedade, assim como o recurso a abordagens específicas de Intervenção Psicológica (IP), como a prática de exercícios de relaxamento ou Yoga (Miliacca, Gagliardi & Pescatori, 2010; Podzemny, Pescatori, & Pescatori, 2015).

Métodos

Desenho do estudo: Para avaliar da pertinência da intervenção psicológica em pacientes com SOD através do levantamento da prevalência dos distúrbios emocionais nestes pacientes do Centro Hospitalar ~~XXXXX~~ em comparação com um grupo de controlo de indivíduos saudáveis, foi efetuado um estudo epidemiológico, observacional, analítico, transversal.

Participantes: Os 53 participantes no estudo, 31 pacientes referenciados à consulta de RPP que cumpriram os critérios clínicos e imagiológicos [grupo experimental (GE)] e os 22 participantes do grupo de controlo (GC), foram avaliados previamente através do diagnóstico psiquiátrico e duma avaliação psicológica, sendo excluídos os que apresentassem causas secundárias das suas condições.

Instrumentos: Foram utilizados os seguintes instrumentos de avaliação psicológica: versão portuguesa da *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) (Pais-Ribeiro et al., 2007) permite avaliar estados de depressão, ansiedade e *stress* emocional, em pacientes hospitalares. *Pittsburgh Sleep Quality Index* (PSQI) (Buysse, Reynolds, Monk, Berman &

Kupfer, 1989), tem como objetivo medir a qualidade e padrões de sono no adulto, durante o último mês.

Procedimentos: Os pacientes foram submetidos a uma avaliação psicológica, como parte de uma abordagem terapêutica integrada. Procedeu-se aos registos em base de dados no *Statistical Package for Social Sciences* (versão IBM SPSS 24) do Windows. Os registos incluem o diagnóstico psiquiátrico prévio e os resultados das administrações dos instrumentos de avaliação aplicados.

Análise Estatística: A partir dos registos efetuados, realizou-se uma análise estatística indicadora da prevalência de distúrbios emocionais e de perturbações da qualidade dos padrões do sono nos pacientes com SOD (GE) e nos indivíduos que participaram no GC. Posteriormente compararam-se os resultados obtidos em ambos os grupos, através da realização de testes *t de Student* para amostras independentes.

Resultados

A tabela 1 apresenta a caracterização sociodemográfica dos dois grupos: experimental (GE) (31 pacientes referenciados à consulta de RPP) e controlo (GC) (22 participantes).

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica dos participantes no estudo

		Grupo	N	%	M	DP
Sexo	F	Experimental	25	80,6%		
		Controlo	14	63,6%		
	M	Experimental	6	19,4%		
		Controlo	8	36,4%		
Idade	Experimental	31			53,55	17,395
	Controlo	22			36,86	18,594

Nota: N: Nº de participantes; F: Sexo Feminino; M: Sexo Masculino; M: Média; DP: Desvio Padrão

Analisando os dados da tabela 1, verifica-se que existem mais mulheres em ambos os grupos. No GE a idade média é superior à do GC, mas os valores de DP são bastante próximos.

A tabela 2 apresenta a análise descritiva dos resultados obtidos na avaliação psicológica realizada aos participantes no estudo.

Tabela 2 - Análise estatística descritiva dos resultados (M e DP) obtidos na HADS e no PSQI, nos dois grupos de participantes no estudo (GE e GC)

		Grupo	N	M	DP
HADS	Ansiedade	Experimental	31	11,32	4,593
		Controlo	22	6,86	4,400
	Depressão	Experimental	31	8,55	5,078
		Controlo	22	3,86	2,883
PSQI_total	Experimental	31		11,90	5,294
	Controlo	22		6,86	4,443
Total de participantes (N)			53		

N: Nº de participantes; M: Média; DP: Desvio Padrão

A avaliação psicológica realizada aos participantes no estudo, revelou, no caso da subescala de Ansiedade da HADS, uma média de resultados superior no grupo experimental (M=11.32; DP=4.593) face à do grupo de controlo (M=6.86; DP=4.400). Na subescala de Depressão da HADS, observou-se uma média de resultados superior no grupo experimental (M=8.55; DP=5.078) face ao grupo de controlo (M=3.86; DP=2.883).

No PSQI, os resultados mostraram uma média de resultados indicadores de perturbações da qualidade dos padrões do sono superior no grupo experimental (M=11.90; DP=5.294) face ao grupo de controlo (M=6.86; DP=4.443).

Os gráficos 1, 2, e 3 apresentam a prevalência de sintomatologia psicopatológica, respetivamente através da percentagem de história de transtorno psiquiátrico, de perturbações da qualidade dos padrões do sono, de distúrbios de Ansiedade e de Depressão, nos dois grupos de participantes no estudo (GE e GC).

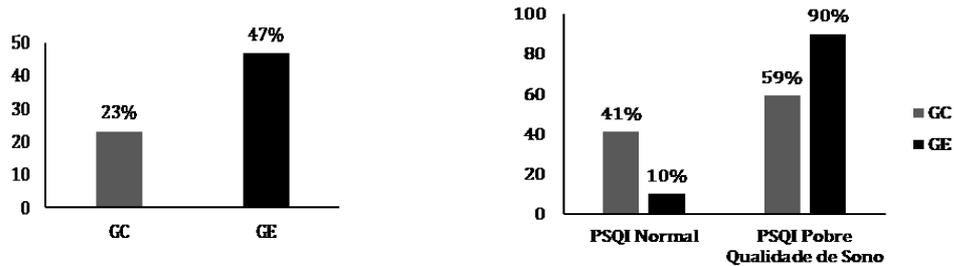


Gráfico 1 – Prevalência de História prévia de transtorno psiquiátrico em GE e em GC

Gráfico 2 – Prevalência de Perturbações da qualidade de sono em GE e em GC

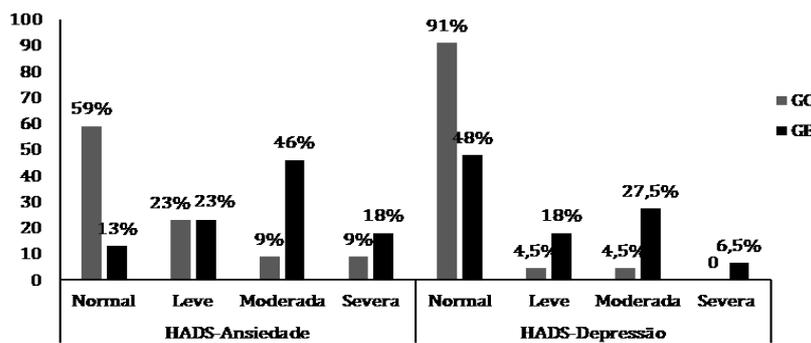


Gráfico 3 – Prevalência de distúrbios de Ansiedade e de Depressão em GE e em GC

A avaliação psicológica realizada aos participantes no estudo, revelou, para todos os índices, uma prevalência superior de sintomatologia psicopatológica, no GE por comparação com GC. Para percebermos se esta diferença de prevalência seria significativa do ponto de vista estatístico, realizámos testes *t de Student* para amostras independentes aos resultados obtidos nas avaliações psicológicas. A tabelas 3 apresenta os resultados dessas análises estatísticas.

Os resultados do teste de Levene obtidos para ansiedade e para perturbações da qualidade de sono validam a hipótese de a assunção da variância ser igual, no que diz respeito aos testes *t de Student* realizados. O mesmo não se verifica no que diz respeito a história prévia psiquiátrica ($p=0,002$) e a depressão ($p=0,029$).

Tabela 3 - Testes de Levene e t de Student para amostras independentes aos resultados obtidos nas avaliações psicológicas, nos dois grupos de participantes no estudo (GE e GC)

		Grupo	N	M	DP	F	p	t	p
História prévia psiquiátrica	Experimental	31	1,45	0,506	11,153	0,002**	1,740	0,088	
	Controlo	22	1,23	0,429					
HADS	Ansiedade	Experimental	31	11,32	4,593	0,032	0,858	3,543	0,001**
		Controlo	22	6,86	4,400				
	Depressão	Experimental	31	8,55	5,078	5,032	0,029*	4,259	0,000**
		Controlo	22	3,86	2,883				
PSQI_total	Experimental	31	11,90	5,294	1,613	0,210	3,644	0,001**	
	Controlo	22	6,86	4,443					

N: Nº de participantes; M: Média; DP: Desvio Padrão; F: Teste de Levene; p: probabilidade associada; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Os resultados obtidos nos testes *t de Student* mostram que a hipótese de a prevalência das perturbações psicopatológicas ser diferente nos grupos de participantes no estudo (GE e GC) é viável para as diversas áreas avaliadas, à exceção da existência de história de transtorno psiquiátrico.

Discussão

Verificamos que a maioria dos pacientes do nosso estudo, ao início da intervenção psicológica, tinha um distúrbio psicopatológico (Gráficos 1, 2 e 3), numa prevalência significativamente superior à encontrada nos participantes do grupo de controlo (tabela 3). Nomeadamente, no grupo de pacientes com SOD (GE), a prevalência da ansiedade aos níveis moderado e severo foi de 64%, sendo superior à observada no GC (18%); ($M_{GE}=11,32$; $M_{GC}=6,86$). Resultados análogos são observáveis no caso da depressão aos níveis moderado e severo (34%), sendo superior à observada no GC (4,5%); ($M_{GE}=8,55$; $M_{GC}=3,86$). O mesmo sucedeu no caso das Perturbações da qualidade dos padrões do sono. Grande parte do GE apresenta uma pobre qualidade do sono (90%), ao passo que no GC a prevalência é de 59% ($M_{GE}=11,90$; $M_{GC}=6,86$). No que diz respeito à história de transtorno psiquiátrico (47%), os dados não revelaram ser estatisticamente significativos. No entanto a prevalência também foi superior em GE (47%) que em GC (23%).

Estes dados, indicadores da alta prevalência de distúrbios emocionais nos pacientes em RPP, reforçam a importância de uma abordagem multiprofissional desta patologia, uma vez que os resultados da RPP são altamente dependentes da motivação do paciente e compromisso com o programa. Tem-se vindo a confirmar a eficácia destas abordagens, que tendem a favorecer a adesão dos doentes (Nogueira, Zanin, & Netinho, 2010; Enders, G., 2015).

A dimensão psicossomática dos pacientes em RPP deve ser reconhecida e fazer parte do tratamento, uma vez que as perturbações emocionais afetam uma grande parte destes pacientes, como se demonstrou no nosso estudo.

Agradecimentos

Aos utentes das consultas de Psicologia do Serviço de Medicina Física e de Reabilitação do Centro Hospitalar ~~xxxxxx~~, o seu bem-haja pela colaboração.

Declaração de conflito de interesses

Os autores declaram não ter qualquer conflito de interesses.

Referências

- Buysse, D. J., Reynolds III, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R., & Kupfer, D. J. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Journal of Psychiatric Research*, 28(2), 193-213.
- Ellis, C. N., & Essani, R. (2012). Treatment of obstructed defecation. *Clinics in Colon and Rectal Surgery*, 25(01), 024-033.
- Enders, G. (2015). *A vida secreta dos intestinos*. Alfragide: Lua de papel.
- Gershon, M. D. (2012). Serotonin is a sword and a shield of the bowel: serotonin plays offense and defense. *Trans Am Clin Climatol Assoc*, 123, 268-80.
- Corzoni, M. L. & Marrochi, L. (2011). Constipação Intestinal e Diarreia. In: Freitas, E. V. et al. (2011) *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. (3ª edição, pp. 691-697). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Grandner, M. A., Kripke, D. F., Yoon, I.-Y., & Youngstedt, S. D. (2006). Criterion validity of the Pittsburgh Sleep Quality Index: Investigation in a non-clinical sample. *Sleep and Biological Rhythms*, 4(2), 129-139. doi: <http://doi.org/10.1111/j.1479-8425.2006.00207.x>
- Miliacca, C., Gagliardi, G. & Pescatori, M. (2010). The 'Draw-the-Family Test' in the preoperative assessment of patients with anorectal diseases and psychological distress: a prospective controlled study. *Colorectal Dis*, 12(8), 792-8. doi: 10.1111/j.1463-1318.2009.01985.x.
- Nehra, V., Bruce, B. K., Rath-Harvey, D. M., Pemberton, J. H., & Camilleri, M. (2000). Psychological disorders in patients with evacuation disorders and constipation in a tertiary practice. *Am J Gastroenterol*, 95(7), 1755-8. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1572-0241.2000.02184.x>
- Nogueira, G. S., Zanin, C. R. & Netinho, J. G. (2010). Intervenção Cognitivo-Comportamental em Paciente com Constipação Intestinal: Relato de Caso. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 6 (1). doi: 10.5935/1808-5687.20100008.
- Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R., & Baltar, M. (2007). Validation Study of a Portuguese version of the hospital anxiety and depression scale. *Psychology, Health & Medicine*, 12 (2), 225-237.
- Podzemny, V., Pescatori, L. C., & Pescatori, M. (2015). Management of obstructed defecation. *World Journal of Gastroenterology*, 21(4), 1053. doi:10.3748/wjg.v21.i4.1053
- Qin, H. Y., Cheng, C. W., Tang, X. D. & Bian, Z. X. (2014). Impact of psychological stress on irritable bowel syndrome. *World Journal of Gastroenterology*, 20, 14126-31.
- Soares, A. S. F. & Barbosa, L. R. (2017). Colonic Inertia: approach and treatment. *Journal of Coloproctology (Rio de Janeiro)*, 37(1), 63-71. doi: <https://dx.doi.org/10.1016/j.jcol.2016.05.006>
- World Gastroenterology Organisation (2010). Constipação: uma perspectiva mundial Practice Guidelines. Consultado em: <http://www.worldgastroenterology.org/UserFiles/file/guidelines/constipation-portuguese-2010.pdf>

G3

Apresentação utilizada na Comunicação Oral: *Fundamentos para a intervenção psicológica na Síndrome de Obstrução Defecatória*: 4º Congresso da Ordem dos Psicólogos Portugueses, Braga – 15 de setembro de 2018

4º CONGRESSO ORDEM DOS PSICÓLOGOS PORTUGUESES

FUNDAMENTOS PARA A INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA NA SÍNDROME DE OBSTRUÇÃO DEFECATÓRIA

DULCE SOUSA,
FERNANDA MOEDAS, DIANA MOREIRA, ANA REGADAS, SUSANA MOREIRA & ROSÁRIO CURRAL

Fundamentação

STRESS Efeitos sinérgicos sobre a função intestinal. Considerado um fator de risco. (Qin, Cheng, Tang & Bian, 2014)

Pacientes em RPP apresentam geralmente uma prevalência de ansiedade ou de depressão, superior à da população em geral.

Pacientes com SOD que tenham também **DEPRESSÃO** e/ou **ANSIEDADE** Indicação

(Millaica, Gagliardi & Pescatori, 2010; Podzemny, Pescatori, & Pescatori, 2015)

- Aconselhamento psicológico
- Recurso a abordagens específicas de Intervenção Psicológica

Introdução

DOENÇAS → SOD 25 a 50% (2000-2006)

SOD - Síndrome de Obstrução Defecatória

Maioria: Mulher (Deane & Barbosa, 2014) e Idosa (Kozlowski & Marachi, 2011)

Músculos abdominais puborretal e esfinteriano

Tratamentos utilizados:

- Reabilitação do Pavimento Pélvico (RPP)
- Modificação comportamental
- Melhoria da percepção
- Correção do comportamento dissinérgico

(Podzemny, Pescatori, & Pescatori, 2015)

#OPPCongresso2018

Métodos

Desenho do estudo
Participantes
Instrumentos
Procedimentos
Análise estatística

Objetivos

Avaliar a pertinência da intervenção psicológica em pacientes com SOD

Comparando:

- Prevalência de psicopatologia em pacientes SOD do Centro Hospitalar
- Prevalência de psicopatologia em grupo de controlo de indivíduos saudáveis.

Desenho do estudo

Estudo epidemiológico, observacional, analítico, transversal. Levantamento da prevalência de psicopatologia em pacientes do Centro Hospitalar por comparação com Grupo de controlo de indivíduos saudáveis.

Participantes

53 participantes:

- 31 pacientes com SOD Referenciados à consulta RPP
- Critérios clínicos e Imagiológicos – Grupo Experimental (GE)
- 22 participantes sem SOD - Grupo de controlo (GC)

Instrumentos

Versão portuguesa da Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) (Pai-Medeiro et al., 2007)

Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) (Buysse, Reynolds, Monk, Berman & Kupfer, 1989)

Para avaliar da pertinência da intervenção psicológica em pacientes com SOD

Fundamentação

Na irritação intestinal há maior volume de informação, transportada do intestino ao cérebro, do que no caso das pessoas sem queixas intestinais.

A informação é transmitida ao cérebro pelo nervo vago, passando pelo tálamo. (Srinivas, 2011)

O intestino tem exatamente os mesmos receptores nervosos do cérebro. 95% da serotonina produzida pelo próprio corpo tem origem nas células intestinais. (Gershoni, 2012)

Procedimentos

Os pacientes foram submetidos a uma avaliação psicológica. Procedeu-se ao registo em base de dados no Statistical Package for Social Science (SPSS, versão IBM SPSS 24) do Windows. Registos incluem:

- Diagnóstico psiquiátrico prévio
- Resultados das administrações dos instrumentos de avaliação aplicados.

Análises Estatísticas

Realizou-se uma análise estatística indicadora da prevalência de distúrbios emocionais e de perturbações da qualidade dos padrões do sono nos pacientes com SOD (GE) e nos indivíduos que participaram no GC.

Comparam-se os resultados obtidos em ambos os grupos, através da realização de testes t de Student para amostras independentes.

Fundamentação

A **PSICOPATOLOGIA** tem um impacto negativo nos programas de Reabilitação do Pavimento Pélvico (RPP). (Nehra, Bruce, Rath-Harvey, Pemberton, & Camilleri, 2000).

Sintomas da **ANSIEDADE** dificultam o relaxamento. Por consequência, o músculo puborretal não relaxa.

Indicação

Intervir /corrigir os problemas:

- Psicológicos,
- Musculares e/ou
- Neurológicos

(Podzemny, Pescatori, & Pescatori, 2015).

#OPPCongresso2018

Resultados

Participantes

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica dos participantes no estudo

		Grupo	N	%	M	DP
Sexo	F	Experimental	25	80,6%		
		Controlo	14	63,6%		
	M	Experimental	6	19,4%		
		Controlo	8	36,4%		
Idade	Experimental	31		53,55	17,395	
	Controlo	22		36,86	18,594	

Nota: N: Nº de participantes; F: Sexo Feminino; M: Sexo Masculino; M: Média; DP: Desvio Padrão

Resultados da avaliação, M, DP

Tabela 2 - Análise estatística descritiva dos resultados (M e DP) obtidos na HADS e no PSQI, nos dois grupos de participantes no estudo (GE e GC)

		Grupo	N	M	DP
HADS	Ansiedade	Experimental	31	11,32	4,593
		Controlo	22	6,86	4,400
	Depressão	Experimental	31	8,55	5,078
		Controlo	22	3,86	2,883
PSQI_total	Experimental	31	11,90	5,294	
	Controlo	22	6,86	4,443	
Total de participantes (N)			53		

N: Nº de participantes; M: Média; DP: Desvio Padrão

Resultados da avaliação, Prevalência

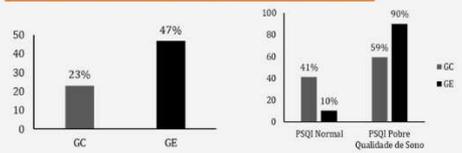


Gráfico 1 – Prevalência de História prévia de transtorno psiquiátrico em GE e em GC

Gráfico 2 – Prevalência de Perturbações da qualidade de sono em GE e em GC

Resultados da avaliação, Prevalência

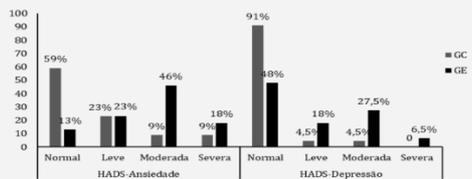


Gráfico 3 – Prevalência de distúrbios de Ansiedade e de Depressão em GE e em GC

Prevalência, inferência estatística

Tabela 3 - Testes de Levene e t de Student para amostras independentes aos resultados obtidos nas avaliações psicológicas, nos dois grupos de participantes no estudo (GE e GC)

		Grupo	N	M	DP	F	p	t	p
História prévia psiquiátrica	Experimental	31	1,45	0,506					
	Controlo	22	1,23	0,429	11,153	0,002**	1,740	0,088	
HADS	Ansiedade	Experimental	31	11,32	4,593				
		Controlo	22	6,86	4,400	0,032	0,858	3,543	0,001**
	Depressão	Experimental	31	8,55	5,078				
		Controlo	22	3,86	2,883	5,032	0,029**	4,259	0,000**
PSQI_total	Experimental	31	11,90	5,294					
	Controlo	22	6,86	4,443	1,613	0,210	3,644	0,001**	

N: Nº de participantes; M: Média; DP: Desvio Padrão; F: Teste de Levene; p: probabilidade associada; * p < 0,05; ** p < 0,01

#OPPCongresso2018

Discussão / Conclusão

Discussão

A maioria dos pacientes do nosso estudo tinha um distúrbio psicopatológico (Gráficos 1, 2 e 3).

A prevalência desses distúrbios no GE mostrou ser significativamente superior à encontrada nos participantes do GC (tabela 3).

Apesar de na história de transtorno psiquiátrico, os dados não se terem revelado estatisticamente significativos, a prevalência (M) também foi superior no GE.

Discussão

Os dados, indicadores de alta prevalência de distúrbios emocionais nos pacientes em RPP, reforçam a importância de uma abordagem multiprofissional desta patologia.

Os resultados da RPP têm-se revelado altamente dependentes da motivação do paciente e do seu compromisso com o programa. As abordagens psicológicas tendem a favorecer a adesão dos doentes

(Nequeira, Zarin, & Neto, 2010; Enders, G., 2015).

Discussão

A dimensão psicossomática dos pacientes em RPP deve ser reconhecida e fazer parte do tratamento, uma vez que as perturbações emocionais afetam uma grande parte destes pacientes, como se demonstrou no nosso estudo.

Referências

- Basseri, D. L., Reynolds III, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R., & Kupfer, D. J. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Journal of Psychiatric Research*, 28(2), 193-213.
- Elli, C. R., & Eisan, R. (2012). Treatment of obstructed defecation. *Clinics in Colon and Rectal Surgery*, 25(01), 024-031.
- Enders, G. (2015). *A vida acontece aos momentos. Atividade Luz de papel*.
- Gershon, M. D. (2012). Serotonin is a sword and a shield of the bowel: serotonin plays offense and defense. *Trans Am Clin Climatol Assoc*, 123, 268-80.
- Girosio, M. A., & Mennelli, L. (2011). *Contratando Intestinal e Diarria*. In: Freitas, E. Y. et al. (2011) *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. IP vol.63, pp. 691-697. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Grandner, M. A., Knapik, D. T., Yoon, I. Y., & Tringali, S. D. (2009). Criterion validity of the Pittsburgh Sleep Quality Index: Investigation in a non-clinical sample. *Sleep and Biological Rhythms*, 4(2), 129-136. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1479-8429.2008.00272.x>
- Milazzo, C., Giugliani, G., & Pescatori, M. (2015). The "Duo-De-Family Test" in the preoperative assessment of patients with anorectal disease and psychological distress: a prospective controlled study. *Colorectal Dis*, 17(9), 792-8. doi: [10.1111/col.12699](https://doi.org/10.1111/col.12699)
- Nequeira, G. S., Zarin, C. R., & Neto, J. G. (2010). Intervenção Cognitivo-Comportamental em Pacientes com Constipação Intestinal: Relato de Caso. *Revista Brasileira de Terapia Cognitiva*, 8(1), doi: [10.1595/1808-3687.20100008](https://doi.org/10.1595/1808-3687.20100008).
- Pais-Ribeiro, I., Silva, L., Ferreira, T., Martins, A., Menezes, R., & Barros, M. (2007). Validation Study of a Portuguese version of the hospital anxiety and depression scale. *Psychiatry Health & Medicine*, 12(1), 215-217.
- Podsimny, V., Pescatori, L. C., & Pescatori, M. (2015). Management of obstructed defecation. *World Journal of Gastroenterology*, 21(4), 1053. doi: [10.3748/wjg.v21.i4.1053](https://doi.org/10.3748/wjg.v21.i4.1053)
- Qin, R. Y., Cheng, C. W., Tang, X. D., & Bian, Z. X. (2014). Impact of psychological stress on irritable bowel syndrome. *World Journal of Gastroenterology*, 20, 34129-31.
- Seane, A. L. F. & Barbosa, L. R. (2017). Colonic inertia: approach and treatment. *Journal of Coloproctology (Rio de Janeiro)*, 37(1), 63-71. doi: <https://doi.org/10.1016/j.colp.2016.05.006>
- World Gastroenterology Organization (2010). *Constipação: uma perspectiva mundial Practice Guidelines*. Consultado em <http://www.worldgastroenterology.org/Constipacao/Constipacao-portuguese-2010.pdf>



#OPPCongresso2018

Contactos:
Dulce Sousa
Psicóloga Clínica no Centro Hospitalar Portugal
jdulce.sousa@mn-saude.pt

Agradecimentos:
Aos utentes das consultas de Psicologia do Serviço de Medicina Física e de Reabilitação do Centro Hospitalar

www.oppcongresso2018.pt | www.centroneurologico.pt

G4

**Apresentação utilizada na sessão na Unidade de Ação para a
Integração e o Desenvolvimento sobre *Desenvolvimento de
Competências e Inserção Profissional***

DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS E INSERÇÃO PROFISSIONAL

Psicóloga estagiária Fernanda Moedas
UADI –
12-04-2018

AUTOIMAGEM E AUTOCONCEITO



Teste das múltiplas inteligências
<https://www.psicologo.net.br/ambiente/multiplas-inteligencias/teste-multiplas-inteligencias.html>
Autoavaliação de competências
Experiências
Treinos
Atividades de colaboração

COMPETÊNCIAS

O que são?

Algo que somos capazes de

Ser, Fazer, Aprender...

Algo que nos ajuda a conseguir

Eficácia, Eficiência, Êxito...

APROFUNDAMENTO DO AUTO CONCEITO



COMPETÊNCIAS

TIPOS DE
COMPETÊNCIAS

ESPECÍFICAS

TRANSVERSAIS

DESENVOLVIDAS /
ADQUIRIDAS

EM
DESENVOLVIMENTO



PLANEAMENTO DAS ESCOLHAS E DA EMPREGABILIDADE

1. O que tenho para oferecer a um empregador?



2. O que me distingue dos outros?



COMPETÊNCIAS

COMO SURGEM?
COMO SE DESENVOLVEM?



PLANEAMENTO DAS ESCOLHAS E DA EMPREGABILIDADE

O que sei fazer?
O que gosto e não gosto de fazer?
Quais as competências relacionais em que me destaco?

Em que tipo de organização pretendo trabalhar?



Quais as funções que posso exercer?
Quais as áreas profissionais em que posso trabalhar?

Estou disponível para deslocações, dentro ou fora de Portugal?
Quais são os meus planos a médio/longo prazo?

AUTOIMAGEM E AUTOCONCEITO COMO SE DESENVOLVEM?



Aprender
Treinar
Pesquisar
Comunicar
Conviver

Experimentar
Fazer
Colaborar
Autoavaliar
Testar



COMO PROCURAR EMPREGO?

Estratégias para aceder a ofertas de emprego

Resposta a anúncios que se podem encontrar em:

Candidatura espontânea

Publicitação de um auto anúncio (jornais e/ou Internet)

Outras formas:

Jornais
BEP – Bolsa de emprego público
IEFP – Instituto de Emprego e Formação Profissional
Associações Empresariais, Comerciais e Industriais
Juntas de Freguesia e outros locais públicos
Empresas de Recursos Humanos
Empresas com Recrutamento On-Line
Organizações Profissionais e Sindicais
Portais de Emprego

Feiras de emprego
Feiras temáticas de áreas de atividades e/ou afins.
Redes sociais de âmbito profissional (p.e. LinkedIn).
Networking

COMPETÊNCIAS DE EMPREGABILIDADE

Autoconceito Autoestima
Qualificação Empreendedorismo

Curriculum Vitae
Carta de apresentação
Candidatura espontânea

Participação em atividades em regime de voluntariado

Participação em ocupações temporárias

Emprego - ocupação profissional

ENTREVISTA DE EMPREGO

A fase da entrevista é um momento crucial em todo o processo de entrada no mercado de trabalho. Significa que o empregador considera que o seu CV pode ser interessante para a função em causa.

Deve preparar-se conveniente e cuidadosamente para a situação. Desta forma dominará a situação com convicção, à vontade e confiança.

ENTREVISTA DE EMPREGO

Preparação de uma entrevista

Recolher informação acerca da empresa e da função a desempenhar

Desenvolver o seu autoconhecimento, refletindo previamente acerca das suas competências, principalmente aquelas que mais se coadunam com o lugar em causa e analisando pormenorizadamente o seu CV

Preparar toda a documentação que achar necessário levar (p.e. certificados)

Treinar várias vezes a entrevista, simulando com outras pessoas ou em frente ao espelho

Ter um cuidado especial com a sua apresentação que deve ser sóbria, cuidada e adequada ao contexto. Em caso de dúvidas, opte pelo estilo clássico

Ser pontual

Prestar atenção à linguagem não-verbal (postura, tom de voz, gestos)

ENTREVISTA DE EMPREGO

Por norma, as entrevistas desenvolvem-se em torno de quatro áreas chave:

1- Perguntas pessoais (p.e. fale-me um pouco de si!)

2- Experiência académica e profissional (p.e. descreva o seu percurso profissional)

3- Experiência/conhecimentos adquiridos (p.e. considera-se capaz de trabalhar sob pressão? Dê exemplos)

4- Motivação (p.e. porque se candidatou a esta vaga?)

ENTREVISTA DE EMPREGO

comportamentos a evitar numa entrevista:

Chegar atrasado
Cortar a palavra ao entrevistador
Mexer-se continuamente na cadeira
Mostrar-se arrogante ou agressivo
Mastigar pastilha elástica e/ou roer as unhas
Ter o telemóvel ligado

Mostrar falta de confiança
Mudar de assunto repentinamente
Usar óculos escuros
Auto elogiar-se e/ou mendigar trabalho
Falar mal da empresa anterior, dos seus ex-colegas e, claro, do seu ex-chefe

Competências Específicas (1)

Ler e interpretar
Escrever uma composição
Falar e entender linguas estrangeiras
Fazer teatro
Fazer humor

Calcular - Matemática
Conhecer os seres vivos
Cuidar da natureza
Conhecer os fenómenos Físicos e/ou Químicos
Perceber História e/ou Geografia

Praticar educação Física
Praticar desportos coletivos ou individuais

Pintar esculpir - Artes
Praticar educação Musical
Cantar - Música
Tocar um instrumento - Música
Inventar música

Trabalhar com material têxtil; fazer trabalhos manuais
Trabalhar com ferramentas
Adaptar-se a novas tecnologias
Fazer trabalhos com auxílio dos computadores
Jogar nos computadores

Competências Específicas (2)

Memorizar
Concentrar-se
Ter paciência
Ter persistência
Organizar
Ter responsabilidade
Influenciar/persuadir os outros
Liderar
Representar as ideias de uma pessoa ou grupo perante outros
Ajudar quem precisa - dar atenção/cuidar
Guardar segredo
Ser simpático
Ser cumpridor - honrar compromissos

Ser pontual
Lidar com aparelhos ou máquinas (utilizar; conduzir)
Inventar soluções criativas para os problemas
Intervir na organização de atividades comunitárias (associações, clubes)
Preparar um negócio
Ensinar
Receber bem pessoas / convidados
Tirar apontamentos
Contar uma notícia
Cuidar da aparência
Poupar recursos
Revelar conhecimento (cultura geral)
Ser fiel/dedicado

Competências Transversais

"Soft Skills"

Adaptação à mudança
Assertividade
Autonomia
Capacidade de liderança
Capacidade de organização
Capacidade de planeamento
Dinamismo
Espírito de equipa

Extroversão
Facilidade de comunicação
Facilidade de relacionamento
Facilidade de tomar decisões
Iniciativa
Maturidade
Persistência
Persuasão
Resistência à monotonia

Competências - Classificações

- **Capacidades ligadas ao trabalho com pessoas:** ajudar, apoiar, estimular, ensinar, facilitar, aconselhar, treinar, partilhar, encorajar, animar, negociar
- **Capacidades analíticas e de raciocínio:** observar, analisar, comparar, ordenar, compreender, selecionar, promover, avaliar, classificar, sintetizar, resolver problemas
- **Capacidades manuais e mecânicas:** fixar, reparar, manipular, fabricar, registar, utilizar, juntar, produzir, ajustar
- **Capacidades de liderança:** planear, dirigir, coordenar, motivar, decidir, administrar, organizar, persuadir, representar, delegar, negociar
- **Capacidades de comunicação:** ouvir, exprimir, influenciar, escrever, vender, compreender, redigir, traduzir, promover, influenciar, interpretar, reconhecer, reformular, argumentar, questionar
- **Capacidades de cálculo:** calcular, orçamentar, gerir dinheiro, contar, memorizar, raciocinar, programar, contabilizar

Competências - Classificações

- **Capacidades criativas:** inventar, improvisar, compor, imaginar, inovar, improvisar, desenvolver, conceber, criar, adaptar-se, inspirar-se, solucionar, ser original
- **Capacidades pessoais e interpessoais:** paciência, tenacidade, sociabilidade, descentração, iniciativa, segurança, criatividade, assertividade, dinamismo, sentido de organização, responsabilidade, capacidade de aceitação de críticas, lidar com situações de competição, de integração em equipa, sensibilidade e disponibilidade interpessoal, zelo/cuidado com a aparência
- **Capacidades de adaptação e de mudança:** gerir a incerteza, integrar a mudança, tolerância à frustração, adaptar-se, aceitar a diferença, aceitar desafios, adequar o comportamento, flexibilidade, criatividade, perseverança, polivalência, mobilidade
- **Capacidades de autorreflexão:** autoconhecimento, autoestima, autoconfiança, autocontrolo, autocritica, autoimagem, autodomínio
- **Capacidades existenciais ou éticas:** capacidade de julgar e agir segundo valores, preocupação com as necessidades e bem estar dos outros, preocupação com o desenvolvimento das suas qualidades humanas, capacidade de construir um projeto de vida com relevância pessoal e social

Bibliografia

- Almeida, L. S., Ferrando, M., Ferreira, A. I., Prieto, M. D., Fernández, M. C. & Sainz, M. (2009). Inteligências múltiplas de Gardner: É possível pensar a inteligência sem um factor g? *Psychologica*, 50, 41-55.
- Campos, B. P. & Coimbra, J. L. (1991). Consulta Psicológica e Exploração de Investimento Vocacional. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 7, 11-19.
- Coimbra, J. L. (1996). O meu "grande" projecto de vida ou os meus "pequenos" projectos: Linearidade ou recorrência no desenvolvimento vocacional e suas implicações educativas. Conferência "O Papel da Orientação para a Educação e Formação ao Longo da Vida", Porto.
- Gonçalves, C. (2009). Desenvolvimento vocacional e promoção de competências. Comunicação "II Encontro Internacional de Formação Norte de Portugal/Galiza", Porto.
- Ribeiro, E. C. (2015). *Interesses Profissionais em diferentes Percursos Educativos. Contributos para a validação da versão portuguesa do SDS: Self-Directed Search*. Mestrado integrado em psicologia. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.
- Rodrigues, C. V. (2013). *As Inteligências Múltiplas em contexto de Aconselhamento de Carreira. Tradução Portuguesa do Multiple Intelligences Developmental Assessment Scales - MIDAS*. Mestrado integrado em psicologia. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.
- Savickas, M. L. (2013). Career construction theory and practice. Brow, S.D. & Lent, W.L. *Career development and counseling: Putting theory and research to work*. New York, John Wiley 144-180.
- Young, R. A. & Collin, A. (2004). *Counseling and Action: Toward Life-Enhancing Work, Relationships, and Identity*. Springer.

G5

Apresentação sobre Depressão

SAÚDE MENTAL E DEPRESSÃO

Psicóloga Dra. Dulce Sousa

Mas então...

Quando sabemos que podemos estar a passar por um problema de saúde mental?

O que é Saúde Mental?

- ✓ É sentir-nos bem connosco próprios e na relação com os outros.
- ✓ É sermos capazes de lidar de forma positiva com as adversidades/com o stress do dia-a-dia.
- ✓ É termos confiança e não temermos o futuro.
- ✓ A saúde mental e a saúde física são fundamentais e indissociáveis da saúde.

Sem Saúde Mental não há saúde.

Impacto

- ☐ Duração
- ☐ Intensidade
- ☐ Áreas da vida afetadas

Face a diferentes situações... Como nos sentimos?

Ao longo da vida...

1 EM CADA 4 pessoas pode vir a experienciar um problema de saúde mental.

Como te sentes hoje?

Tal como acontece com as doenças físicas...

A maioria das doenças mentais tratam-se, e as pessoas recuperam totalmente a sua saúde mental.

Quanto mais cedo forem diagnosticadas e tratadas, melhor!

Ao longo do dia...

Umhas vezes estamos mais próximos do campo da saúde...
Outras vezes, mais próximos do campo da doença...

- ✓ Relaxado
- ✓ Descontraído
- ✓ Contente
- ✓ Motivado
- ✓ ...

- ✓ Stressada/o
- ✓ Irritada/o
- ✓ Triste
- ✓ Desmotivada/o
- ✓ ...

A Doença mental afeta:

Depressão



- Triste
- Inseguro
- Desvaloriza-se
- Desmotivada/o
- Não tem interesse por nada
- Sente-se sem energia
- Infeliz

O que podemos fazer para manter a nossa Saúde Mental?



O que podemos fazer quando surge um problema de saúde mental?

O que provoca a depressão?

Frequentemente há mais que um fator (causa, razão ou motivo) que pode provocar a Depressão. A situação será diferente de pessoa para pessoa.



Fatores

- Acontecimentos angustiantes**
 - Situações de luto
 - Divórcio
 - perda de um emprego
- Circunstâncias**
 - Solidão
 - Falta de amigos por perto
 - Estado de stress constante
 - Preocupações
 - Estar fisicamente esgotado

Doença física versus Doença mental

As pessoas que experienciam qualquer doença precisam de apoio, suporte e compreensão. Desta forma uma pessoa com uma doença mental precisa do mesmo apoio que uma pessoa com uma doença física!

Pessoa com diabetes



Pessoa com uma depressão

O que provoca a depressão?

Doença física	<ul style="list-style-type: none"> Doenças físicas que ameaçam a vida (como o cancro ou a doença cardíaca) Doenças prolongadas ou dolorosas (como a artrite ou bronquite) Nas pessoas mais novas, após infeções virais, como gripe ou febre glandular.
Personalidade	Algumas pessoas parecem mais vulneráveis à depressão do que outras. Isto pode dever-se aos genes, às experiências nos primeiros anos de vida ou a ambos os fatores.
Abuso de álcool	Beber grandes quantidades de álcool regularmente torna mais provável o desenvolvimento da depressão.
Hereditariedade	A depressão pode correr na família. Se um dos pais esteve gravemente deprimido, há uma probabilidade oito vezes maior de se ficar deprimido.
Género	As mulheres parecem ficar deprimidas mais frequentemente que os homens.

O que podemos fazer para manter a nossa Saúde Mental?

- Cuidar da saúde física
- Construir e manter relacionamentos saudáveis.
- Fazer algo que gostemos.
- Ajudar os outros (seja amigo, familiar, ou numa associação de voluntariado).



O que podemos fazer para manter a nossa Saúde Mental?



- Cuidar da saúde física:
 - Dormir bem (7-8 horas por dia)
 - Alimentação saudável
 - Fazer exercício físico

Atividade física ajuda a reduzir sintomatologia ansiosa e depressiva, bem como proporciona um aumento da sensação de bem-estar como da auto-confiança.



Libertação de endorfinas - hormonas do "bem-estar" e relaxamento

O que podemos fazer para manter a nossa Saúde Mental?



O que podemos fazer quando surge um problema de saúde mental?

O que podemos fazer quando podemos estar a passar por um problema de saúde mental?

- Cuidar da saúde física:
 - Dormir bem (7-8 horas por dia)
 - Alimentação saudável
 - Fazer exercício físico
- Fazer algo que gostemos.

Procurar a ajuda adequada

Profissionais de saúde: psicólogos, médicos



Procura de ajuda adequada

Profissionais de saúde: psicólogos, médicos



Questões éticas e deontológicas:

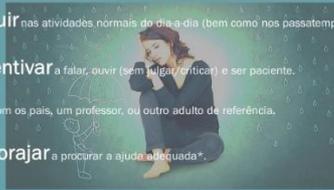
- ✓ Manter o sigilo profissional;
- ✓ Não julgar, nem criticar;
- ✓ Elaborar um tratamento adequado e específico às necessidades e problemáticas específicas de cada indivíduo.

E quando...
algo não está bem com
alguém que eu conheço?



Ajudar um amigo...

- ✓ **Incluir** nas atividades normais do dia-a-dia (bem como nos passatempos/hobbies).
- ✓ **Incentivar** a falar, ouvir (sem julgar/criticar) e ser paciente.
- ✓ Falar com os pais, um professor, ou outro adulto de referência.
- ✓ **Encorajar** a procurar a ajuda adequada*.
- ✓ ...



Referências

- Beck, A., Brown, G., Berchick, R., Stewart, B. & Steer, R. (1990). Relationship between hopelessness and ultimate suicide: a replication with psychiatric out-patients. *American Journal of Psychiatry*, 147, 190-195.
- Brown, G. W., Lemyre, L., & Bifulco, A. (1992). Social factors and recovery from anxiety and depressive disorders: A test of specificity. *The British Journal of Psychiatry*, 161(1), 44-54.
- Caldas de Almeida, J. (2009). Portuguese National Mental Health Plan (2007-2016) Executive Summary. *Mental Health in Family Medicine*; 6: 233-244.
- Campos, L., Palha, F., Dias, P. & Costa, N. (2012). *UPA Faz a Diferença - Ações de sensibilização pré-saúde mental. Relatório final*. ENCONTRAR+SE. Porto.
- Jorm, A. F., & Wright, A. (2007). Beliefs of young people and their parents about the effectiveness of interventions for mental disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 41(8), 656-666. doi: 10.1080/00048670701449179.
- Jorm, A. (2012). Mental Health Literacy: Empowering the community to take action for better mental health. *American Psychologist*, 67(3), 231-243. doi: 10.1037/a0025957.
- WHO (2012). *Risks to Mental Health: an Overview of Vulnerabilities and Risk Factors. Background Paper by WHO Secretariat for the Development of a Comprehensive Mental Health Action Plan*.
- WHO (2001). *The World Health Report. Mental Health: New Understanding, New Hope*. WHO Library Cataloguing in Publication Data. Geneva.

G6

Folheto sobre Depressão

G7

**Apresentação utilizada na sessão de apresentação de caso
clínico a turma da Licenciatura de Psicologia do IUCS**

CASO CLÍNICO



UC: Estágio
ORIENTAÇÃO TUTORICA: Maria Emilia Areias
Fernanda Moedas
11 de junho de 2018

O PROBLEMA NA PERSPETIVA DA CLIENTE

K queixa-se da **Vulvodinia** – referindo que tem sempre **dores**. **Receia** que a doença a impeça de concretizar o desejo de voltar a ter uma vida conjugal. Sente-se triste e desanimada.

EXPECTATIVAS DA CLIENTE EM RELAÇÃO AO PROCESSO TERAPÉUTICO

K **deseja conhecer as causas e superar a Vulvodinia**. Ao iniciar o acompanhamento psicológico exprimi essas expectativas, que foram analisadas em conjunto e reformuladas, estando atualmente mais **realistas**. A intervenção psicológica poderá ajudar a lidar com os referidos problemas de saúde, mas não há garantias de que os cure. **Inserida numa abordagem multidisciplinar, pode reduzir bastante os sintomas e melhorar muito a qualidade de vida da mulher**. As causas serão difíceis de clarificar pela natureza da própria problemática de saúde. Contudo, a realização da conceptualização comportamental poderá ajudar a compreender e a intervir nas situações problemáticas com maior eficácia.

TRATAMENTOS ANTERIORES

Até à data, K não teve nenhum acompanhamento psicológico nem psiquiátrico. Atualmente usufrui de diversos acompanhamentos médicos, incidentes sobre as referidas problemáticas. Já tomou alguma **medicação** prescrita em urologia, **sem melhoras**.

Sumário

LOCAL DE ESTÁGIO

I – INICIAÇÃO

II – AVALIAÇÃO DO FUNCIONAMENTO GLOBAL

III – DEFINIÇÃO E ANÁLISE DAS ÁREAS PROBLEMÁTICAS

IV – DIAGNÓSTICO PSICOPATOLÓGICO

V – INTERVENÇÃO

VI – CONCLUSÃO

REFERÊNCIAS

II – Avaliação do funcionamento global



INFORMAÇÃO GERAL

Nome: K
Sexo: feminino
Data de nascimento: 10-10-1965 Idade: 52 anos
Naturalidade: Maia
Escolaridade: 9º ano Ocupação: empregada de limpeza
Estado civil: solteira
Nível sócio económico aparente: médio baixo
Fontes de referência: Médica Fisiatra [redacted]
Psicóloga: Fernanda Moedas – Psicóloga estagiária – Consulta de Psicologia na Medicina Física e de Reabilitação [redacted]

Local de Estágio

Estágio curricular
Mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia



Caso clínico:

Intervenção psicológica - consulta de Psicologia do Departamento de Medicina Física e de Reabilitação
Orientação no local de estágio - Psicóloga Dra. Dulce Sousa
Orientação tutórica na CESPU - Professora Dra. Maria Emilia Areias.

INFORMAÇÕES PSICOSSOCIAIS E HISTÓRIA FAMILIAR

K tem 52 anos e é **solteira**. Vive com a **mãe**, de 81 anos de idade, divorciada, aposentada, e com o **irmão** de 39 anos de idade, **solteiro**, segurança.

- Os pais de K **divorciaram-se há 25 anos (1993)** após um longo historial de **violência doméstica** em que **os filhos também foram agredidos** fisicamente pelo pai. Desde o divórcio, nenhum elemento deste agregado familiar voltou a contactar o pai.
- K **descreve o pai** como uma pessoa violenta, hostil. Sentia que o pai era particularmente hostil consigo. Nem sempre trabalhava. Atualmente K desconhece o seu paradeiro.
- K **descreve a mãe** como uma pessoa carinhosa e frágil, com quem manteve sempre uma relação harmoniosa e de entreajuda. Antes da sua aposentação a mãe trabalhava na distribuição de pão.
- K é a **segunda filha** de uma **fratria de 5 irmãos**, de que 3 são rapazes. Para além de K, a outra rapariga é a mais velha da fratria. 2 dos irmãos são casados: a irmã mais velha, que tem uma filha, com quem K contacta pouco frequentemente e o irmão que nasceu a seguir a K, que tem 3 filhos, sendo 2 deles gémeos. Refere que se dá muito bem com este irmão e respetiva família, incluindo os sobrinhos. Ao todo, K tem **4 sobrinhos**.

I – Iniciação

PLANO DE AVALIAÇÃO

Realizada à luz do paradigma científico do **Modelo Comportamental e Cognitivo**.

Avaliação comportamental e cognitiva

Processo por intermédio do qual se procede à **observação** do **comportamento**, das **cognições** e das **emoções** da cliente, visando a seleção de acontecimentos e de respostas significativas e representativas do seu funcionamento e das suas relações com o meio.

A **avaliação clínica teve como utilidade a preparação da intervenção clínica**.

→ Entrevista de avaliação comportamental e cognitiva

→ Métodos de endosso

Contribuiu para aprofundar a conceção do diagnóstico psicopatológico

- M.I.N.I. (Mini International Neuropsychiatric Interview) (Sheehan & Lecrubier, 1998; Versão Portuguesa 5.0.0 de Guterres, Levy & Amorim, 1999)
- Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) (Zigmond & Snaith, 1983; Lovibond & Lovibond; Pais-Ribeiro et al., 2007)
- State-Trait Anxiety Inventory (STAI-Y) (Spielberger et al., 1983)

INFORMAÇÕES PSICOSSOCIAIS E HISTÓRIA FAMILIAR

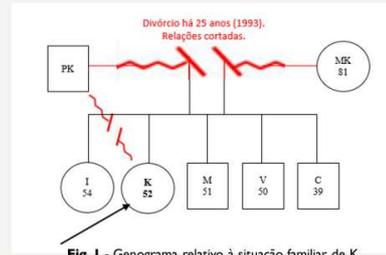


Fig. 1 - Genograma relativo à situação familiar de K

MOTIVO DA REFERENCIAÇÃO

A Sra. K foi enviada, em 20 de dezembro de 2017 para a consulta de Psicologia pela Médica Fisiatra por apresentar "**Vulvodinia generalizada secundária com hipertonia generalizada**". Pede avaliação e orientação (relaxamento).

FICHA CLÍNICA

Vulvodinia é um **desconforto** vulvar, habitualmente descrito como **dor** ou **ardor**, na ausência de alterações visíveis e de uma **causa** neurológica identificável. Acarreta sofrimento caracterizado por dor física, problemas no relacionamento conjugal e falta de desejo sexual na mulher.

A sua **prevalência** tem sido estimada em 8-16%, não havendo dados relativos à população portuguesa (Vieira-Baptista, Lima-Silva, Cavaco-Gomes & Beires, 2015). As causas permanecem desconhecidas, sendo que o grande desafio se centra, atualmente, no **diagnóstico**. Estudos apontam que quase 60% das pacientes relataram visitar três ou mais profissionais de saúde, até receber um diagnóstico, o que para além de atrasar o tratamento pode também acarretar transtornos psicossociais. Um ginecologista com olhar mais específico em patologia vulvar realizará um diagnóstico com base na história clínica, no exame físico e num teste de mapeamento da dor.

O **tratamento** da Vulvodinia é feito através de uma **abordagem multidisciplinar**, aliando ginecologia, fisioterapia e psicologia. **Um tratamento correto, pode reduzir bastante os sintomas e melhorar muito a qualidade de vida da mulher**.

INFORMAÇÕES PSICOSSOCIAIS E HISTÓRIA FAMILIAR

Para além do **rendimento** mensal de K, o agregado familiar conta com a **reforma da mãe** e com parte do **ordenado do irmão**. K refere que a **sua situação financeira é bastante restritiva** e que, apesar de ter a carta de condução, **não conduz nem possui nenhum veículo**.

Quando está **de férias**, nunca se ausenta da casa e, durante o ano, raramente tem possibilidade de **frequentar cafés ou restaurantes**.

Tanto K como a mãe **gostariam de mudar de casa** por o **relacionamento com o seu irmão ser bastante conflituoso**: "É muito conflituoso e implicativo". Contudo, mantêm-se na casa onde residem desde há 21 anos devido às referidas dificuldades financeiras.

HISTÓRIA OCUPACIONAL

K trabalha, desde **2010, a tempo parcial**, como **empregada de limpeza**, auferindo cerca de metade do salário mínimo nacional. Relata que do seu ordenado, nada lhe sobra para além do pagamento de despesas domiciliárias e familiares.

No que diz respeito ao **ambiente de trabalho**, K refere que os colegas são todos do **sexo masculino** e tendem a apresentar uma **"linguagem grosseira e machista"**, referindo-se frequentemente às mulheres de forma pejorativa ou como objeto de conquista, o que acontece mesmo quando falam na frente de K, o que por vezes se torna para si **desconfortável**.

Antes deste trabalho, K trabalhou durante 25 anos (entre 1981 e 2006) como **costureira** numa empresa que fechou, tendo K ficado desempregada. Durante o ano de 2006 trabalhou no comércio, como **empregada de balcão**.

HISTÓRIA EDUCACIONAL

Após ficar desempregada, K foi de novo estudar em **2008**, tendo concluído o **9º ano** de escolaridade e uma **formação profissional na área da ação educativa**. No entanto, a sua experiência profissional nesta área foi muito reduzida.

COMPETÊNCIAS DE VIDA

Competências corporais – é autónoma e competente na sua alimentação, cuidados físicos e de higiene, estendendo esses cuidados à sua mãe. Durante muitos anos, K praticou natação num ginásio, mas atualmente não tem atividades desportivas devido a restrições financeiras. Algumas restrições atuais com a tendinite.

Competências de aprendizagem – mostra-se capaz de estudar e aprender novos conteúdos. **Recentemente** concluiu uma formação escolar. Não é muito ligada à utilização das tecnologias de comunicação.

Competências relacionadas com os valores – mostra-se **capaz** de clarificar os seus valores e os dos outros.

Competências de auto-organização – consegue estabelecer **objetivos**. Nem sempre faz planos de ação. No entanto apresenta bom **autocontrolo** e boa **gestão do tempo**.

Competências de comunicação – interessa-se por **ouvir** os outros e por **expressar** o que pensa e sente, conseguindo fazê-lo de forma clara.

Competências de envolvimento grupal, organizacional e comunitário – não tem trabalhado em grupo, não tem participado nem implementado projetos.

HISTÓRIA DA SAÚDE

Os sintomas de **Vulvodinia**, a sua principal queixa em termos de saúde, iniciaram-se **há 2 anos (2016)**. K refere que o problema se iniciou logo com **sintomatologia intensa de dor e desconforto**, que se tem mantido **inalterável**, reagindo pouco à terapêutica farmacológica ou tópica tentada até à data. Mantém a toma do **relaxante muscular Sirdalud** (Tizanidina), que atenua alguma da sintomatologia de desconforto.

Já não é menstruada desde outubro de 2017 (poderá assim ter entrado em menopausa aos 51 anos).

Queixa-se, desde **há cerca de 8 anos** de uma **Tendinite no ombro esquerdo**, que tem sido resistente a infiltrações ou a massagens. Recentemente, os sintomas melhoraram de forma súbita: no dia 2 de junho de 2018 deixou de ter dores.

Queixa-se, desde **há cerca de 15 anos**, de dificuldades em conciliar o **Sono** e de **insónias intermédias**, estando para tal medicada com **Triticum 150mg**, de que toma 2/3 ao deitar, medicação que foi prescrita pela sua médica de família há 3 anos. Antes esteve medicada com **Alprazolam**, medicação que deixou de tomar em 2017.

CONTEXTOS SOCIAIS

Na história da sua vida social, K refere que **tem algumas amigas**, mas que à medida que as mesmas foram casando, **as oportunidades de convívio têm vindo a diminuir**, uma vez que **as amigas passam os fins-de-semana em família**. Sai esporadicamente com uma ou duas, quando elas têm disponibilidade.

Refere que **gosta muito de dançar** e de ouvir **música**, apesar de ser bastante seletiva quanto ao tipo de música. K também lamenta que as atividades de dança ou as festas que existem atualmente ofereçam reportórios de música de que não gosta. Além disso são frequentadas quase sempre exclusivamente por casais.

No que diz respeito às **redes sociais virtuais**, K mantém ativa uma conta de Facebook, mas até ao momento ainda não conheceu nenhuma pessoa com quem sentisse afinidades para poder vir a manter um relacionamento amoroso.

HISTÓRIA DA SAÚDE

Apresenta, desde a sua juventude, **Rinite alérgica**, com alergias a ácaros e pólen, estando para tal medicada regularmente, pela sua médica de família.

Recentemente surgiram **vários nódulos em ambos os seios**, assim como na **tireoide**, sem indicações de alterações na produção hormonal. Ambas as situações continuam em estudo, apesar de serem consideradas **benignas**.

Refere que a sua **alimentação** é saudável e que se alimenta regularmente, mantendo-se o seu apetite estável. Não fuma nem ingere bebidas alcoólicas.

Atualmente não tem nenhuma **atividade desportiva** nem física. Durante bastante tempo praticou **natação**, atividade que deixou devido a dificuldades financeiras.

Considerando **antecedentes familiares**, quando interrogada acerca das circunstâncias das manifestações de violência do pai, K refere que não se verificava nenhuma associação com consumo de álcool.

K desconhece que tenha sido alvo de qualquer tipo de **abuso** por parte do pai, para além da violência física a que foi sujeita. No entanto, estranha o facto de o pai sempre a ter hostilizado, bem como as suas reações de repúdio à sua proximidade física.

III – Definição e análise das áreas problemáticas

ÁREA PROBLEMÁTICA 1

As maiores queixas de K dizem respeito à **Vulvodinia**.

O problema está **sempre presente desde há 2 anos (2016)**. K refere que tem sempre dores e mal-estar, independentemente da terapêutica farmacológica, dos produtos de higiene íntima a que recorre ou do tipo de **lingerie** que adote.

- **Antecedentes**: possivelmente uma **violação** ocorrida há 15 anos (2003).
- **Cognições**: pensa que tem azar e que tudo lhe corre mal. Que nada resulta consigo.
- **Emoções**: medo que a Vulvodinia possa ter mais repercussões em relacionamentos íntimos futuros.
- **Consequências**: **mal-estar geral**. Dificuldades em conciliar o **sono** com insónias intermédias. Queixa-se ainda de que desde dezembro apresenta muitas **tremuras no seu olho esquerdo**, que poderão estar ou não associadas às problemáticas referidas.
- **História do aparecimento e evolução do problema**: apareceu subitamente há 2 anos, assumindo uma forma aguda e generalizada, mantendo-se dessa forma.

HISTÓRIA DA SAÚDE

História de saúde familiar

⇒ Desconhecimento de eventuais problemas de saúde mental em elementos da sua família.

Acompanhamentos médicos

- Médica de **Medicina Geral e Familiar**
- Diversas especialidades - Hospital [REDACTED]
- Médica **Fisiatra**: Acompanha o problema de Vulvodinia. Recomendou fisioterapia, estando atualmente K a aguardar pela vaga.
- Médico **Ortopedista**: Devido a uma tendinite no ombro esquerdo. Recentemente K fez uma Ressonância, estando a aguardar pela consulta para conhecer resultados e implicações diagnósticas. K sente que a medicação prescrita pela médica fisiatra para a Vulvodinia – relaxante muscular **Sirdalud** – tem ajudado a atenuar o desconforto provocado pela tendinite.
- Médico **Ginecologista**
- Médico **Urologista**: Receitou, no início de fevereiro de 2018, **Fluconazol, Cloreto de tásipio e Transulósina**, a que a paciente não se adaptou, tendo abandonado a terapêutica poucos dias depois do seu início.

ÁREA PROBLEMÁTICA 2

K queixa-se de **solidão**. De como as outras pessoas (amigas) estão envolvidas com as suas famílias, não podendo dessa forma contar com elas regularmente.

O problema está presente desde **há cerca de 15 anos**.

- **Antecedentes**: casamento dos seus irmãos, rutura do seu relacionamento íntimo (2003), na sequência de violação, relacionamento conflituoso com o irmão que partilha consigo a residência, paixão por colega de trabalho que é casado (situação "proibida").
- **Cognições**: pensa que o mundo está pleno de atividades de convívio destinadas a casais.
- **Emoções**: desejo de participar na vida social inserida na modalidade de casal; desejo de vir a conhecer alguém com quem possa envolver-se ao nível emocional e ao nível sexual.
- **Consequências**: ansiedade face ao futuro e isolamento.
- **História do aparecimento e evolução do problema**: apareceu com a rutura do relacionamento íntimo e gradualmente desde há 15 anos, assumindo uma forma crónica, agravando-se com o tempo.

TAREFAS DE DESENVOLVIMENTO

Autonomia – K consegue ser **autónoma** na maioria das atividades de vida, tais como as profissionais, as domésticas e a gestão financeira.

Valores – defende que a mulher deve ter um estatuto de **igualdade** ao do homem. Rejeita ambientes de desrespeito pelas mulheres. Defende a lealdade e a autodeterminação.

Identidade – assume-se como uma pessoa **feminina**, solidária, culta.

Intimidade – Mantém-se relativamente distante das pessoas em geral e não tem relações íntimas com ninguém atualmente. Concebe-se como uma pessoa que deseja ter intimidade conjugal.

Sexualidade e amor – não tem relacionamento íntimo nem é sexualmente ativa. Insatisfeita com esse facto e com receio que a Vulvodinia a continue a prejudicar nesta área. Idealiza um **amor romântico**.

Carreira – **insatisfeita** com as atividades profissionais que desempenha e com o rendimento que auferir.

Comunidade – **pouco envolvimento** na comunidade.

Tempos livres – Para além das tarefas domésticas, **não tem** atividades de ocupação dos tempos livres, atualmente.

ÁREA PROBLEMÁTICA 3

Tendinite no ombro esquerdo, que encara como uma **doença profissional**, devido à sua atividade de limpeza, que acarreta força física exercida com os membros superiores.

O problema está presente **desde há 8 anos**, altura em que iniciou o emprego de limpeza.

Nem **infiltrações** realizadas em contexto hospitalar nem massagens têm resultado para atenuar o impacto da tendinite.

- **Antecedentes**: **emprego de limpeza** que exige **força localizada** exercida pelo membro superior esquerdo (afetado).
- **Cognições**: o emprego em causa é inadequado para as suas potencialidades: atividade demasiado dura fisicamente e mal paga. Colega ofereceu emprego em empresa que vai abrir por conta própria, mas esse projeto tem sido adiado.
- **Emoções**: **Medo** que a situação se agrave. **Desejo** de mudar de emprego e de área de trabalho.
- **Consequências**: ansiedade face ao futuro profissional. Medo de eventual evolução para doença incapacitante.
- **História do aparecimento e evolução do problema**: apareceu com a entrada no atual emprego (há 8 anos), assumindo uma forma crónica, agravando-se com o tempo.

CONCEPTUALIZAÇÃO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

Integração da informação recolhida, através do estabelecimento, para cada problema de uma **relação hipotética entre antecedentes, comportamentos, cognições e consequências.**

Microanálise funcional 1

A **Vulvodinia**, que é um problema de saúde física de causas médicas desconhecidas, surgiu há 2 anos (2016), associada a dores e mal-estar sempre presentes, independentemente da terapêutica médica adotada. A **história de vida** de K revelou uma **violação** ocorrida há 15 anos (2003). Apesar de o surgimento da Vulvodinia ser posterior a este acontecimento, acreditamos que as cognições e emoções negativas, bem como o desconforto e o mal-estar que a situação acarreta, possam estar associados a este acontecimento traumático de vida.

Microanálise funcional 2

A **solidão** que afeta K e que a mesma descreve como estando associada à reduzida disponibilidade das outras pessoas, por as mesmas estarem envolvidas com as suas famílias, surge efetivamente **após o casamento dos seus irmãos, a rutura do seu relacionamento íntimo** (2003), na sequência de violação. Surge ainda agravada pelo **relacionamento conflituoso com o irmão** que partilha consigo a residência e pela **paixão "impossível"** por um colega de trabalho que é casado. As experiências de "exclusão" social associadas a cognições e a emoções negativas referentes aos relacionamentos sociais (especialmente no que se refere ao sexo masculino) têm vindo a originar alguma ansiedade face ao futuro e a reforçar o próprio isolamento social.

Microanálise funcional 3

A **Tendinite no ombro esquerdo** surge como uma **doença profissional** devido à força física exercida repetidamente por K com os membros superiores, nas atividades de limpeza. O surgimento do problema (há 8 anos) coincide com a altura em que K iniciou o emprego de limpeza. A **história de vida** de K, marcada por **episódios traumáticos** tem conduzido ao surgimento de cognições e de sentimentos negativos face a várias áreas da sua vida, incluindo a situação profissional, que contraditoriamente não têm ajudado K a resolver as problemáticas que tem vindo a identificar, por adoção de uma **conduta de evitamento do confronto** e por **desânimo**. Como consequência deste panorama cognitivo e emocional temos o agravamento da insatisfação profissional, o surgimento de ansiedade face ao futuro profissional e o medo de eventual evolução para doença incapacitante, associado a um aparente agravamento da própria tendinite.

RESULTADOS NOS INSTRUMENTOS ADMINISTRADOS E INTERPRETAÇÃO

M.I.N.I. (Mini International Neuropsychiatric Interview)

As respostas de K preencheram critérios para diagnóstico da **Perturbação psiquiátrica de Pós Stress Traumático** (309.81) (F43.1), à luz do DSM-IV (APA, 1994). Ocorreu 2 vezes no passado. A hipótese diagnóstica conta ainda com fortes evidências da **história clínica da paciente** e mantém-se válida à luz do DSM-V (APA, 2013). Nos meses posteriores às ocorrências de cada um dos episódios traumáticos, a paciente tendeu a apresentar **sintomas de sofrimento psicológico intenso e prolongado** com **reações fisiológicas intensas** ante a **exposição a sinais** externos que simbolizassem ou se assemelhassem a algum aspeto do evento traumático. Evidenciou também **alterações cognitivas**. Algumas dessas cognições ainda persistem, correspondentes a expectativas negativas persistentes e exageradas a respeito de si mesmo, dos outros e do mundo (p. ex. "Comigo é sempre isto", "Não encontrarei um homem de que goste", "Os homens são violentos"). Evidenciou também **alterações marcantes na excitação e na reatividade** associadas ao evento traumático: respostas de sobressalto exageradas, semelhantes a ataques de pânico, esperados, sem sintomas dissociativos.

RESULTADOS NOS INSTRUMENTOS ADMINISTRADOS E INTERPRETAÇÃO

M.I.N.I. (Mini International Neuropsychiatric Interview)

Considerando as **consequências funcionais** da **Perturbação de Pós Stress Traumático** descritas na literatura (APA, 2013), podemos verificar que a mesma tende a estar **associada** a:

- Níveis elevados de **incapacidades sociais, profissionais e físicas**.
- **Utilização intensiva de serviços de saúde**.
- Várias **áreas de funcionamento** tendem a ser **afetadas**, tais como a social, interpessoal, do desenvolvimento, educacional, da saúde física e profissional (APA, 2013).

A **história de vida e a avaliação do funcionamento global da cliente** revelam que **várias destas áreas estão afetadas**.

MACROANÁLISE FUNCIONAL

Permite-nos estabelecer uma **relação hipotética** entre os vários **problemas** da cliente.

Fig. 2 - Sequência cronológica do aparecimento dos problemas que afetam K, possíveis antecedentes e atuais consequências



RESULTADOS NOS INSTRUMENTOS ADMINISTRADOS E INTERPRETAÇÃO

Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) (Zigmond & Snaith, 1983; Lovibond & Lovibond; Pais-Ribeiro et al., 2007) - questionário de autorrelato breve, que tem como objetivo avaliar, os níveis de **Ansiedade** e **Depressão** em **doentes com patologia** e em tratamento ambulatorio (níveis leves de distress em doentes com patologias físicas e não psiquiátricas). K obteve resultados coincidentes com valores considerados **baixos** tanto para a **Ansiedade (7)**, como para a **Depressão (0)**, não tendo atingido o "ponto de corte" de 8 para nenhuma das subescalas.

State-Trait Anxiety Inventory (STAI-Y) (Spielberger et al., 1983) é um questionário de autorrelato breve, que avalia episódios transitórios de ansiedade (**Ansiedade-estado**) assim como características mais estáveis da personalidade que predispoem uma pessoa a experimentar níveis mais crónicos de ansiedade (**Ansiedade-traço**).

K obteve **resultados médios** na **Ansiedade-estado** (34, inferiores em 0,5 desvio padrão relativamente à média da amostra de aferição) e **valores médios** na **Ansiedade-traço** (38, inferiores em 0,5 desvio padrão relativamente à média da amostra de aferição). Estes resultados indicam que a ansiedade que K vivencia corresponde a valores normais por referência à população portuguesa.

IV – Diagnóstico Psicopatológico

Recursos:
Entrevista de avaliação comportamental e cognitiva
Métodos de endosso - 3 instrumentos de avaliação

RESULTADOS NOS INSTRUMENTOS ADMINISTRADOS E INTERPRETAÇÃO

Instrumentos administrados	Módulos	Resultados	Informação qualitativa
M.I.N.I.	1. Perturbação Pós Stress Traumático	Período tempo Anterior 2 episódios: há 25 anos; há 15 anos	309.81 (F43.10) Violença doméstica Violença
HADS	Ansiedade (7) Depressão (0)	Dimensões: estatística Valor inferior ao ponto de corte (8) Valor inferior ao ponto de corte (8)	Significância Normal
STAI-Y	Ansiedade estado (34) Ansiedade traço (38)	Dimensões: estatística Valor médio (inferior à média: 39,2 em 0,5 DP; 1 DP= 10,21) Valor médio (inferior à média: 40,1 em 0,5 DP; 1 DP= 8,97)	Significância Normal Normal

V – Intervenção

Tendo em conta a **análise das áreas problemáticas** identificadas, a **análise da funcionalidade** da cliente e a **hipótese de diagnóstico psicopatológico**, importa agora delinear a **intervenção** no âmbito de um processo terapêutico.

Finda a entrevista e as atividades de endosso inseridas no processo de avaliação, foi **explicado à cliente** como é que os **seus problemas se desenvolveram** e qual o **leque dos tratamentos possíveis, as suas indicações e contra-indicações**. Além disso foram identificados **possíveis obstáculos** a uma intervenção eficaz e as formas como os mesmos poderiam ser prevenidos e/ou evitados.

Em conjunto com a paciente, foi então delineada uma intervenção que estabeleceu como **OBJETIVOS**:

- **Reduzir queixas e sofrimento** associado às problemáticas de saúde física, através do Treino de Inoculação do Stress.
- Contribuir para a **resolução de situações problemáticas** identificadas.

RESULTADOS NOS INSTRUMENTOS ADMINISTRADOS E INTERPRETAÇÃO

M.I.N.I. (Mini International Neuropsychiatric Interview) (Sheenan & Lecrubier, 1998; Versão Portuguesa 5.0.0 de Guterres, Levy & Amorim, 1999) - entrevista diagnóstica estruturada, explorando de modo padronizado as principais Perturbações Psiquiátricas do Eixo I, do Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - fourth edition (DSM-IV) (American Psychiatric Association, 1994).

K sofreu diversos **ataques de pânico** no passado. No entanto, os ataques eram "**esperados**", associados a certos locais e **subseqüentes a situações fortemente traumáticas**. Ocorreram repetidamente durante um período de vários meses, tanto **há 25 anos** (separação dos pais com vivência de **violência doméstica**), como **há 15 anos** (**violação** pelo namorado).

V – Intervenção

Práticas terapêuticas - implementadas em **8 sessões** de Psicologia com a duração de **1 hora cada**, com periodicidade variável, geralmente **quinzenal**, em horário acordado com a paciente, no Gabinete de Psicologia do serviço de Medicina Física e de Reabilitação do Hospital de São João.

2 primeiras sessões - principalmente dedicadas à **avaliação**. Contudo este processo foi sendo ajustado nas sessões seguintes, em interação com a intervenção.

Em todas as sessões, incluindo as duas primeiras, à luz do **Paradigma das Aptidões de Confronto**, no âmbito do **Treino de Inoculação do Stress** foi realizada a prática de **Aptidões Paliativas de Confronto de 2 tipos**:

1. **Incentivo à Expressão de Emoções e de Sentimentos**.
2. **Terapêutica paliativa de Relaxamento Muscular Progressivo, imagético, com respiração diafragmática**. Em cada sessão foram dedicados 15 minutos a esta técnica. Numa das sessões (a 5ª), em substituição da técnica de relaxamento muscular, foi implementada uma técnica de *Minfulness* guiada com tecnologia *audio*, designada de "amabilidade", incidente sobre o reforço da atitude de auto compaixão (Williams & Penman, 2016).

V – Intervenção

As práticas de **Treino de Inoculação do Stress** foram implementadas para lidar tanto com as problemáticas inerentes à **Vulvodinia**, como com as **restantes problemáticas (tendinite e solidão)**.

A paciente mostrou-se muito **motivada** para a aprendizagem e **implementação** destas técnicas na sua rotina. Relatou que as realizava **diariamente** em casa e que numa **situação de maior ansiedade** (por ocasião da realização de exame médico - ressonância magnética) recuperou o seu autocontrolo por recurso à **respiração diafragmática** e ao **relaxamento muscular**.

V – Intervenção

A partir da 6ª sessão, à luz do Paradigma das Aptidões de Confronto, foi implementado o **Modelo de Resolução de Problemas** (D'Zurilla e Goldfried, 1971, cit. in Gonçalves, 1993) para lidar com problemáticas referentes à **insatisfação com a situação profissional** (resultante da **tendinite**) e com a solidão.

Todos os passos considerados no modelo foram trabalhados com a cliente: 1. Orientação geral; 2. Definição do problema; 3. Criação de alternativas; 4. Tomada de decisão; 5. Implementação e verificação; 6. Manutenção e generalização.

Neste sentido, a paciente foi encorajada e ajudada a elaborar um **currículum vitae** e a realizar candidaturas espontâneas para **diferentes locais de trabalho**.

Apear de K ter revelado alguma "inércia" no domínio da resolução de problemas, reagiu de forma muito positiva e até com alguma surpresa ao facto de alguém a ajudar a resolver problemas que a preocupam. No final do processo mostrou uma **melhor percepção de autoeficácia** relativamente à **resolução dos problemas** identificados e de outros que foram surgindo no seu dia-a-dia.

K **manter-se-á na consulta** por mais algum tempo, pelo menos até iniciar a **fisioterapia**.

VI - Conclusão

Reflexão crítica

O meu encontro com K, de **conveniência** para mim, enquanto estudante, também foi bom para uma pessoa poder continuar a construir a sua história, contando desta vez com a ajuda de alguém que a ouve, que a compreende e que a ajuda a melhorar o seu "Estar-Bem" pessoal e social.

Ao primeiro contacto com o pedido, senti-me **desconfortável** com a informação nele veiculada, uma vez que se trata de um **problema de saúde** mal conhecido nas causas e tratamentos, que remete para uma afetação da **intimidade** de alguém. Contudo, ao mesmo tempo, senti o apelo do desafio de aprender e de poder ajudar. Percebi imediatamente que para tal teria de me focar nas **potencialidades** da minha intervenção: reduzidas e circunscritas (não poderíamos mudar determinadas circunstâncias do problema) e não tanto nas **frustrações** que iriam surgir face ao teor da problemática. As maiores dificuldades surgiram nos primeiros momentos, desde logo na gestão das expectativas da cliente face ao alcance da psicoterapia.

No entanto, com o devir do processo, com a clarificação pela paciente dos seus comportamentos, cognições, emoções e funcionalidade, novos desafios se foram colocando, que foram enriquecendo as potencialidades e o alcance deste processo.

Referências

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th Edition: DSM-IV. Washington DC: APA
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th Edition: DSM-5. APA: Arlington, VA.
- Brown, G.W., Lemyre, L., & Bifulco, A. (1992). Social factors and recovery from anxiety and depressive disorders. A test of specificity. *The British Journal of Psychiatry*, 161(1), 44-54.
- Gonçalves, O. (1993). *Terapias Cognitivas. Teorias e Práticas*. Edições Afrontamento.
- Gonçalves, O. (1990). *Terapia Comportamental. Modelos teóricos e Manuais Terapêuticos*. Porto: Jornal de Psicologia.
- Kabat-Zinn, J., Massion, A. O., Kristeller, J., Gay Perterson, L., Fletcher, K. E., Pbert, L., et al. (1992). Effectiveness of a Meditation-Based Stress Reduction Program in the Treatment of Anxiety Disorders. *American Journal of Psychiatry*, 149, 936-943.
- Silva, D. R. e Campos, R. (1998). Alguns dados normativos do Inventário de Estado-Traço de Ansiedade – Forma Y (STAI-Y), de Spielberger, para a população portuguesa. *Revista Portuguesa de Psicologia*, 33, 71-89.
- Vieira-Baptista, P., Lima-Silva, J., Cavaco-Gomes, J., Beires, J. (2015). Vulvodinia em Portugal: estaremos a diagnosticar e tratar adequadamente? *Acta Obstet Ginecol Port*, 9, 3, 228-234.

G8

Atividades e eventos culturais

Comemoração
10 OUTUBRO

Dia Mundial da Saúde Mental

Espago Biblioteca da Fundação Serralves · ENTRADA LIVRE
14h30 **SAÚDE MENTAL E ARTE**

15h00 **TERCÍOLA** Moderador – Denise Pollini, Serviço Educativo da Fundação Serralves

**Música e saúde mental · Loucura e criatividade
Arte bem estar e inclusão · Arte e saúde mental
O corpo e saúde mental · O papel da escrita na saúde mental**

Convidados

Paula Domingos · Ana Deus · Fernando Saraiva · João Lolo · José Mota
Mamad Esteves · Rosa Quicroga · Salvador Simó

Espago Casa das Artes - Porto · ENTRADA LIVRE

21h00 **CINEMA COMENTADO**

Filme "Loucamente" de Paulo Vísni Comentador – António Roma Torres

Organiza



Clinica de Psiquiatria e Saúde Mental

Patrocinador

SERRAVES



**CULTURA
O MÍNIMO**

Casa das artes



**CPC
CCP**

CENTRO PORTUGUÊS
DE PESQUISA E
TRATAMENTO
EM PSQUIQUIRIA

Legenda: Cartaz alusivo à atividade comemorativa do dia mundial da saúde mental



Legenda: Foto do cenário da Festa de Natal da CPSM

Anexo H

Caso Clínico K

H1

Ficha clínica sobre Vulvodinia

Ficha clínica – Vulvodinia

Vulvodinia é um desconforto vulvar, habitualmente descrito como dor ou ardor, na ausência de alterações visíveis e de uma causa neurológica identificável. Acarreta sofrimento caracterizado por dor física, problemas no relacionamento conjugal e falta de desejo sexual na mulher.

A sua prevalência tem sido estimada em 8-16%, não havendo dados relativos à população portuguesa (Vieira-Baptista, Lima-Silva, Cavaco-Gomes & Beires, 2015). As causas permanecem desconhecidas, sendo que o grande desafio se centra, atualmente, no diagnóstico. Estudos apontam que quase 60% das pacientes relataram visitar três ou mais profissionais de saúde, até receber um diagnóstico, o que para além de atrasar o tratamento pode também acarretar transtornos psicossociais. Um ginecologista com olhar mais específico em patologia vulvar realizará um diagnóstico com base na história clínica, no exame físico e num teste de mapeamento da dor.

O tratamento da Vulvodinia é feito através de uma abordagem multidisciplinar, aliando ginecologia, fisioterapia e psicologia. Um tratamento correto, pode reduzir bastante os sintomas e melhorar muito a qualidade de vida da mulher.

H2

Conceptualização cognitivo-comportamental

Conceptualização cognitivo-comportamental

A **Conceptualização cognitivo-comportamental** foi realizada, integrando para cada área problemática, a informação recolhida, através do estabelecimento, de uma relação hipotética entre antecedentes, comportamentos, cognições e consequências.

Microanálise funcional 1: a Vulvodinia, que é um problema de saúde física de causas médicas desconhecidas, surgiu há 2 anos (2016), associada a dores e mal-estar sempre presentes, independentemente da terapêutica médica adotada. A história de vida de K revelou uma violação ocorrida há 15 anos (2003). Apesar de o surgimento da Vulvodinia ser posterior a este acontecimento, podemos supor que as cognições e emoções negativas, bem como o desconforto e o mal-estar que a situação acarreta, possam estar associados a este acontecimento traumático de vida.

Microanálise funcional 2: a solidão que afeta K e que a mesma descreve como estando associada à reduzida disponibilidade das outras pessoas, por as mesmas estarem envolvidas com as suas famílias, surge efetivamente após o casamento dos seus irmãos, a rutura do seu relacionamento íntimo (2003), na sequência de violação. Surge ainda agravada pelo relacionamento conflituoso com o irmão que partilha consigo a residência e pela paixão “impossível” por um colega de trabalho que é casado. As experiências de “exclusão” social associadas a cognições e a emoções negativas referentes aos relacionamentos sociais (especialmente no que se refere ao sexo masculino) têm vindo a originar alguma ansiedade face ao futuro e a reforçar o próprio isolamento social.

Microanálise funcional 3: a Tendinite no ombro esquerdo surge como uma doença profissional devido à força física exercida repetidamente por K com os membros superiores, nas atividades de limpeza. O surgimento do problema (há 8 anos) coincide com a altura em que K iniciou o emprego de limpeza.

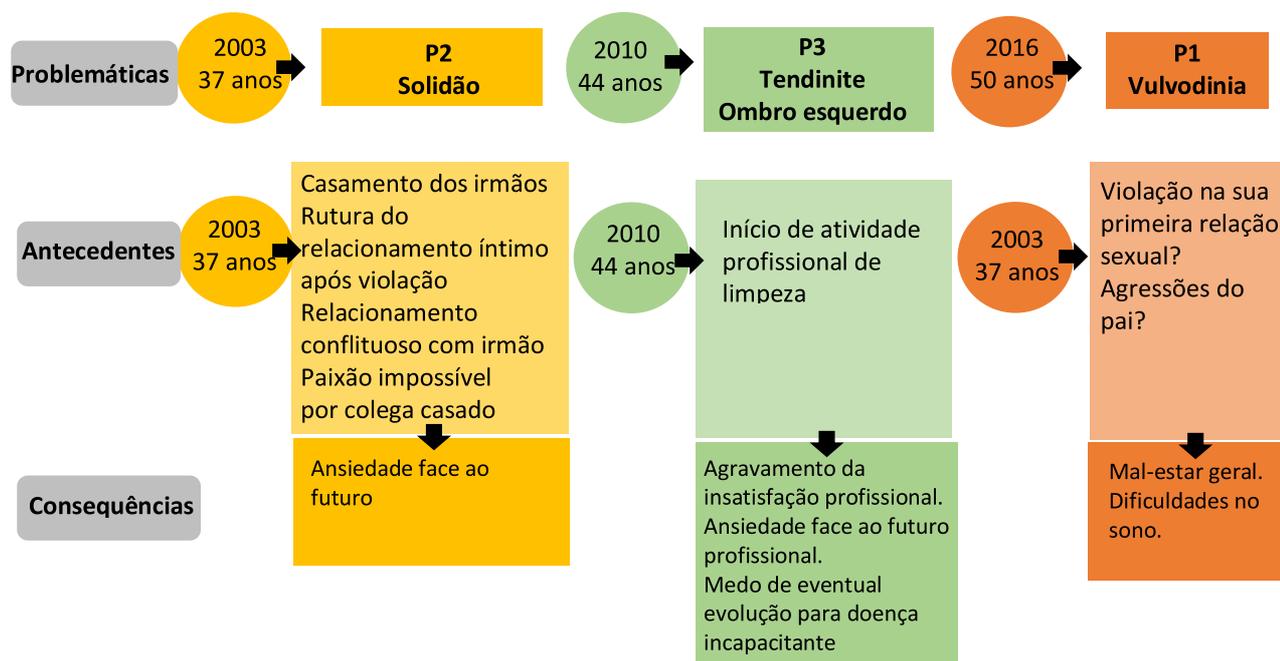
A história de vida de K, marcada por episódios traumáticos tem conduzido ao surgimento de cognições e de sentimentos negativos face a várias áreas da

sua vida, incluindo a situação profissional, que contraditoriamente não têm ajudado K a resolver as problemáticas que tem vindo a identificar, por adoção de uma conduta de evitamento do confronto e por desânimo. Como consequência deste panorama cognitivo e emocional temos o agravamento da insatisfação profissional, o surgimento de ansiedade face ao futuro profissional e o medo de eventual evolução para doença incapacitante, associado a um aparente agravamento da própria tendinite.

Macroanálise funcional

A **macroanálise funcional** permite-nos estabelecer uma relação hipotética entre os vários problemas da paciente.

O esquema seguinte apresenta a sequência cronológica do aparecimento das problemáticas que afetam K, os possíveis antecedentes e as atuais consequências:



A sequência cronológica identificada a partir dos relatos da paciente (2003-2010-2016), permitiu-me organizar a informação de forma a considerar como possível antecedente de uma área problemática um acontecimento prévio. A informação recolhida em entrevista permite-me colocar a hipótese da possibilidade de um único acontecimento traumático ter contribuído para o

surgimento de duas áreas problemáticas: o trauma da violação pelo namorado em 2003 (há 15 anos) pode estar associado à solidão que K tem na sua vida e ao surgimento ou à exuberância da Vulvodinia. Outros eventos traumáticos, os graves conflitos familiares que envolviam violência da parte do pai para com a mãe e com os filhos, podem também estar a influenciar a solidão. Para a tendinite é difícil estabelecer uma associação com acontecimentos prévios de outras áreas problemáticas, mas parece haver uma associação com o tipo de trabalho pelo seu teor – exigente de esforço físico e, eventualmente devido ao *stress* que o facto de os colegas serem todos do sexo masculino pode constituir: “só tenho homens no meu trabalho e são todos uns brutos. São grosseiros e falam mal das mulheres ou com faltas de respeito na minha frente e eu fico incomodada”. Por outro lado, no trabalho, encontra-se o seu atual objeto de amor. K poderá associar aos amores o receio de uma violação como a que sofreu na última vez que teve um namorado. Este amor está com o estatuto de “impossível”, o que poderá ser uma importante fonte de *stress* que certamente terá repercussões na saúde física e bem-estar.

H3

**Resultados de K nos instrumentos administrados
(técnicas de endosso)**

Resultados de K nos instrumentos administrados (técnicas de endosso)

Instrumentos administrados	Resultados			Informação qualitativa
MINI	Módulos I. Perturbação Pós Stress Traumático	Período tempo Anterior 2 episódios: há 25 anos; há 15 anos	DSM-IV 309.81 (F43.10)	Violência doméstica Violação
HADS	Dimensões Ansiedade (7) Depressão (0)	Dimensões: estatística Valor inferior ao ponto de corte (8) Valor inferior ao ponto de corte (8)		Significância Normal
STAI-Y	Dimensões Ansiedade estado (34) Ansiedade traço (36)	Dimensões: estatística Valor médio (Inferior à média: 39,2 em 0,5 DP: 1 DP= 10,21) Valor médio (Inferior à média: 40,1 em 0,5 DP: 1 DP= 8,97)		Significância Normal Normal

H4

Resultados de K na MINI

14.6 APÊNDICE: MINI ENTREVISTA NEUROPSIQUIÁTRICA INTERNACIONAL
(MINI) VERSÃO 5.0.0.

Mini Versão 5.0.0 (1 Janeiro, 2003)				
Nome do Doente:	Número do Doente:			
Data de Nascimento:	1965	Hora Início Entrevista:	13.40	
Nome do Entrevistador:	Fernanda Neves	Hora Fim Entrevista:	13.55	
Data da Entrevista:		Tempo Total:	15 min.	
Módulos	Período Tempo	Preenche Critérios	DSM-IV	ICD-10
A. EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR (DM)	Actual (2 semanas)	Y	296.20-296.26 Único	F32.x
	Recorrente		296.30-296.36 Recorrente	F33.x
DM com características Melancólicas (opção)	Actual (2 semanas)	Y	296.20-296.26 Único	F32.x
			296.30-296.36 Recorrente	F33.x
B. DISTÍMIA	Actual (Últimos 2 Anos)	Y	300.4	F34.1
C. RISCO DE SUICÍDIO	Actual (Último Mês)	Y		
	Risco: Y Baixo Y Médio Y Elevado			
D. EPISÓDIO MANÍACO	Actual	Y	296.00-296.06	F30.x-F31.9
EPISÓDIO HIPOMANÍACO	Actual	Y	296.80-.296.89	F31.8-
	Passado	Y		F31.9/F34.0
E. PERTURBAÇÃO PÂNICO	Actual (Último Mês)	Y	300.01-300.21	F40.01-
	Toda a Vida	Y		F41.0
F. AGORAFOBIA	Actual	Y	300.22	F40.00
G. FOBIA SOCIAL (Perturbação Ansiedade Social)	Actual (Último Mês)	Y	300.23	F40.1
H. PERTURBAÇÃO OBSESSIVA - COMPULSIVA	Actual (Último Mês)	Y	300.3	F42.8
I. PERTURBAÇÃO PÓS STRESS TRAUMÁTICO (Opção)	Actual (Último Mês)	Y	309.81	F43.1
J. DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL	Últimos 12 Meses	Y	303.9	F10.2x
ABUSO DE ÁLCOOL	Últimos 12 Meses	Y	305.00	F10.1
K. DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIAS (Não Alcoólicas)	Últimos 12 Meses	Y	304.00-90/ 305.20-.90	F11.1-F19.1

- ANOTAR O N.º DOS ITENS (OTA) OS SIM
- * Pa. assassinou mãe e filhos fisicamente. Tentou de fuga de casa, chegaram a viver no hotel.
- * Numerada violenta. Durante 1 mês recusa estar perante grávidas indesejadas

ABUSO DE SUBSTÂNCIAS (Não-Alcoólicas)	Últimos 12 Meses	Y	304.00-90/ 305.20-.90	F11.1-F19.1
L. PERTURBAÇÕES PSICÓTICAS	Toda a Vida	Y	295.10- 295.90/297.1	F20.x-F31.9
	Actual	Y	295.3/293.81/ 293.82/293.89/ 298.8/298.9	
PERTURBAÇÕES DO HUMOR COM CARACTERÍSTICAS PSICÓTICAS	Actual	Y	296.24	F32.3/F33.3
M. ANOREXIA NERVOSA	Actual (Últimos 3 Meses)	Y	307.1	F50.0
N. BULÍMIA NERVOSA	Actual (Últimos 3 Meses)	Y	307.51	F50.2
ANOREXIA NERVOSA, TIPO VORACIDADE ALIMENTAR / PURGATIVO	Actual	Y	307.1	F50.0
O. PERTURBAÇÃO DE ANSIEDADE GENERALIZADA	Actual (Últimos 6 Meses)	Y	300.02	F41.1
P. PERTURBAÇÃO ANTISOCIAL DA PERSONALIDADE (Opção)	Toda a Vida	Y	301.07	F60.2

H5

Resultados de K na HADS

HADS

Assinale a resposta que mais se aproxima de como se tem sentido na última semana.

- A₁** 1. Sinto-me tenso ou apreensivo
 A maior parte das vezes
 Muitas vezes
 De vez em quando
 Nunca
- D₀** 2. Continuo a ter prazer nas mesmas coisas de antes
 Tanto como antes
 Não tanto como antes
 Só um pouco
 Quase nada
- A₁** 3. Tenho uma sensação de medo como se algo de terrível estivesse para acontecer
 Nitidamente e muito forte
 Sim, mas não muito forte
 Um pouco, mas não me incomoda
 De modo algum
- D₀** 4. Sou capaz de me rir e de ver o lado divertido das coisas
 Tanto como habitualmente
 Não tanto como habitualmente
 Sem dúvida que agora muito menos
 Nunca
- A₁** 5. Tenho a cabeça cheia de preocupações
 A maior parte do tempo
 Muitas vezes
 De vez em quando
 Raramente
- D₀** 6. Sinto-me bem disposto
 Nunca
 Poucas vezes
 Bastantes vezes
 Quase sempre
- A₁** 7. Consigo estar à vontade e sentir-me descontraído
 Sempre
 Habitualmente
 Algumas vezes
 Nunca
- D₀** 8. Sinto-me lento
 Quase sempre
 Muitas vezes
 Algumas vezes
 Nunca
- A₁** 9. Por vezes fico tão assustado que até sinto um aperto no estômago
 Nunca
 De vez em quando
 Muitas vezes
 Quase sempre
- D₀** 10. Perdi o interesse em cuidar do meu aspecto
 Completamente
 Não tenho tanto cuidado como devia
 Talvez menos interesse do que antes
 O mesmo interesse de sempre
- A₁** 11. Sinto-me impaciente e não consigo estar parado
 Muito
 Bastante
 Um pouco
 Nada
- D₀** 12. Penso com prazer nas coisas futuras
 Tanto como habitualmente
 Menos que anteriormente
 Bastante menos que antes
 Quase nunca
- A₁** 13. Tenho sensações súbitas de pânico
 Muitas vezes
 Bastantes vezes
 Algumas vezes
 Nunca
- D₀** 14. Sinto-me capaz de apreciar um bom livro ou um bom programa de rádio ou de televisão
 Muitas vezes
 Algumas vezes
 Poucas vezes
 Muito raramente

A - 7 Normal

D - 0 Normal

H6

Resultados de K no STAY-Y

**QUESTIONÁRIO DE AUTO-AVALIAÇÃO
(STAI Forma Y-1)**

Desenvolvido por Charles Spielberger em colaboração com R.L. Gorus, R. Lushene, P. R. Vagg, e G. A. Jacobs Traduzido por Teresa McIntyre, M. A., e Lurdes Barros. Forma adaptada por Danilo R. Silva e Sofia Correia

Idade: 52

Sexo: M F

Instruções

Em baixo encontra uma série de frases que as pessoas costumam usar para se descreverem a si próprias. Leia cada uma delas e faça uma cruz (X) no número da direita que indique como se sente agora, isto é, **neste preciso momento**. Não há respostas certas nem erradas. Não leve muito tempo com cada frase, mas dê a resposta que melhor parece descrever os seus sentimentos **neste momento**.

	Nada	Um pouco	Moderadamente	Muito	
	1	2	3	4	
1. Sinto-me calmo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ 2
2. Sinto-me seguro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ 2
3. Estou tenso	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
4. Sinto-me esgotado	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
5. Sinto-me à vontade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ 2
6. Sinto-me perturbado	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
7. Presentemente ando preocupado com desgraças que possam vir a acontecer	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
8. Sinto-me satisfeito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ 2
9. Sinto-me assustado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3
10. Estou descansado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ 2
11. Sinto-me confiante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	→ 1
12. Sinto-me nervoso	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
13. Estou inquieto	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
14. Sinto-me indeciso	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
15. Estou descontraindo	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ 3
16. Sinto-me contente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ 2
17. Estou preocupado	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
18. Sinto-me confuso	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
19. Sinto-me uma pessoa estável	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	→ 1
20. Sinto-me bem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	→ 1

34

M → 39,2
DP → 10,21

**QUESTIONÁRIO DE AUTO-AVALIAÇÃO
(STAI Forma Y-2)**

Desenvolvido por Charles Spielberger em colaboração com R.L. Gorsuch, R. Lushene, P. R. Vagg, e G. A. Jacobs Traduzido por Teresa McIntyre, M. A., e Lurdes Barros. Forma adaptada por Danilo R. Silva e Sofia Correia.

Instruções

Em baixo encontra uma série de frases que as pessoas costumam usar para se descreverem a si próprias. Leia cada uma delas e faça uma cruz (X) no número da direita que indique como se sente **em geral**. Não há respostas certas nem erradas. Não leve muito tempo com cada frase, mas dê a resposta que lhe parece descrever como se sente **geralmente**.

	Quase nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Quase sempre	
	1	2	3	4	
21. Sinto-me bem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	→ 1
22. Sinto-me nervoso e inquieto	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
23. Sinto-me satisfeito comigo próprio	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
24. Quem me dera ser tão feliz como os outros parecem sê-lo	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
25. Sinto-me um falhado	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
26. Sinto-me tranquilo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ 2
27. Sou calmo, ponderado e senhor de mim mesmo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ 4
28. Sinto que as dificuldades estão a acumular-se de tal forma que as não consigo resolver	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
29. Preocupo-me demais com coisas que na realidade não têm importância	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
30. Sou feliz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ 2
31. Tenho pensamentos que me perturbam	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
32. Não tenho muita confiança em mim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3
33. Sinto-me seguro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ 2
34. Tomo decisões com facilidade	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
35. Muitas vezes sinto que não sou capaz	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
36. Estou contente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	→ 1
37. Às vezes, passam-me pela cabeça pensamentos sem importância que me aborrecem	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
38. Tomo os desportamentos tão a sério que não consigo afastá-los do pensamento	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
39. Sou uma pessoa estável	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ 2
40. Fico tenso ou desorientado quando penso nas minhas preocupações e interesses mais recentes	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2

36

M → 40,1

DP → 8,97

H7

**Crêterios de diagnóstico para Perturba o de
Stress Pós-Traumático, segundo o DSM-5**

**Critérios de diagnóstico para Perturbação de *Stress* Pós-Traumático,
segundo o DSM-5 (APA, 2013)**

Critérios Diagnósticos 309.81 (F43.10)

Nota: Os critérios a seguir aplicam-se a adultos, adolescentes e crianças acima de 6 anos de idade.

A. Exposição a episódio concreto ou ameaça de morte, lesão grave ou violência sexual numa (ou mais) das seguintes formas:

1. Vivenciar diretamente o evento traumático.
2. Testemunhar pessoalmente o evento traumático ocorrido com outras pessoas.
3. Saber que o evento traumático ocorreu com familiar ou amigo próximo. Nos casos de episódio concreto ou ameaça de morte envolvendo um familiar ou amigo, é preciso que o evento tenha sido violento ou acidental.
4. Ser exposto de forma repetida ou extrema a detalhes aversivos do evento traumático (p. ex., socorristas que recolhem restos de corpos humanos; polícias repetidamente expostos a detalhes de abuso infantil).

Nota: O Critério A4 não se aplica à exposição por meio de redes sociais, televisão, filmes ou fotografias, a menos que tal exposição esteja relacionada com o trabalho.

B. Presença de um (ou mais) dos seguintes sintomas intrusivos associados ao evento traumático, começando depois de sua ocorrência:

1. Lembranças intrusivas angustiantes, recorrentes e involuntárias do evento traumático.

Nota: Em crianças acima de 6 anos de idade, pode ocorrer brincadeira repetitiva na qual temas ou aspetos do evento traumático são expressos.

2. Sonhos angustiantes recorrentes nos quais o conteúdo e/ou o sentimento do sonho estão relacionados com o evento traumático.

Nota: Em crianças, pode haver pesadelos sem conteúdo identificável.

3. Reações dissociativas (p. ex., *flashbacks*) nas quais o indivíduo sente ou age como se o evento traumático estivesse ocorrendo novamente. (Essas

reações podem ocorrer num *continuum*, com a expressão mais extrema na forma de uma perda completa de percepção do ambiente em redor.)

Nota: Em crianças, a reencenação específica do trauma pode ocorrer na brincadeira.

4. Sofrimento psicológico intenso ou prolongado ante a exposição de sinais internos ou externos que simbolizem ou se assemelhem a algum aspeto do evento traumático.

5. Reações fisiológicas intensas a sinais internos ou externos que simbolizem ou se assemelhem a algum aspeto do evento traumático.

C. Evitamento persistente de estímulos associados ao evento traumático, começando após a ocorrência do evento, conforme evidenciado por um ou ambos dos seguintes aspetos:

1. Evitamento ou esforços para evitar recordações, pensamentos ou sentimentos angustiantes acerca de ou associados de perto ao evento traumático.

2. Evitamento ou esforços para evitar lembranças externas (pessoas, lugares, conversas, atividades, objetos, situações) que despertem recordações, pensamentos ou sentimentos angustiantes acerca de ou associados de perto ao evento traumático.

D. Alterações negativas em cognições e no humor associadas ao evento traumático começando ou piorando depois da ocorrência de tal evento, conforme evidenciado por dois (ou mais) dos seguintes aspetos:

1. Incapacidade de recordar algum aspeto importante do evento traumático (geralmente devido a amnésia dissociativa, e não a outros fatores, como traumatismo craniano, álcool ou drogas).

2. Crenças ou expectativas negativas persistentes e exageradas a respeito de si mesmo, dos outros e do mundo (p. ex., “Sou mau”, “Não se deve confiar em ninguém”, “O mundo é perigoso”, “Todo o meu sistema nervoso está arruinado para sempre”).

3. Cognições distorcidas persistentes a respeito da causa ou das consequências do evento traumático que levam o indivíduo a culpar a si mesmo ou os outros.

4. Estado emocional negativo persistente (p. ex., medo, pavor, raiva, culpa ou vergonha).

5. Interesse ou participação bastante diminuída em atividades significativas.

6. Sentimentos de distanciamento e alienação em relação aos outros.

7. Incapacidade persistente de sentir emoções positivas (p. ex., incapacidade de vivenciar sentimentos de felicidade, satisfação ou amor).

E. Alterações marcantes na excitação e na reatividade associadas ao evento traumático, começando ou piorando após o evento, conforme evidenciado por dois (ou mais) dos seguintes aspetos:

1. Comportamento irritadiço e surtos de raiva (com pouca ou nenhuma provocação) geralmente expressos sob a forma de agressão verbal ou física em relação a pessoas e objetos.

2. Comportamento imprudente ou autodestrutivo.

3. Hipervigilância.

4. Resposta de sobressalto exagerada.

5. Problemas de concentração.

6. Perturbação do sono (p. ex., dificuldade para iniciar ou manter o sono, ou sono agitado).

F. A perturbação (Critérios B, C, D e E) dura mais de um mês.

G. A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo e prejuízo social, profissional ou noutras áreas importantes da vida do indivíduo.

H. A perturbação não se deve aos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., medicamento, álcool) ou a outra condição médica.

Determinar o subtipo:

Com sintomas dissociativos: Os sintomas do indivíduo satisfazem os critérios de transtorno de *stress* pós-traumático, e, além disso, em resposta ao stressor, o indivíduo tem sintomas persistentes ou recorrentes de:

1. **Despersonalização:** Experiências persistentes ou recorrentes de sentir-se separado e como se fosse um observador externo dos processos mentais ou do corpo (p. ex., sensação de estar num sonho; sensação de irrealidade de si mesmo ou do corpo ou como se estivesse em câmara lenta).

2. **Desrealização:** Experiências persistentes ou recorrentes de irrealidade do ambiente em redor (p. ex., o mundo em redor do indivíduo é sentido como irreal, onírico, distante ou distorcido).

Nota: Para usar esse subtipo, os sintomas dissociativos não podem ser atribuíveis aos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., apagões, comportamento durante intoxicação alcoólica) ou a outra condição médica (p. ex., convulsões parciais complexas).

Especificar se:

Com expressão tardia: Se todos os critérios diagnósticos não forem atendidos até pelo menos seis meses depois do evento (embora a manifestação inicial e a expressão de alguns sintomas possam ser imediatas).

H8

Curriculum vitae de K

INFORMAÇÃO PESSOAL



Sexo Feminino | Data de nascimento -1965 | Nacionalidade Portuguesa.

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

- 2010 até à data presente **Serviços técnicos e de limpeza**
 Prestação de Serviços Técnicos e de Limpeza n.c.
 Empresa
- De março a abril de 2009 **Assistente Operacional**
 Prestação de serviços temporários como Assistente Operacional.
 Empresa: Agrupamento de Escola
- De 2006 até 2007 **Empregada de Comércio**
 Empregada de balcão e assistência comercial ao cliente.
 Empresas
- De 1981 até 2006 **Costureira**
 Prestação de serviços de costura por conta de outrem.

EDUCAÇÃO E FORMAÇÃO

- Junho e julho de 2008 **Estágio curricular na área da Ação Educativa.**
 ATL Centro Social
 Classificação de 16,43.
- Julho de 2008 **Curso de Educação e Formação de Adultos com habilitação equivalente ao 3º ciclo do ensino básico (9º ano).** nível 2 do Quadro Europeu de Qualificações
 Formação na área de Serviços de Apoio a Crianças e Jovens.
 Local: Centro de Formação Profissional do Porto.

COMPETÊNCIAS PESSOAIS

Língua materna Portuguesa

Outras línguas

	COMPREENDER		FALAR		ESCREVER
	Compreensão oral	Lectura	Interação oral	Produção oral	
Inglês	B1	B2	B2	B1	A2
Espanhol	B2	B2	A2	A2	A2

 Níveis: A1/A2: utilizador básico - B1/B2: utilizador independente - C1/C2: utilizador avançado
 Quadro Europeu Comum de Referência para as Línguas



Curriculum Vitae

Aptidões e competências sociais	Boas competências de comunicação (assertividade, saber ouvir, expressão oral, liderança), adquiridas em contexto escolar, profissional e na vida pessoal e social.
Competências de organização	Gestão das atividades domésticas e familiares desde a idade adulta.
Aptidões e competências técnicas	Domínio de técnica de vigilância e acompanhamento de orçãos, de condições de higiene e segurança no trabalho. Atendimento ao público direto e telefónico.
Aptidões e competências informáticas	Básicas, na ótica do utilizador.
Aptidões e competências artísticas	Arranjos de costura. Gosto pela leitura, pela música e pelo convívio social.
Outras aptidões e competências	Cozinhar refeições e doces. Praticar natação.
Carta de condução	Carta de condução de veículos da categoria B (ligeros).

Anexo I

Caso Clínico Z

**Resultados de Z nos instrumentos administrados
(técnicas de endosso)**

Resultados de Z nos instrumentos administrados (técnicas de endosso)

Provas de rastreio cognitivo

<i>Prova</i>	Pontuação Bruta	Ponto de corte	Classificação
MoCA	8(30)	Média 21,27 DP 3,37	Muito Inferior Defeito Severo
Prova do Relógio	1(3)	Alterações significativas	

Provas Complementares

<i>Atenção e Funções executivas</i>	Pontuação Bruta	Pontuação Ponderada	Classificação
Código (WAIS-III)	5(133)	4	
Pesquisa de Símbolos (WAIS-III)	2(60)	4	
Índice de Velocidade de Processamento (WAIS-III)	69	Percentil 2	Muito Inferior Defeito Severo
Trail Making Test P-A	5'	---	Défice
Trail Making Test P-B	5'	---	Défice

Escala de Avaliação da Demência

<i>Escala DRS-2</i>	Pontuação Bruta	Percentil	Classificação
DRS-2 Total	114(144)	5	Défice Moderado

Subescalas

<i>Atenção</i>	Pontuação Bruta	Percentil	Classificação
AT-1 + AT-2 + AT-3	33(37)	11-18	Défice Ligeiro
<i>Iniciação/Perseveração</i>	Pontuação Bruta	Percentil	Classificação
I/P-1 + I/P-2	27(37)	5	Défice Moderado
<i>Construção</i>	Pontuação Bruta	Percentil	Classificação
CONST	6(6)	82-89	Média (intacta)
<i>Conceptualização</i>	Pontuação Bruta	Percentil	Classificação
CONCEPT	29(39)	11-18	Défice Ligeiro
<i>Memória</i>	Pontuação Bruta	Percentil	Classificação
MEM-1 + MEM-2	19(25)	4	Défice Ligeiro

1º RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA DE Z

Id Doente: Z

67 anos

D.N.: ---1950

Nº processo: ----

Escolaridade: Ensino básico

Motivo da avaliação:

Doente seguida em Consultas de Psiquiatria e de Psicologia por queixas mnésicas e de alterações (cessação radical) nas atividades da vida diária, referidas tanto pela própria como por cuidador informal que a acompanha à consulta: “passa o dia na cama”. Queda recente em casa, em circunstâncias pouco claras. Queixas de sequelas na omoplata direita, rosto, olho direito.

O objetivo da avaliação realizada é o da caracterização do perfil de funcionamento neuropsicológico e objetivação de sequelas cognitivas.

Avaliação:

A doente mostrou-se consciente, orientada e colaborante. Apresentou um discurso pouco fluente, lentificado e pouco elaborado. Humor eutímico. Comportamento socialmente adequado. Trouxe óculos, mas durante a avaliação referiu algumas queixas de diminuição de acuidade visual: “estou cega do meu olho esquerdo e o direito parece não ter ficado bem com a queda que dei.” Por este motivo, adaptou-se o protocolo cognitivo de forma a evitar a realização de tarefas que pudessem contribuir negativamente para o desempenho final.

Administraram-se o MoCA para avaliação do estado mental global, dois sub-testes Código e Pesquisa de Símbolos da Escala de Wechsler de Inteligência para Adultos: WAIS-III e o Trail Making Test para medir (na sua parte A) a resistência às distrações, bem como processos relacionados com a atenção, memória e concentração para processar, de forma rápida, a informação visual. O Trail Making Test parte B foi também utilizado para medir a atenção alternada (alternância no foco atencional entre tarefas).

Provas de rastreio cognitivo

<i>Prova</i>	<i>Pontuação Bruta</i>	<i>Ponto de corte</i>	<i>Classificação</i>
MoCA	8(30)	Média 21,27 DP 3,37	Muito Inferior Defeito Severo
Prova do Relógio	1(3)	Alterações significativas	

Provas Complementares

<i>Atenção e Funções executivas</i>	<i>Pontuação Bruta</i>	<i>Pontuação Ponderada</i>	<i>Classificação</i>
Código (WAIS-III)	5(133)	4	
Pesquisa de Símbolos (WAIS-III)	2(60)	4	
Índice de Velocidade de Processamento (WAIS-III)	69	Percentil 2	Muito Inferior Defeito Severo
Trail Making Test P-A	5'	---	Défice
Trail Making Test P-B	5'	---	Défice

Interpretação de Resultados:

A doente de 67 anos apresenta, em testes de despiste complexos, um funcionamento cognitivo muito inferior ao esperado para o seu grupo padrão. Pontua 8 no MoCA à custa de 1 valor na capacidade visuo-espacial /executiva, de 1 valor na nomeação, 1 na atenção, 1 na linguagem e 4 na orientação (apesar de não saber o ano em que nos encontramos nem o dia da semana).

Já no que se refere às funções executivas, apresenta uma alteração significativa, nomeadamente na atenção, flexibilidade mental. Clinicamente observa-se lentificação psicomotora e lentificação verbal. O Índice de Velocidade de Processamento muito inferior e as pranchas A e B do Trail Making Test (TMT) revelam lentificação da atividade mental de processamento da informação. Os fracos resultados na prancha B do TMT também reforça o que já referimos da evidência de existência de graves dificuldades na realização de atividades que envolvem a atenção, a sequenciação e a flexibilidade mental.

Do ponto de vista comportamental, não se observou a presença de excessiva labilidade emocional, apesar de a doente tender a apresentar tristeza, por vezes com choro, principalmente no que se refere a questões relacionadas com a sua situação familiar (divórcio recente após matrimónio onde se verificou violência doméstica e filhos pouco presentes). Não se observou desinibição verbal, nem hostilidade. Registou-se alguma intolerância à frustração, quando a paciente foi confrontada com tarefas em que foi mal-sucedida, exacerbada em confronto com provas de maior complexidade.

Conclusão:

Doente com funcionamento cognitivo global inferior à norma em provas de despiste complexas concomitante de alteração significativa no funcionamento executivo.

Objetivamente cumpre critérios para Defeito Cognitivo Ligeiro Multidomínios (F. Exec.), a valorizar à luz da clínica e demais achados laboratoriais e imagiológicos.

O perfil neuropsicológico é sugestivo da presença de compromisso predominantemente frontal/subcortical, embora não se excluindo eventual disfunção de estruturas temporais mesiais.

A impressão clínica é de que, face ao médio nível de funcionamento pré-mórbido (estimado – a doente exerceu atividade empresarial), o desempenho alcançado pela doente poderá traduzir, do ponto de vista qualitativo, um franco agravamento face à sua capacidade prévia, associado a fatores familiares e psicossociais com impacto emocional, assim como a queda recente com eventuais sequelas visuais e neurológicas.

XXXXX, 27 de fevereiro de 2018

A Psicóloga estagiária,

Fernanda Moedas

A Psicóloga,

YYYYYYY (C.P.O.P.P. XXXXX)

2º RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA DE Z

Id Doente: Z

68 anos

D.N.: -----1950

Nº processo: ----

Escolaridade: Ensino básico

Motivo da avaliação:

Doente seguida em Consultas de Neurologia Geral ~~XXXXXXXXXXXX~~ devido a queixas de esquecimento com alguns anos de evolução, muito de comportamento e tem uma TC com atrofia frontotemporal importante sem défices neurológicos de novo focais. Refere diagnóstico de demência (sintomatologia negativa para Alzheimer ou para Demência Vascular).

A médica neurologista pede avaliação neuropsicológica.

Nota prévia:

A doente é também seguida em Psicologia desde 17 de outubro de 2017, por queixas mnésicas e de alterações (cessação radical) nas atividades da vida diária, referidas tanto pela própria como por cuidador informal que a acompanha à consulta: “passa o dia na cama”. Queda recente em casa, em circunstâncias pouco claras. Queixas de sequelas na omoplata direita, rosto, olho direito.

Em 27 de fevereiro de 2018 foi realizada avaliação neuropsicológica, em que se observou um funcionamento cognitivo global inferior à norma em provas de despiste complexas concomitante de alteração significativa no funcionamento executivo. Perfil neuropsicológico sugestivo da presença de compromisso predominantemente frontal/subcortical, embora não se excluindo eventual disfunção de estruturas temporais mesiais.

Avaliação:

A doente esteve consciente, orientada e colaborante. Apresentou um discurso pouco fluente, lentificado e pouco elaborado. Humor eutímico. Comportamento socialmente adequado. Visão corrigida com óculos que trouxe para a avaliação, referindo, no entanto, algumas queixas de diminuição de acuidade visual. Administrou-se a DRS-2 (Escala de Avaliação da Demência).

Escala de Avaliação da Demência

<i>Escala DRS-2</i>	<i>Pontuação Bruta</i>	<i>Percentil</i>	<i>Classificação</i>
DRS-2 Total	114(144)	5	Défice Moderado
<i>Subescalas</i>			
<i>Atenção</i>	<i>Pontuação Bruta</i>	<i>Percentil</i>	<i>Classificação</i>
AT-1 + AT-2 + AT-3	33(37)	11-18	Défice Ligeiro
<i>Iniciação/Perseveração</i>	<i>Pontuação Bruta</i>	<i>Percentil</i>	<i>Classificação</i>
I/P-1 + I/P-2	27(37)	5	Défice Moderado
<i>Construção</i>	<i>Pontuação Bruta</i>	<i>Percentil</i>	<i>Classificação</i>
CONST	6(6)	82-89	Média (intacta)
<i>Conceptualização</i>	<i>Pontuação Bruta</i>	<i>Percentil</i>	<i>Classificação</i>
CONCEPT	29(39)	11-18	Défice Ligeiro
<i>Memória</i>	<i>Pontuação Bruta</i>	<i>Percentil</i>	<i>Classificação</i>
MEM-1 + MEM-2	19(25)	4	Défice Ligeiro

Interpretação de Resultados:

A doente de 68 anos apresenta, em testes de despiste complexos, um funcionamento muito inferior ao esperado para o seu grupo padrão. Pontua 114(125) na Escala de Avaliação da Demência (Total DRS-2), Défice Moderado.

Considerando os resultados específicos obtidos nas subescalas, obteve 27(37) valores na subescala Iniciação/Perseveração, Défice Moderado, 33(37) valores na subescala Atenção, Défice Ligeiro, de 29(39) valores na subescala Conceptualização, Défice Ligeiro, de 19(25) valores na subescala Memória, Défice Ligeiro.

Do ponto de vista comportamental, não se observou a presença de excessiva labilidade emocional, apesar de a doente tender a apresentar tristeza, por vezes com choro, principalmente no que se refere a questões relacionadas com a sua situação familiar. Não se observou desinibição verbal, nem hostilidade. Registou-se alguma intolerância à frustração, quando a paciente foi confrontada com tarefas em que foi mal-sucedida, exacerbada em confronto com provas de maior complexidade.

Conclusão:

Doente com perfil de desempenho inferior à norma, Défice Moderado, em prova de avaliação de Demência.

XXXXX, 22 de agosto de 2018

A Psicóloga estagiária,

Fernanda Moedas

A Psicóloga,

~~YYYYYY~~ (C.P.O.P.P. XXXXX)

Diário Clínico

Consulta Externa

05-06-2018

(C.NEUROLOGIA GERAL)

pedido colaboração por esquecimento com alguns anos de evolução , muito de comportamento e tem uma TC com atrofia frontotemporal importante sem defices neurologicos de novo focais
Ja medicada com pantoprazol, librax, biloban ,Cordorone, atorvastatina. Letter, concor Eliquis 5mg
Sertralina100, Triticum Ac 150 - meio lersedal 2.5
para este tipo de demencia que nao é Alzheimer nem vascular vou associar a memantina 10 mg de manha como terapeutica

peço estudo tiroideu e testes neurospicologicos
depois pensar em PL com marcadores cognittivos
manter atividade cognitiva e caminhar ,

a neurologista

Informação da dra. Virginia- psicologa da dor
Doente de 68 anos enviada pela ortopedia por dor lombar.
Refere episodios de dor lombar com vários anos de evolução , que agravou após queda há cerca de 1,5 anos.
Neste momento refere dor lombar persistente , que agrava com movimentos de flexão/extensão tronco e esforços. Em deambulação está melhor, mas refere agravamento da dor em decúbito.

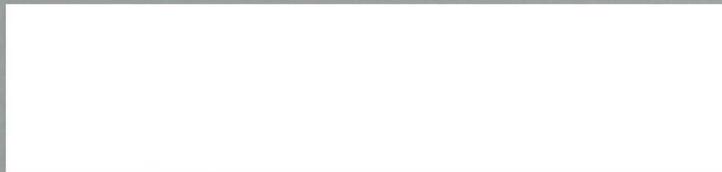
Senhora de 67 anos, divorciada há 2, tem 3 filhos já casados"(o rapaz é mais proximo de mim as raparigas são do pai)"
Foi proprietaria de mini mercado mas atualmente so faz voluntariado no HSJ.
Com historia de 3 IMV em contexto impulsivo após discussões com o marido que tem Habitos alcoolicos excessivos.

A.Pessoais:

- # AVC há cerca de 25 anos
 - hipocoagulada com Apixabano
 - # Depressão (7 episódios) - seguida em consulta de Psicologia
 - Tres tentativas de suicídio com fármacos
 - # Sem antecedentes alérgicos
- Antecedentes cirúrgicos:
- Tiroidectomia total em 2012
 - Amigdalectomia
 - Hemorroidectomia
 - Cirurgia ginecológica que não sabe especificar

Medicada:

- Pantoprazol 40 mg id;
- sinvastatina 40 mg id



Diário Clínico
Consulta Externa

- Biloban
- Librax 5+2,5 mg 2id
- Sertralina 100 mg id
- Triticum Ac 150 mg id
- Lersedal 5 mg id
- Concor 5 mg id
- Lersedal 5 mg id
- Cordarone 200 mg id
- Letter 0,1 mg id
- Eliquis 5 mg (Apixabano) id
- Victan SOS
- 12/12 h ou 8/8h

A neurologista
chefe de serviço



NÃO SOU CAPAZ

(Tenho que ultrapassar isto e pôr estes pensamentos no lixo.)

Conduzir

Escrever seus e-mails

Contar multas

Recolher as ^{dividas} parcelas

Esquecer o que se faz

Falar estrepitoso

SOU CAPAZ

(É tão agradável ter coisas boas para recordar!)

Aprender a conduzir

ler um livro

ler uma revista

Fazer bolos

Fazer pão

Sonhar

Gerir os dinheiro

Viver tranquila

Cuidar de flores

Cozinhar

Bolos

Decorar a casa

Crochet

Ter bons amigos

25	52
63	36
475	574
174	471
8620	0268
2783	3872
89725	52798
56219	91265
238910	019832
523679	976325

O meu nome completo: _____

Data de nascimento: ____ / ____ / ____

Nome do meu pai completo: _____

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____

Nome completo da minha mãe: _____

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____

Caso seja casado nome do esposo/a: _____

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____

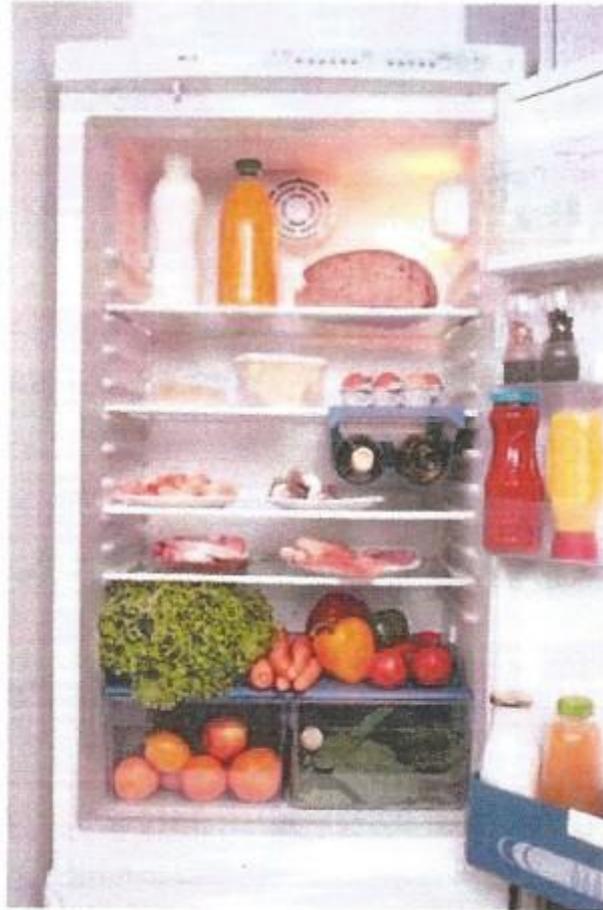
Caso tenha filhos, nome dos/as filho/as:

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____

____ / ____ / ____

____ / ____ / ____

	Respostas:
Marco Paulo	Cantor-Actor
D. Afonso Henriques	Rei de Portugal- Rei de Espanha
Mona Lisa	Leonardo da Vinci-Picasso
Ovos-moles	Aveiro- Évora
Serra da Estrela	Guarda-Porto
Eusébio	Jogador de Futebol-Ciclista
Bento XVI	Papa- Rei
Os Lusíadas	Luís Camões- Fernando Pessoa

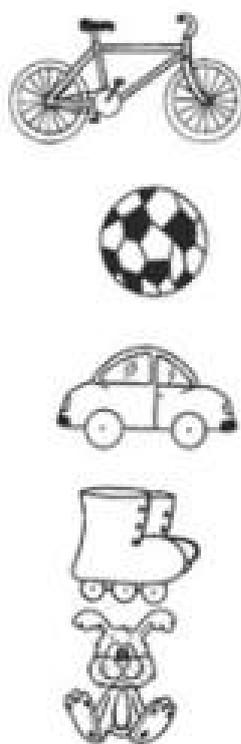


Iogurte, sumo pela cor parece ser sumo de laranja, pão, queijo, ovos, vinho, carne, legumes (alface, cenoura, pimento, tomate), fruta (laranja, maçã), couve, pimenta no frasco, polpa de tomate, mostarda, leite e sumo.

- ✓ Colher
- ✓ Garfo
- ✓ Sapato
- ✓ Camisola
- ✓ Cachecol
- ✓ Prato
- ✓ Perfume
- ✓ Livro

Número de palavras recordadas: _____

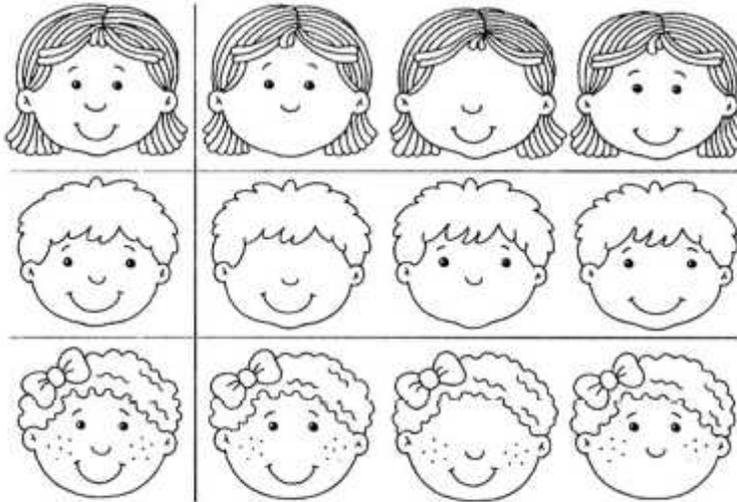
Instruções: "O que acha que a criança quer pedir no natal?" Ligue a criança ao objeto ideal.



Fase 1 Instruções: Comparando com a figura completa (indicar qual é), quero que complete as restantes. Em cada uma falta uma coisa. O que é?



Fase 2: Instruções: Comparando com a figura completa (indicar qual é), quero que complete as restantes. Em cada uma falta uma coisa.



Critérios de diagnóstico para Perturbação Neurocognitiva segundo o DSM-5 (APA, 2013)

Perturbações Neurocognitivas

As perturbações neurocognitivas (PN) são referidas no DSM-IV (APA, 1994) como “Demência, *Delirium*, Perturbação Amnésica e Outras Perturbações Cognitivas”

A categoria PN abrange o grupo de perturbações em que o déficit clínico primário está na função cognitiva, sendo perturbações adquiridas em vez de perturbações do desenvolvimento. Apesar de os déficits cognitivos estarem presentes em muitas perturbações mentais, se não em todas (p. ex., esquizofrenia, perturbações bipolares), apenas aquelas perturbações cujas características centrais são cognitivas é que fazem parte da categoria PN. As PNs são aquelas em que a cognição prejudicada não estava presente ao nascimento ou muito no início da vida, representando, assim, um declínio a partir de um nível de funcionamento alcançado anteriormente.

As PNs podem ser ligeiras ou maiores.

Perturbação Neurocognitiva Maior

Critérios Diagnósticos

A. Evidências de declínio cognitivo importante a partir de nível anterior de desempenho em um ou mais domínios cognitivos (atenção complexa, função executiva, aprendizagem e memória, linguagem, perceptivo-motor ou cognição social), com base em:

1. Preocupação do indivíduo, de um informante com conhecimento ou do clínico de que há declínio significativo na função cognitiva; e
2. Prejuízo substancial no desempenho cognitivo, de preferência documentado por teste neuropsicológico padronizado ou, em sua falta, por outra investigação clínica quantificada.

B. Os déficits cognitivos interferem na independência em atividades da vida diária (i.e., no mínimo, necessita de assistência em atividades instrumentais

complexas da vida diária, tais como pagamento de contas ou controlo medicamentoso).

C. Os déficits cognitivos não ocorrem exclusivamente no contexto de *delirium*.

D. Os déficits cognitivos não são mais bem explicados por outra perturbação mental (p. ex., perturbação depressiva maior, esquizofrenia).

Subtipos

As PN Podem assumir diferentes subtipos que podem coexistir, que devem ser determinados:

- Doença de Alzheimer
- Degeneração lobar frontotemporal,
- Doença com corpos de Lewy
- Doença vascular- Lesão cerebral traumática
- Uso de substância/medicamento
- Infecção por HIV
- Doença de príon
- Doença de Parkinson
- Doença de Huntington
- Outra condição médica,
- Múltiplas etiologias,
- Não especificado