

Relatório de Estágio

Ângela Alexandra Monteiro da Silva de Sousa Nogueira

Relatório de Estágio Curricular Integrado no Mestrado em
Psicologia da Saúde e Neuropsicologia

Gandra, janeiro de 2020

Relatório de Estágio

Ângela Alexandra Monteiro da Silva de Sousa Nogueira

Nº22673

Supervisão: Professora Maria Emília Areias

Relatório de Estágio Curricular Integrado no Mestrado em Psicologia da
Saúde e Neuropsicologia

Gandra, janeiro de 2020

Agradecimentos

À **minha orientadora** pela disponibilidade, confiança, carinho, atenção e apoio que foi prestando ao longo de todo o estágio, não há palavras para agradecer o quão enriquecedor foi tê-la como orientadora.

À **Diretora do Serviço de Psicologia**, pela exigência mantida, pelo encorajamento e pela recepção durante todo o percurso.

Ao **Coordenador da Equipa de Psiquiatria e Psicologia de Ligação**, pelo apoio, pela ajuda e pela boa disposição no local de trabalho.

À **Professora Doutora Maria Emília Areias**, pela disponibilidade mantida ao longo destes meses, pelos ensinamentos e coragem transmitidos.

A todos os **profissionais** do Centro Hospitalar, pela excelente recepção e carinho demonstrado ao longo do meu percurso de estágio.

Aos meus **amigos**, em especial ao **Ricardo**, à **Joana** e à **Isabel**, pelo apoio e força prestados quando necessário, pela amizade e cumplicidade, pelas horas passadas sempre juntos, por estarmos sempre unidos, por estarem comigo quando eu mais precisei.

Ao **Tiago**, pelo amor, pelo carinho, pela paciência, pela coragem transmitida e por ter sempre acreditado em mim.

À minha **irmã**, por estar sempre comigo e apoiar-me diariamente, pelo amor, pelo carinho, pela amizade, por ser muito chata, mas por me encorajar sempre.

Aos meus **pais**, aos mais importantes e impulsionadores de todo este meu percurso, pela confiança depositada em mim, pela atenção, pela coragem, pela educação que me foi dada, por estarem sempre comigo e nunca me deixarem desistir.

Aos meus **avós** por acreditarem sempre em mim e estarem sempre comigo, em especial ao meu **avô** que estará para sempre comigo.

Obrigada a todos do fundo do meu coração!

Índice

Introdução	1
I. Caracterização do Local de Estágio.....	2
II. O papel do psicólogo em contexto hospitalar.....	3
III. Descrição das atividades de estágio.....	4
3.1. Observação.....	4
3.2. Avaliação Psicológica e Neuropsicológica.....	4
3.3. Observação de Avaliação Psicológica em Crianças	6
3.4. Consultas de Psicologia	6
3.5. <i>Journal Club</i> - Formações	7
3.8. Unidade de Psiquiatria e Psicologia de Ligação.....	8
IV. Atividades desenvolvidas durante o Estágio	9
4.1. Apresentação de um Caso Clínico para os alunos de 3º ano de licenciatura.....	9
4.2. Reuniões de Supervisão	9
4.3. Apresentação “Mãe – Bebê – primeiras semanas”	9
4.4 Exemplos de Consultas Psicológicas Realizadas Autonomamente.....	10
V. Estudo de Caso	13
Identificação.....	13
Motivo e Pedido.....	13
História de Vida	13
Genograma.....	16
VI. Enquadramento Conceptual.....	18
Processo de Intervenção Psicológica	18
Reflexão do Caso D	25
Conclusão.....	27
Bibliografia	29

Introdução

O presente relatório inserido no âmbito do Estágio Curricular do Mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia, efetuado no Centro Hospitalar, Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental que tem como principal objetivo descrever esse mesmo estágio, a descrição da instituição onde o estágio foi realizado, definir o papel do psicólogo neste departamento, assim como as atividades realizadas durante o estágio.

O estágio curricular é de facto uma das componentes mais importantes no percurso académico, visa a aprendizagem e consolidação dos conhecimentos adquiridos durante a formação académica, é então o primeiro contacto com a experiência profissional e com aquilo que iremos fazer no nosso futuro percurso profissional.

Decorreu então no centro hospital sob supervisão da Professora Maria Emília Areias. Teve início no dia 9 de outubro, terminando no dia 3 de julho de 2019. As horas propostas e obrigatórias para o estágio eram 420h, inicialmente foi definido um horário semanal, em que o número total de horas foi dividido por semanas, sendo que iniciava à Segunda-feira das 8h30 às 11h30, Terça-feira das 9h às 11h, Quarta-feira das 8h30 às 13h e das 14h às 16h e Sexta-feira das 8h30 às 12h. Assim inicialmente o número total de horas semanais perfazia as 15h30 semanais, no entanto, o horário foi sendo adaptado às necessidades do hospital e das respetivas equipas onde estive inserida.

Estas horas estabelecidas foram ultrapassadas devido às necessidades de continuidade do acompanhamento dos pacientes e continuidade do apoio às equipas.

I. Caracterização do Local de Estágio

O estágio decorreu no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental (DPSM) do Centro Hospital que é constituído pelo Serviço de Psiquiatria de Adultos, pela Unidade de Psiquiatria da Infância e da Adolescência e pela Unidade de Psicologia, no decorrer do estágio ambas as unidades passaram a serviço.

De momento o acesso à consulta externa de Psicologia é realizado através do encaminhamento por parte de profissionais de saúde, nomeadamente psiquiatras e pedopsiquiatras. Os pedidos realizados pelo médico de família são triados por um psiquiatra e posteriormente encaminhados para o Serviço de Psicologia, caso cumpram os critérios de referenciação. No caso de um paciente ser acompanhado por psiquiatria, e necessitar de acompanhamento conjunto de Psicologia é então encaminhado para benefício próprio, de igual forma as avaliações psicológicas são pedidas de acordo com a provável patologia ou necessidade de entender de uma forma mais aprofundada o funcionamento do paciente.

O departamento disponibiliza cuidados assistenciais especializados a doentes agudos e crónicos, com o objetivo de uma melhoria na qualidade de vida da população e a aproximação dos profissionais de saúde aos utentes e aos seus cuidadores para promoção da saúde e proximidade.

Neste existe o internamento completo de psiquiatria e internamento parcial, o Hospital de Dia (durante todo o ano, exceto fins-de-semana e feriados, sendo um serviço para pacientes que tenham estado internados ou que precisem de ocupação diária. São realizadas diariamente atividades, o funcionamento decorre entre as 9h e as 16h, já as consultas externas dadas à população têm início às 8h00 e término às 20h).

Relativamente ao material técnico mais frequentemente utilizado neste Centro Hospitalar, os instrumentos de avaliação psicológica em uso são, por exemplo: *Escala de Inteligência de Wechsler para Adultos* – Terceira Edição (Wais – III), para avaliação do QI ; *Symptoms Checklist* (SCL-90) e *Brief Symptoms Inventory* (BSI), para avaliação da Psicopatologia; *Inventário Multifásico de Personalidade de Minnesota* (M.M.P.I.) e o *NEO PI-R* – Inventário de Personalidade NEO Revisto, para avaliação da personalidade; *Teste da Figura Complexa de Rey*, para avaliação da lesão orgânica cerebral, Avaliação

Cognitiva de *Addenbrooke* (ACE-R) e a Entrevista de Diagnóstico de Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção em adultos (DIVA 2.0).

II. O papel do psicólogo em contexto hospitalar

Os psicólogos da saúde podem trabalhar em diferentes contextos do sistema de saúde, quer a nível dos serviços públicos no Serviço Nacional de Saúde, quer ao nível de serviços privados (consultórios, clínicas, empresas) e do setor social (Teixeira, 2004).

Em qualquer caso, trabalham em colaboração com outros técnicos, fazendo parte de uma equipa multidisciplinar. Técnicos como médicos, enfermeiros, técnicos de serviço social, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, nutricionistas, etc.). Podem ainda trabalhar em universidades, nas áreas do ensino, formação e investigação e em organismos do Ministério de Saúde (Teixeira, 2004).

A intervenção em Centros de Saúde e em Hospitais deve ser conceptualizada na tripla dimensão de intervenção, com os utentes, técnicos e na organização (Trindade & Teixeira, 2002).

Os psicólogos da saúde aplicam as teorias e as evidências da ciência psicológica à saúde (e à doença), procurando provocar mudanças que conduzam a comportamentos saudáveis. O seu conhecimento sobre os aspetos motivacionais, cognitivos e inconscientes dos hábitos e comportamentos humanos é fundamental para iniciar e manter ações que previnam doenças e promovam a saúde (Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2016).

A sua intervenção tem como objetivo geral melhorar a saúde e a qualidade de vida da população assim como melhorar a qualidade do sistema de saúde. Contribuem para o desenvolvimento saudável e integral, bem-estar e saúde física e psicológica (Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2016).

No Centro Hospital onde estive inserida, o psicólogo faz parte de uma equipa multidisciplinar, constituída por médicos, enfermeiros e assistentes sociais.

Os serviços disponibilizados pelo Serviço de Psicologia passam por diversas avaliações psicológicas (personalidade, desempenho intelectual, deterioração mental, psicopatologia, etc.), psicoterapia individual, em grupo na criança, no adolescente e adulto (Grupo de Latência, Grupo de Auto-controle ponderal, Grupo de Apoio ao doente em luto

patológico), apoio à família, apoio aos cuidadores formais e informais, técnicas de relaxamento, reuniões clínicas e de supervisão, promoção da articulação com comunidades, hospital de dia, intervenção em crise, psicologia de ligação, formação aos colaboradores do Centro Hospitalar e a psicólogos estagiários curriculares e no âmbito do protocolo estabilidade com a OPP.

III. Descrição das atividades de estágio

3.1. Observação

Inicialmente durante os primeiros 3 meses de estágio no centro hospitalar, estes foram dedicados à observação de consultas realizadas pela psicóloga orientadora, também á observação de grupos onde estive inserida e à observação das reuniões e consequentes entrevistas a pacientes por parte da Equipa de Ligação, com vista a iniciar a prática clínica de uma forma autónoma.

Relativamente aos grupos terapêuticos realizados no internamento completo, foi possível a participação nas reuniões semanais de preparação para fim de semana e chegada de fim-de-semana e também no grupo de relaxamento (Anexo I). Nos restantes grupos, grupo de cuidadores, relaxamento para grávidas e também no grupo de competências tive o privilégio de ter o papel de observadora.

A fase de observação foi muito importante para mim, um processo de aprendizagem contínua, pois foi dos primeiros contactos com a prática clínica, sendo que, levou ao desenvolvimento de técnicas e competências para mais tarde aplicar em consulta.

3.2. Avaliação Psicológica e Neuropsicológica

Testar ou avaliar, são conceitos usados diariamente, no entanto, a avaliação psicológica é um conceito muito mais amplo do que isso, a avaliação psicológica refere-se à atividade científica e profissional de recolher, avaliar e integrar informações sobre um assunto usado, sempre que possível, recolher através de diferentes fontes as informações de

acordo com um plano previamente estabelecido para responder à questão do paciente (Ballesteros, et al., 2001).

A avaliação psicológica é um conjunto de atividades científicas e profissionais em muitos contextos de aplicação. Assim, quando os psicólogos clínicos diagnosticam ou tratam um paciente, os educacionais aconselham alunos, quando os organizacionais examinam candidatos e quando na Psicologia forense os psicólogos estão envolvidos em decisões do tribunal, devem realizar uma avaliação psicológica (Ballesteros, et al., 2001).

Pode-se até dizer que a avaliação psicológica está presente, de uma maneira ou de outra, em todos os contextos da Psicologia aplicada (Ballesteros, 1999).

Passando a fase de observação, iniciei autonomamente a realização de avaliações neuropsicológicas, ou seja, passei a ter contacto direto com esses mesmos pacientes e com os testes psicológicos usados na instituição. Iniciei então a aplicação dos instrumentos de avaliação de acordo com os pedidos realizados por parte dos psiquiatras. Foram realizadas cerca de 20 avaliações psicológicas e neuropsicológicas. Administradas as provas, procede-se à cotação dos instrumentos para a realização do relatório da avaliação para anexar ao processo clínico do paciente (Anexo II).

Existindo um número muito extenso de testes psicológicos e neuropsicológicos, o Centro Hospitalar tem um protocolo definido pelo Serviço de Psicologia dos testes a usar no departamento, passo a citar os testes que foram por mim utilizados: *Escala de Inteligência de Wechsler para Adultos – Terceira Edição* (Wais – III), para avaliação do QI; *Symptoms Checklist*(SCL-90) e *Brief Symptoms Inventory* (BSI), para avaliação da Psicopatologia; *Inventário Multifásico de Personalidade de Minnesota* (M.M.P.I.) e o *NEO PI-R – Inventário de Personalidade NEO Revisto*, para avaliação da personalidade; *Teste da Figura Complexa de Rey*, para avaliação da lesão orgânica cerebral, *Avaliação Cognitiva de Addenbrooke*(ACE-R) e a *Entrevista de Diagnóstico de Perturbação de Hiperatividade e Déficit de Atenção em adultos* (DIVA 2.0).

Em todas as avaliações realizadas, existiu um pedido que parte do médico psiquiatra, por norma especifica o objetivo do pedido de avaliação e/ou as provas que pretende que se passe ao paciente, o que torna a nossa escolha menos flexível para a escolha de provas adequadas à problemática/patologia do paciente.

3.3.Observação de Avaliação Psicológica em Crianças

Inicialmente foi-me proposto a observação de avaliações em crianças, que aceitei. Observei duas avaliações psicológicas na consulta da Psicóloga Infantil, a primeira observada foi a Escala de Inteligência Wechsler para Criança - WISC (criança com 7 anos) e a segunda observação foi a Escala de Desenvolvimento Mental Griffiths (criança com 4 anos).

3.4.Consultas de Psicologia

A consulta psicológica no meu local de estágio é realizada entre o paciente e o psicólogo, no entanto, se necessário, ocasionalmente pode ser realizada com algum familiar próximo, por necessidade de recolha de informação ou por vontade do familiar por algum motivo em específico, por norma cônjuges, filhos ou pais.

Posto isto, passando a fase de observação tive oportunidade de me tornar autónoma e poder preparar e realizar consultas. Considero esta uma grande fase de aprendizagem, onde tive de ultrapassar dificuldades, no entanto, apesar de ter autonomia, sempre que ocorriam dúvidas questionava a minha orientadora com o objetivo de alcançar ajuda, conselhos e orientação, também as reuniões de supervisão foram uma grande ajuda.

Em todo este processo de aprendizagem tive oportunidade de ter contacto com diversas patologias: na idade jovem-adulto - desde as dificuldades de definição de orientação sexual, perturbação de hiperatividade e défice de atenção, dificuldades sociais e de criação de competências; na idade adulta - desde problemas de ansiedade, depressão, luto, luto complicado/prolongado, stress pós-traumático, perturbações de ajustamento, alcoolismo, problemas familiares, infertilidade e défices cognitivos e na terceira idade - os problemas encontrados seriam devido a sintomatologia ansiosa e depressiva, quadros demenciais em curso e défices cognitivos.

Dado o término da sessão de psicoterapia individual, é necessário escrever no diário clínico um resumo claro e coerente daquilo que foi abordado durante a sessão, assim como o exame do estado mental (postura, humor, discurso, orientação auto e alo psíquica, alterações no padrão do sono e apetite, estado de consciência, juízo crítico e insight), possíveis informações importantes para os colegas de outras especialidades clínicas, de forma a terem acesso à informação.

3.5. Journal Club - Formações

Semanalmente existe no departamento uma espécie de reunião para apresentação e discussão de casos clínicos, também atualizações de patologias e outras temáticas importantes e de interesse.

No meu ponto de vista, considerei estas reuniões bastante enriquecedoras, visto termos oportunidade de conhecer diversos casos clínicos, diferentes opiniões e perspectivas. Também a vertente mais farmacológica se revelou importante para aprofundar conhecimentos da medicação prescrita aos pacientes na consulta de Psicologia.

Particpei ainda em formações que ocorriam no Centro Hospitalar, sobre o “Dia Nacional da Prevenção contra o Cancro da Mama – A Mulher com Cancro da Mama” e “Dia Mundial da Saúde Mental - Irmãos e Saúde Mental”, por exemplo.

3.6. Grupo de Relaxamento para Grávidas

O grupo de relaxamento para grávidas, trata-se de sessões de relaxamento, com base no treino autógeno de Schultz. As sessões são estruturadas e dinamizadas por profissionais habilitados para o efeito (um Psiquiatra e um Psicóloga). O Treino Autógeno de Schultz é uma técnica de relaxamento que incorpora corpo e mente, levando a uma sensação de relaxamento total. Sessões estas realizadas todas as sextas-feiras das 11h30 ao 12h30, têm como objetivo contribuir para o aumento da sensação de bem-estar psíquico e relaxamento, estimular a expressão de sentimentos e emoções, a sensibilidade proprioceptiva e a aprendizagem/aquisição de novas técnicas que permitam reduzir os estados de ansiedade e tensão emocional.

3.7. Grupo de Apoio aos Cuidadores de Doentes com Demência

Trata-se de um grupo que conta com técnicos multidisciplinares, do Serviço de Psicologia, Serviço de Enfermagem e Serviço Social, e que visa criar respostas de apoio especializado às necessidades dos cuidadores informais. Proporcionando um espaço de partilha de experiências com outros cuidadores, promovendo conhecimentos e procedimentos relativos à tarefa de cuidar de alguém com Demência. Dotando o cuidador de estratégias de *coping* potenciadoras do seu próprio auto-cuidado.

Os objetivos gerais da terapia de grupo são a melhoria dos cuidados prestados, o alívio da tensão emocional que sobrecarrega os cuidadores informais e a promoção de estratégias de auto-cuidado de forma a prevenir potencial psicopatologia.

3.8.Unidade de Psiquiatria e Psicologia de Ligação

Durante estes 10 meses de estágio, fiz parte desta Unidade de Ligação, sendo constituída por uma equipa multidisciplinar, fazem parte dois psiquiatras e uma psicóloga. O objetivo principal da Unidade consiste na prestação de consultoria, em contexto hospitalar, de forma a possibilitar a otimização dos tratamentos em curso. A sua principal atividade assistencial passa por garantir apoio psiquiátrico e psicológico a doentes internados (Consulta Interna) nas diferentes enfermarias médicas e cirúrgicas. Disponibiliza ainda acompanhamento psicoterapêutico individual e/ou em grupo para doentes e familiares de doentes internados ou acompanhados em consulta de especialidades no Centro Hospitalar (doentes com dor crónica, doença do neurónio motor ou doença de Steinert).

As equipas multidisciplinares destas especialidades fazem um pedido de colaboração à nossa equipa, o caso é discutido em equipa e determina-se se é um caso para psiquiatria em casos de agitados noturnos, em que há a necessidade de ajuste terapêutico, ou se é mais benéfico para o paciente receber acompanhamento psicológico. Nestes pedidos, os motivos em que a Psicologia intervém, são por norma casos de recusa alimentar, quadros depressivos, internamentos prolongados, problemas familiares, alcoolismo, entre outros. Realizamos então uma recolha da história de vida do paciente, percebemos se há a necessidade de ajuste terapêutico que pode ser feito em conformidade com os psiquiatras da equipa, alterações preocupantes ou problemas que possam interferir com o internamento e estado emocional do paciente.

IV. Atividades desenvolvidas durante o Estágio

4.1. Apresentação de um Caso Clínico para os alunos de 3º ano de licenciatura

No âmbito das reuniões de supervisão, foi proposto por parte da Professora Maria Emília Areias, aos estagiários apresentarem um caso clínico aos colegas de 3º ano. Tendo o objetivo de mostrar um pouco da prática clínica, descrevendo o caso, assim como o que foi realizado em cada sessão com a paciente.

4.2. Reuniões de Supervisão

Por parte da faculdade, inicialmente foram realizadas reuniões semanais ao longo de todo o percurso de estágio, sendo neste caso a Professora Maria Emília Areias a minha supervisora. Reuniões estas com o intuito de esclarecer dúvidas, escolha de casos e discussão dos mesmos, apurar pontos de vista diferentes, sendo que a professora nos ajudava a guiar as consultas, o importante a perceber, o que fazer a seguir, o possível tema a tratar, etc. Mais tarde as reuniões passaram a ser de acordo com as nossas necessidades, existindo dúvidas à cerca dos casos clínicos que acompanhávamos ou até mesmo acerca da cotação de certos instrumentos.

4.3. Apresentação “Mãe – Bebê – primeiras semanas”

Propuseram-me a apresentação de um *power-point* da autoria de uma psicóloga do Centro Hospitalar que aceitei de imediato, percebendo a confiança que em mim foi depositada. (Anexo III)

O objetivo da apresentação foi apresentar e fornecer alternativas para gerir as primeiras semanas pós-parto, ou seja, falar sobre a amamentação, a imagem corporal e o apoio do parceiro, sobre a sexualidade, os mitos e bem estar psicológico, fornecendo aos pais informação à cerca do que é normal e a partir de que momento é preciso ter em atenção certos sintomas que podem indicar sintomatologia depressiva ou psicose pós-parto. Feita a sessão de esclarecimentos o *feedback* obtido pela equipa multidisciplinar que compõe este projeto (Pediatra, Obstetra e Nutricionista), foi muito positivo. A confiança e o reconhecimento de todos foram extremamente gratificantes para mim.

4.4 Exemplos de Consultas Psicológicas Realizadas Autonomamente

Acompanhamentos Psicológicos Individuais			
Identificação	Problema	Abordagem terapêutica	Eficácia
S.S. 56 anos (6 consultas...)	Sintomatologia ansiosa e depressiva	Abordagem TCC, reestruturação cognitiva.	Acompanhamento em curso.
S.M. 42 anos (4 consultas)	Crises de Ansiedade e pânico	Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson (Anexo I); Abordagem TCC, reestruturação cognitiva.	Aguardo data para remarcação.
C.R. 41 anos (4 consultas)	Sintomatologia depressiva, baixa auto-estima.	Abordagem TCC, reestruturação cognitiva. Trabalho de aumento da auto-estima.	Aguardo data para remarcação.
A.M. 49 anos (4 consultas)	Papel de Cuidadora	Objetivo de participar no Grupo de Cuidadores que foi rejeitado pela paciente.	Alta
M.C. 54 anos (4 consultas)	Acompanhado desde o seu internamento no CH, por explosão de pólvora e possíveis sequelas psicológicas.	Criação de relação terapêutica, reconstrução do evento traumático.	Alta (Preferência pelo psiquiatra do seguro da empresa)

<p>T.S. 31 anos (1 consulta)</p>	<p>Perturbação de Stress Pós-Traumático Ansiedade com ruminações e preocupações constantes.</p>	<p>-----</p>	<p>Mudança de psicóloga para continuar acompanhamento com a mesma.</p>
<p>D.O. 35 anos (10 consultas...)</p>	<p>Ideação suicida e ansiedade.</p>	<p>Abordagem TCC, reestruturação cognitiva.</p>	<p>Acompanhamento em curso.</p>
<p>S.R. 44 anos (3 consultas)</p>	<p>Sintomatologia Depressiva.</p>	<p>Abordagem TCC, reestruturação cognitiva.</p>	<p>Alta por abandono.</p>
<p>M.S. 36 anos (2 consultas)</p>	<p>Sintomatologia depressiva, baixa auto-estima.</p>	<p>Abordagem TCC, reestruturação cognitiva.</p>	<p>Alta por vontade própria.</p>
<p>A.F. 62 anos (4 consultas)</p>	<p>Dificuldades de adaptação, luto.</p>	<p>Abordagem TCC, reestruturação cognitiva, demonstração da realidade e ajuda a adaptar-se às novas mudanças. Abordagem psicológica ao luto (inicialmente Luto Antecipatório).</p>	<p>Acompanhamento em curso.</p>

F.R. 48 anos (5 consultas)	Perturbação Obsessivo – Compulsivo.	Abordagem TCC, reestruturação cognitiva.	Acompanhamento em curso.
R.N. 60 anos (3 consultas)	Perturbação depressiva, possível Perturbação Bipolar.	Abordagem TCC, possível inserção no grupo de competências.	Acompanhamento em curso.

Após os vários acompanhamentos, a escolha deste caso, foi feita por ter sido aquele que teve o acompanhamento mais longo e mais desafiante, e que contribuiu de forma mais definitiva para a consolidação de conhecimentos adquiridos na formação académica, obrigando ao estudo, pesquisa e reflexão continuada ao longo do percurso.

V. Estudo de Caso

Identificação

D tem 35 anos, nasceu em novembro, é do sexo feminino e reside com os pais. De momento, trabalha numa Confeção como costureira.

Motivo e Pedido

Foi encaminhada para consulta de Psiquiatria, onde existiu encaminhamento para Psicologia, por tentativa de suicídio em janeiro de 2019.

A paciente refere dificuldades em lidar com a ansiedade e preocupação gerada pela separação do ex-marido, com conseqüente perseguição, violência psicológica e ameaça por parte do ex-marido. Esta situação já se estende desde setembro de 2018, D não consegue controlar a ansiedade e refere que o suicídio surge ainda como boa solução para todos, visto o ex-marido ameaçar a família e também o atual companheiro.

Segundo o médico psiquiatra a paciente tem uma depressão recorrente com ideação suicida.

História de Vida

A gravidez de D foi desejada e planeada, sem problemas recorrentes, nasceu por parto eutócico e sem complicações associadas. A doente reporta que, pelos testemunhos da mãe, a gravidez foi vivida com calma e felicidade “*a gravidez da minha mãe passava despercebida, era tão calma, sem enjoos e essas coisas*”, refere a relação dos pais como sendo estável e harmoniosa. A nível do desenvolvimento psicomotor (controlo de esfíncteres, linguagem e motricidade), tudo decorreu dentro da normalidade, sem alterações ou doenças registadas ao longo do seu crescimento.

A infância da paciente decorreu sem alterações relevantes, no entanto, afirma ter sido uma criança muito irrequieta, teimosa e traquina. “*Tenho saudades da minha infância, eramos tão inocentes, obrigar amigos a comer bichos, jogar futebol, comer bolos de terra. Era muito teimosa, uma desgraça para comer, era respondona.*” (sic.)

Durante a sua infância esteve aos cuidados da avó materna, não frequentou o pré-escolar, no entanto a sua avó acabou por falecer quando D tinha 12 anos, sendo que a

paciente refere este como um acontecimento “*forte e marcante*” (sic.), na sua vida. “*A minha avó faleceu à minha frente e do meu irmão...Dormia com ela, era tão meiga. Tenho tantas saudades dela.*” (sic.) Relativamente ao avô materno, faleceu quando a paciente tinha 5 anos, relembra o avô como sendo uma pessoa muito inteligente. “*Era muito inteligente na matemática, ensinava as pessoas a fazer contas.*” (sic.)

Relativamente à avó paterna, descreve-a como sendo uma pessoa muito “*má*”. “*Nem queria ter ligação... Lembro-me de ela me dizer que não gostava de mim, não queria que o meu pai casasse com a minha mãe porque eram muito novos, mas o meu pai queria era sair de casa...*” (sic.)

Cresceu e viveu com os pais, irmão mais velho e avós maternos, considera-se uma criança muito ativa, alegre, brincalhona e carinhosa, refere uma estrutura familiar consistente, recorda bons momentos passados no seio familiar. Refere como marcante o facto de durante anos não passar o Natal e a Páscoa com a mãe, pois era cozinheira e estava sempre a trabalhar. “*Até aos 12 anos não me lembro de passar uma Páscoa e Natal com a minha mãe, era cozinheira, estava sempre a trabalhar, depois deixou o restaurante e começou a tomar conta de crianças.*” (sic.)

O aparecimento da menarca ocorreu aos 10 anos de idade, segundo a paciente foi um choque, no entanto adaptou-se às mudanças corporais. “*Antigamente não tínhamos tanta informação, não sabia o que era aquilo, mas depois de me explicarem fui-me adaptando bem.*” (sic.)

Vive com os pais desde janeiro de 2019, tem um irmão mais velho de 43 anos, tem uma estrutura familiar sólida, descrevendo-a com a palavra “*união*”: “*eu e o meu irmão andávamos sempre pegados, mas não conseguimos viver um sem o outro. Apoiamo-nos muito uns aos outros.*” (sic.)

A nível escolar, D refere ter adquirido rapidamente conhecimentos e descreve a aprendizagem e aproveitamento escolar como “*bons*”. A sua integração escolar foi inicialmente bastante negativa, D recorda o primeiro dia de aulas como “*No primeiro dia de escola, dizia que ia fugir, não queria ir para a escola, mas depois do primeiro dia comecei a adorar.*” (sic.) Teve facilidade em comunicar e estabelecer relações com os colegas de turma.

A sua adolescência foi passada de uma forma muito calma, segundo a paciente era muito “*inocente*”, no entanto, não ocorreram acontecimentos marcantes, tanto a nível emocional como físico. Tudo decorreu dentro da normalidade. “*Gostava muito de jogar à bola e de batermos uns nos outros, era muito inocente, só depois dos 18 anos percebi o que era ter um namorado.*” (sic.)

Na adolescência D continuou a revelar boa capacidade de aprendizagem e integração na escola, estabelecendo novas amizades e objetivos de vida.

Após o término do ensino secundário D ficou colocada numa Universidade em Direito, no entanto, não ingressou no curso por incapacidade financeira dos pais. Acabou então por entrar no mundo do trabalho, iniciou a sua atividade profissional na confeção.

A paciente descreve-se como bastante ativa, gostando de se manter ocupada, gosta de praticar exercício físico e tem como sonho e objetivo futuro estudar na área da confeção para poder progredir na carreira profissional que tanto gosta. “*Quero estudar a costura, os cortes, perceber mais sobre o que tanto gosto de fazer.*” (sic.)

Foi na idade adulta que surgiram complicações e dificuldades na vida de D. Casou com 32 anos, após uma relação que já durava há 3 anos, no total estiveram 6 anos juntos, visto ter-se divorciado após 3 anos de casamento.

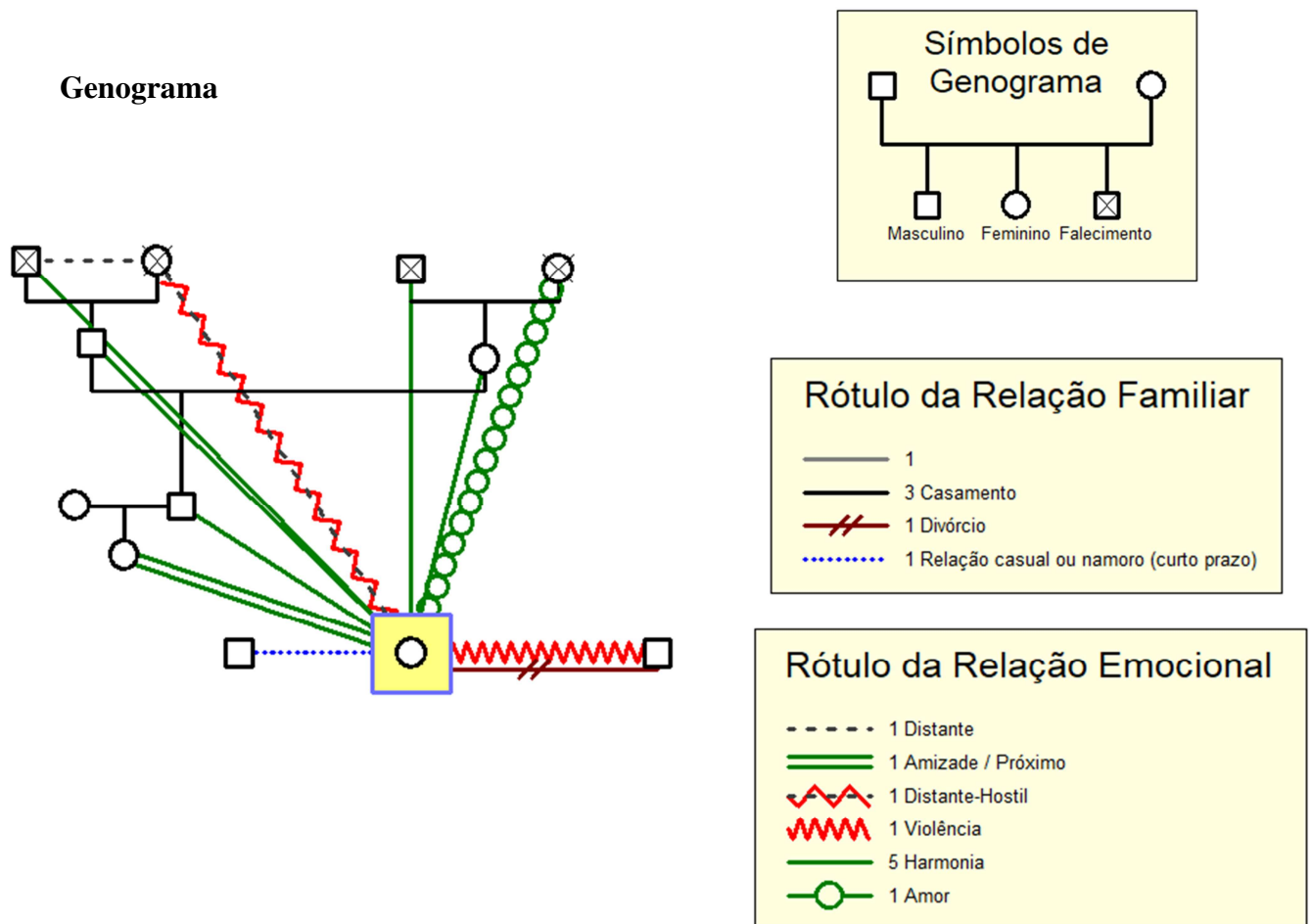
Segundo a paciente sofreu de violência psicológica no casamento nomeadamente, proibições e restrições de vestuário de saídas e vida social. Revelando-se uma relação marcada pelo sentimento de posse constante.

Passou meses a ser perseguida e ameaçada pelo ex-marido. Foi em janeiro de 2019, no dia da passagem de ano que D tentou o suicídio, após ameaças à própria, mas também a familiares, tentativas de destruição do seu veículo pessoal, nessa noite assaltaram o seu apartamento, com remoção de todos os itens pessoais, exceto as prendas que o ex-marido lhe teria oferecido.

Em reação ao acontecimento, tentou o suicídio através de ingestão medicamentosa. “*Estava farta que sofressem por minha culpa, pintou os muros dos meus pais, ameaçava o meu atual namorado, perseguia-me, via-o em todo o lado... a única maneira de acabar com isto era eu desaparecer... “Não aguentei mais, estavam todos a sofrer por minha culpa, se eu desaparecesse tudo acabava...”*” (sic.).

Foi então, no decurso desta situação que recorreu ao Serviço de Urgência do Hospital, tendo sido descoberta uma gravidez do atual namorado, a que pôs termo, por não se sentir preparada emocionalmente para cuidar de uma criança. “*Não tinha capacidade de cuidar de um bebé naquela altura, nem para cuidar de mim... foi uma decisão muito bem pensada e tomada por mim e pelo meu namorado.*” (sic.)

Recentemente, tem uma relação um pouco instável, no entanto, tem vindo a ser estabilizada, tem convivido com amigas e colegas de trabalho, saído para convívio em festas e cafés, visto que, de momento não se sente tão ansiosa e preocupada com o aparecimento do ex-marido.



A forma como a paciente interpreta os acontecimentos é um ponto fulcral. Segundo Teasdale (1983), se juntarmos as memórias, os eventos correntes e os sintomas de depressão através de alterações na acessibilidade, a depressão vai levar a interpretações negativas da experiência, no entanto, essa negativa interpretação também pode levar a todo

o resto, considerando isto como sendo a relação recíproca entre a depressão e a cognição, que pode atuar para manter o estado depressivo.

Além de fatores biológicos, os fatores psicossociais são de grande importância para determinar em que direção gira este círculo vicioso, (1) a natureza do input ambiental, tanto criado pela própria atividade da pessoa como determinado pelos outros à sua volta; (2) a natureza dos conhecimentos (memórias, interpretações) que se tornam acessíveis - de humor deprimido; (3) o conhecimento da natureza da depressão e o seu conhecimento e prática de comportamentos de coping. Cada um destes é uma área enorme e cada classe de fatores interage com os outros (Teasdale, 1983).

O significado ou interpretação que uma pessoa atribui à sua experiência será determinado pela natureza dos conceitos interpretativos e pela “própria experiência”. O tipo de experiências vividas que a pessoa tem quando está ligeiramente deprimida é provável que sejam influências importantes que determinam se irão ou não ocorrer mais cognições depressivas e perpetuar a depressão.

As dificuldades conjugais, são suscetíveis de fornecer uma fonte contínua de experiências abertas à interpretação negativa, particularmente quando processadas através do sistema cognitivo de viés negativo da pessoa que já está levemente deprimida (Brown & Harris, 1978).

Podemos perceber a importância das cognições, o que a paciente pensa, em cada circunstância. Na tentativa de suicídio, refere tê-lo feito com o pensamento de desaparecer, acabar e evitar o seu sofrimento e o de todos à sua volta. Logo a seguir, a paciente descobre a gravidez no hospital, que refere ter sido um momento complicado, pensou que não era capaz de cuidar de um bebê, mostrou não ter capacidade emocional.

Quando regressa à sua atividade laboral, a chefe de serviço diz-lhe algo que D não gostou de “*Andas a matar os teus pais com essas atitudes.*” (sic.)

Ao longo do tempo, as ameaças, queixas apresentadas na polícia com o intuito de a prejudicar, D associa todos esses acontecimentos ao ex-marido. A paciente vive a aguardar uma próxima situação provocada pelo ex-marido.

Inicialmente D não tinha a capacidade de distanciamento, quando algo acontecia com alguém procurava a pessoa, cismava no assunto, no decorrer do acompanhamento foi notória essa mudança, após o fim da relação recente, foi capaz de com calma resolver a

situação, sem procurar a pessoa, ou ficar cismada, conseguiu esperar que fosse a pessoa a dizer-lhe alguma coisa.

Recentemente foi feita uma queixa com vista a prejudicar os pais da paciente, que segundo a mesma não tem fundamento, mas no decorrer destas situações D sente-se culpada e impotente.

VI. Enquadramento Conceptual

Processo de Intervenção Psicológica

A paciente foi encaminhada para o Serviço de Psicologia para apoio psicológico devido a uma tentativa de suicídio em janeiro de 2019, depressão recorrente e ansiedade. Todos os anos, cerca de 800 000 pessoas consomem o suicídio, mas um número significativamente mais alto atenta contra a própria vida. Todo o suicídio é uma tragédia que afeta famílias, comunidades e países inteiros e tem efeitos duradouros sobre as pessoas deixadas para trás. O suicídio pode ocorrer em qualquer momento do ciclo da vida, mas pode ser considerada a segunda principal causa de morte entre jovens de 15 a 29 anos em 2016 (World Health Organization, 2019).

O suicídio não ocorre apenas em países de rendimento alto, mas é um fenómeno global em todas as regiões do mundo. No entanto, mais de 79% dos suicídios em geral em 2016 ocorrem em países de baixo e médio rendimento em 2016. O suicídio é um grave problema de saúde pública, sendo evitáveis com intervenções oportunas baseadas em evidências e geralmente de baixo custo. Para que as respostas nacionais sejam eficazes, é necessária uma estratégia de prevenção multissetorial ao suicídio (World Health Organization, 2019).

As perturbações mentais mais comuns associadas ao suicídio são: a depressão, perturbação de humor bipolar e dependência de álcool e de outras drogas psicoativas. Esquizofrenia e certas características de personalidade também são importantes fatores de risco. A situação de risco é agravada ainda mais quando essas condições se combinam, como, por exemplo, depressão e alcoolismo; ou ainda, a coexistência de depressão, ansiedade e agitação (Bertolote & Fleischmann, 2002). O que é o caso, visto a paciente ter ideação suicida concomitante com ansiedade e depressão recorrente.

O suicídio é um complexo problema de saúde pública de importância global. O comportamento suicida difere entre sexos, faixas etárias, regiões geográficas e contextos sociopolíticos e associa-se variavelmente a diferentes fatores de risco, sugerindo heterogeneidade etiológica. Embora não exista um algoritmo eficaz para prever o suicídio na prática clínica, um melhor reconhecimento e compreensão de fatores clínicos, psicológicos, sociológicos e biológicos podem ajudar na detecção de indivíduos de alto risco e auxiliar na seleção do tratamento. Os tratamentos psicoterapêuticos, farmacológicos ou neuro modulatórios de perturbações mentais geralmente podem impedir o comportamento suicida. Além disso, o acompanhamento regular de pessoas que tentam suicídio pelos serviços de saúde mental é essencial para evitar futuros comportamentos suicidas (Turecki & Brent, 2015).

A ansiedade e os distúrbios relacionados geralmente são crônicos e a abordagem sistemática do tratamento deve incluir educação do paciente, avaliação de comorbidades e intervenções psicológicas e farmacológicas baseadas em evidências, com monitorização e duração adequados (Swinson, et al., 2006).

A depressão é uma doença comum no mundo todo, existem mais de 300 milhões de pessoas afetadas. Quando duradoura e com intensidade moderada ou grave, a depressão pode se tornar uma condição de saúde grave. Pode provocar dificuldades a nível profissional, escolar e profissional, sendo que, se prolongada pode mesmo levar ao suicídio. Apesar de existirem tratamentos eficazes, menos de metade da população afetada recebe tratamentos, devido à falta de profissionais de saúde e ao estigma social associado às perturbações mentais (World Health Organization, 2019).

A Terapia Cognitivo – Comportamental (TCC) é uma forma amplamente utilizada e eficaz de terapia para uma ampla gama de distúrbios psicológicos, incluindo a depressão e ansiedade (Hollon, Stewart, & Strunk, 2006).

Segundo a meta-análise de Dobson (1989), a Terapia Cognitivo Comportamental demonstra em vários estudos uma eficácia superior relativamente com a terapêutica farmacológica, pacientes que passaram pela terapia cognitivo comportamental. Em média, tiveram um desempenho superior a 70% dos pacientes que passaram por terapia farmacológica.

A designação mais abrangente de terapia cognitivo-comportamental (TCC) é a mais usual na atualidade, pois utiliza ao mesmo tempo intervenções típicas do modelo cognitivo,

como as técnicas destinadas à correção de crenças e pensamentos disfuncionais e incorpora técnicas comportamentais da terapia comportamental, como a exposição e o uso de reforçadores, entre outras (Cordioli & Knapp, 2008).

Um dos principais objetivos deste modelo é corrigir crenças distorcidas e, assim, aliviar os sintomas depressivos. Ensaios clínicos controlados comprovaram posteriormente que a Terapia Cognitivo-Comportamental apresentava uma eficácia semelhante à observada com o uso de antidepressivos no tratamento da depressão (Rush, Beck, Kovacs, & Hollon, 1997).

Como observado por Capron, et al., (2012), os níveis baixos de preocupação com a sensibilidade à ansiedade, a teoria sugere que esses baixos níveis possam estar associados à transição de pensamentos suicidas para comportamentos (Klonsky & May, 2014).

Exemplos de algumas adversidades que podem predispor o suicídio, incluem o abuso de álcool pelos pais, presença de abuso físico ou sexual no próprio, negligência e tensão entre os pais, levando ao desenvolvimento da psicopatologia que leva ao suicídio. Todos esses fatores de risco são identificados na literatura sobre o suicídio, e a sequência de desenvolvimento para o surgimento desses fatores de risco segue um caminho clínico claro para o desenvolvimento da psicopatologia, a ideação suicida e, eventualmente, o suicídio (Séguin, Beauchamp, Robert, DiMambro, & Turecki, 2014).

Klonsky & May (2014) consideram que a diferença entre as pessoas que têm ideação suicida e as que executam poderá ser a presença de impulsividade elevada.

O facto de a sensibilidade à ansiedade ser responsável por uma variação única nos sintomas psiquiátricos, sugere que a sua presença juntamente com construtos como patologia do humor e da ansiedade podem ser preditores de um risco de suicídio aumentado. Assim, existem evidências para justificar o estudo da sensibilidade à ansiedade como um constructo distinto (Stanley, et al., 2018).

A paciente, realizou as 10 sessões ao longo de 9 meses, com frequência quinzenal.

Na primeira consulta, a paciente apresentou-se sozinha. Foi possível perceber que D apresentava um aspeto bem cuidado, encontrava-se orientada no tempo, espaço e pessoa, vígil, calma e colaborante. Manteve um discurso lógico e coerente, manteve contacto ocular adequado, foi verbalmente colaborante com juízo crítico mantido, demonstrando insight perante a sua situação atual.

Na 1^a, 2^a e 3^a sessão, os objetivos principais centraram-se no estabelecimento da relação terapêutica empática e colaborante, com o objetivo de envolver a paciente na terapia, de modo a definir objetivos futuros. Continuadamente foi sendo realizada a recolha da história de vida da paciente, especificamente, antecedentes pessoais, familiares e psiquiátricos, explorando o percurso de D e o seu desenvolvimento de forma a poder elaborar uma história de vida completa e coerente. Continuadamente foi desenvolvida uma relação de confiança assegurando que toda a informação recolhida seria abrangida pelo sigilo profissional, posto isto, D participou de forma mais ativa nas consultas, com mais vontade e confiança para falar sobre os problemas vividos, demonstrando vontade de “mudar” e conseguir ultrapassar todos os acontecimentos vividos. O principal objetivo foi o desenvolvimento de estratégias de *coping* mais adaptativas na resolução dos problemas, fazer a paciente perceber que o suicídio não era solução.

A 4^a sessão foi dedicada a perceber as expectativas da paciente perante a terapia, quais os objetivos pretendidos, identificar estratégias para a resolução de problemas e definir objetivos a curto, médio e longo prazo com a finalidade de diminuir os níveis de ansiedade e retomar a sua rotina diária.

Na terapia Cognitivo-Comportamental são utilizadas várias técnicas e métodos em pacientes deprimidos, como por exemplo, o incremento de atividades que causam prazer, a promoção de uma comunicação assertiva, a solução de problemas e o planeamento de formas de lidar com a sintomatologia depressiva (Peterson & Halstead, 1998).

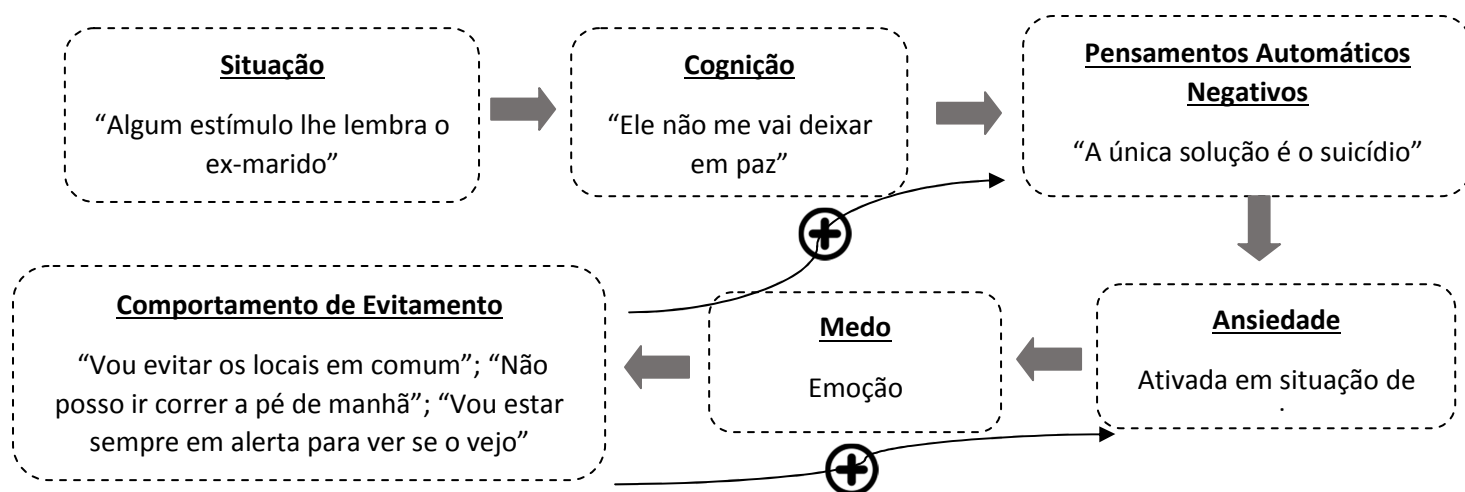
A 5^a seria uma preparação para possível alta ou espaçamento de consultas, pois a paciente encontrava-se estável, sem pensamentos suicidas, nem ameaças recorrentes, no entanto, nesta sessão D demonstra uma postura completamente oposta à última, cabisbaixo, deprimida, descreve noites mal dormidas e falta de motivação para sair de casa. Procuramos refletir sobre o motivo que levou D a pensar novamente no suicídio e contrapondo estratégias, planeando objetivos a curto prazo, neste caso de retomar atividade física que teria deixado de praticar por medo do ex-marido, motivando a presença da paciente na próxima sessão apresentando o objetivo cumprido.

Embora a depressão e a ansiedade contribuam fortemente para o risco de comportamento suicida ao longo da vida, os resultados de estudos retrospectivos e prospetivos sugerem que conflitos interpessoais, agressão impulsiva, são mais evidentes no

comportamento suicida em adolescentes e adultos jovens (McGirr, et al., 2008; Séguin, Beauchamp, Robert, DiMambro, & Turecki, 2014).

Na 6ª sessão, procuramos elucidar os motivos que levaram a paciente a ter medo, perceber quais as situações desencadeadoras de maior ansiedade e quais os pensamentos automáticos associados à ideação suicida, adaptando a sua rotina diária de modo funcional. D apresenta insónia inicial “*Não consigo dormir, penso nos problemas, mas também na necessidade que tenho de descansar...Ele já não me tem perseguido, pelo menos que eu veja...*” (sic.).

Explicamos a D. que a forma como pensa sobre uma situação determina os sentimentos relacionados com o acontecimento, usamos as experiências da própria doente para esquematizar o “ciclo vicioso” dos pensamentos automáticos negativos que conduzem ao comportamento de evitamento e consequente aumento dos níveis de ansiedade.



A 7ª sessão foi baseada essencialmente na utilização da reestruturação cognitiva de determinadas crenças e ideias que D apresentava sobre ela própria e sobre os outros, a ideia de que não poderia praticar exercício físico por medo, foi-lhe sugerido a prática num ginásio, de forma a poder estar mais acompanhada. D tinha a cognição de que um namorado era crucial na sua vida, no entanto, essa mesma cognição foi alterada, após o término de relação, conseguiu perceber que consegue cumprir o seu dia-a-dia sem dificuldades.

Esta sessão foi realizada com o objetivo de ocorrer uma melhoria e modificação significativa dos seus pensamentos que se apresentavam pouco funcionais, tentando

modificar esses pensamentos, para uma abordagem mais realista e lógica, de uma forma mais ajustada à realidade vivida pela paciente. Essa situação fundamenta a ideia de Teasdale, (1983), como já referida em cima, o modo como a paciente interpreta a situação pode de facto alterar a experiência. Se a paciente interpretar a experiência de forma negativa, parte-se do princípio que não poderá ser vista de outra forma. Neste caso, a paciente demonstra uma aprendizagem e evolução favorável, visto ser capaz de modificar cognições antigas.

Na 8ª sessão, fui reforçando a evolução favorável que D teria demonstrado ao longo da terapia, voltou ao ginásio, consegue fazer a sua rotina diária sem comprometer. Apresenta-se motivada para atingir a mudança dos pensamentos iniciais. Nesta sessão foi ainda aprofundado a história de vida da paciente na infância, visto ter falado das saudades que tinha das “brincadeiras”. *“Tenho saudades da inocência que tinha quando era criança, hoje em dia, vejo pela minha sobrinha, com 9 anos já sabe tanto, já diz coisas tão adultas.”* (sic.) A paciente referiu que a família mais próxima notou melhorias significativas no estado emocional e na vontade de viver.

É, portanto, inquestionável que a prática de exercício físico regular e de intensidade moderada promove a saúde dos indivíduos a todos os níveis, é uma ferramenta importante de saúde pública, utilizada no tratamento e prevenção de doenças físicas, bem como no tratamento de algumas doenças psiquiátricas, como perturbações depressivas e de ansiedade (Peluso & Andrade, 2005).

A 9ª sessão foi bastante importante, a paciente apresentou-se descontraída, bem-disposta, sendo notória a mudança de vestuário, sendo este mais cuidado e usp maquilhagem. *“Estou de férias doutora, tenho mais tempo para me arranjar.”* (sic.) Esta sessão foi uma sessão um pouco mais livre, em que a paciente falou dos seus sonhos, objetivos por alcançar e rotina dos últimos dias.

A 10ª sessão foi dedicada essencialmente à realização de uma revisão do trabalho feito, das diferenças sentidas ao nível da sintomatologia ansiosa. A paciente demonstrou capacidade para encontrar estratégias para a resolução de problemas *“Vieram dizer-me que o meu ex-marido já tem uma namorada, eu até disse que esperava que ele estivesse feliz e que já não queria saber disso...”* (sic.), conseguindo de forma autónoma solucionar um possível confronto por parte de uma vizinha. *“Querem meter-se na minha vida, andam sempre a dizer-me que o viram lá na minha terra, mas afinal a nova namorada dele é de lá.”*

(sic.). A paciente demonstra capacidade para realizar uma introspeção de modo a tomar decisões sobre os seus problemas e conflitos surgidos no momento. Sendo ainda capaz de se mostrar menos ansiosa em relação ao assunto anterior.

Nesta última sessão a paciente falou das melhorias sentidas, apresenta um sono regularizado que é ajudado pela toma de medicação, mas sente-se mais calma durante o dia e com menos medos. *“Tenho uma prima que não quer ir ao psicólogo porque diz que ele não a ajuda em nada, mas já lhe disse que temos de querer ser ajudados e os psicólogos não fazem nada sozinhos, temos de chegar às nossas próprias conclusões.”* (sic.) Sendo a percepção perante a terapia bastante positiva. *“Sinto-me bem e as consultas ajudam-me muito. Chego às conclusões sozinha, mas há algo que me ajuda nas consultas.”* (sic.)

Foi importante a paciente perceber que as recaídas podem acontecer, incentivar a atitude positiva e otimista, a prática de exercício físico, fazendo a paciente acreditar que é capaz de lidar facilmente com a ansiedade e medos de forma autónoma.

De momento o estágio curricular terminou, no entanto, mantenho um estágio voluntário no centro hospital com o objetivo de continuar, terminar e encaminhar os acompanhamentos em curso, sendo que esta paciente ainda se mantém em acompanhamento psicológico individual.

Reflexão do Caso D

No início do acompanhamento foi notório que D se encontrava com vergonha e dificuldades de falar sobre o acontecimento recente, a tentativa de suicídio. Após lhe ter sido explicado que todo o processo de acompanhamento era confidencial, fez-se sentir que a paciente se tornou mais comunicativa e passou então a existir uma maior interação psicólogo-paciente, de forma a estabelecer uma relação terapêutica sólida.

Inicialmente o discurso da paciente foi mais focado nos momentos problemáticos vividos com as ameaças e perseguições por parte do ex-marido, no entanto, com o passar do tempo percebi que nas consultas a paciente passou a ter a capacidade distinguir o passado do presente, demonstrando menos pensamentos à cerca do passado, focando-se na atualidade, nos sonhos e objetivos idealizados. Demonstrou ainda maior vontade de sair de casa, convivendo mais com as amigas e com o namorado atual. Visto que, inicialmente a paciente se encontrava exausta e sem vontade de sair de casa.

Para cometer ou tentar o suicídio, a pessoa tem de estar disposta ou de certa forma propensa, por outros motivos, a acabar com a sua vida, que era exatamente o que acontecia com a paciente, em momentos de desespero, tentou suicidar-se, inicialmente pelas ameaças e pelas perseguições por parte do ex-marido e voltou a pensar no suicídio quando o atual namorado lhe pediu uns dias para pensar sobre o futuro de relação, ou seja, sempre que a paciente se encontra numa situação que não sabe como ultrapassar, tem estes pensamentos suicidas.

Foi notória a melhoria por parte da paciente, a partir do momento em que a própria teve consciência e arrependimento do que fez ou tentou fazer. *“É um ato de egoísmo, não resolvo nada com aquilo... tento pensar no que os meus pais sofreram... na cara da minha mãe quando me viu naquele estado no hospital... tenho de pensar mais em mim” (sic.).*

Ocorreu ainda uma evolução ao nível do juízo crítico, visto a paciente ter capacidade nas consultas seguintes ao término da relação de pensar mais conscientemente. *“Tenho de pensar mais em mim, os outros são secundários.” (sic.)*

Inicialmente considerei importante trabalhar a sintomatologia ansiosa e depressiva, visto que eram estes os motivos que levavam ao prejuízo nas áreas de vida da paciente, tanto a nível social, como pessoal e familiar.

De momento, D apresenta melhorias significativas, no entanto, visto já terem ocorrido recaídas ao nível dos pensamentos suicidas, o acompanhamento está em curso, com a preparação de alta, proporcionando uma maior autonomia da doente para lidar com situações de crise emocional.

Será importante manter o acompanhamento para possíveis recaídas, controlo da sintomatologia ansiosa e resolução de problemas, preparando para situações de crise, como picos de ansiedade, possíveis términos de relações, separações, infidelidades. Ao longo do acompanhamento verificaram-se melhorias progressivas no controlo de ansiedade e capacidade de resolução de problemas.

A paciente apresenta agora uma maior capacidade de reflexão, postura cognitiva mais realista, demonstra capacidade desdramatização das situações vivenciadas, capacidade de autocrítica e de distanciamento quando necessário.

D fez uma aprendizagem de técnicas cognitivas e comportamentais que lhe permitiu lidar de forma mais adaptativa as situações geradoras de ansiedade. Proporcionando-lhe uma maior autonomia para responder a eventuais ataques por parte do ex-marido. Aprendendo estratégias que a ajudem a quebrar o ciclo vicioso, podendo usar essas mesmas no seu dia-a-dia sempre que considere necessário.

Conclusão

Inicialmente a realização do estágio profissional no centro hospitalar era um desafio por cumprir, no entanto, com o passar do tempo senti-me completamente integrada. Apesar de todo o receio que existente, foi uma experiência pessoal e profissional muito gratificante, poder viver e perceber as modificações e melhorias dos pacientes é, de facto, compensador.

No entanto, é necessário termos a noção de que a teoria e a prática são de todo um mundo diferente, apesar de ter a intenção de aplicar a Teoria Cognitivo Comportamental ou algo em concreto numa sessão, como um treino de competências, isso pode não ocorrer da forma prevista, pois nem sempre é possível seguir tudo que preparamos à risca, todos os pacientes são diferentes e nós próprios temos de nos adaptar às idiossincrasias de cada um. Ou seja, apesar de haver técnicas e terapias concretas, por vezes temos de contornar a rigidez dos planos para ir de encontro às necessidades da paciente. Dando um exemplo, no caso de preparar uma sessão de relaxamento, no entanto, a paciente na sessão chegar com uma temática da qual tem a necessidade de ajuda para resolução de problemas, não faz sentido colocar o problema vivenciado pela paciente de parte e concluir o previsto para a sessão, é essencial realizar uma rápida adaptação às necessidades da paciente naquele momento.

É ainda importante não generalizar os pacientes ao seu diagnóstico, pois apesar de terem o mesmo diagnóstico, podem ter comorbidades que temos de considerar. No caso da paciente, não seria suficiente abordar as problemáticas de ansiedade, depressão e ideação suicida, de forma prévia seria crucial, considerar todas as comorbidades presentes.

Toda esta experiência fez-me crescer como pessoa e como profissional, o apoio incondicional por parte dos profissionais de saúde, a transmissão de conhecimentos e experiências únicas e enriquecedoras. No então, há ainda muito para aprender.

Tive a oportunidade de ter contacto com diversos casos e patologias, que me colocaram por vezes sem saber o que fazer, e inconscientemente consegui solucionar o problema, é de facto excelente perceber que o estágio me tornou capaz de ser autónoma. Pensar como deveria agir, o que poderia ou não dizer, encontrar estratégias das quais os pacientes pudessem beneficiar. Todos estes momentos são agora gratificantes.

O estágio dá a possibilidade de contactar com a realidade, tanto a nível de psicoterapia individual, como em grupo, ainda no internamento, ter contacto com patologias diversificadas, sendo que cada pessoa é diferente de outra, tudo em conjunto tornou-se num grande desafio que consegui concluir.

Os meses iniciais são fulcrais para percebermos como funciona o hospital e os serviços, como se prepara uma consulta, como devemos lidar com certas situações, todos os dias são um desafio constante.

Também a diversidade de avaliações foi enriquecedora, tanto a nível psicométrico como a nível teórico, poder associar a história de vida a uma configuração de resultados psicométricos. Fazendo a interpretação de elementos que confluem de entrevista clínica, de observação e de recolha psicométrica estruturada numa interpretação clínica única e idiossincrática.

Todo este percurso de dez meses foi essencial para o meu futuro profissional, vendo a satisfação e o orgulho dos pacientes pela capacidade de mudar. Ajudando a melhorar a minha responsabilidade, organização e gestão de tempo, que por vezes é fundamental para os pacientes, constatando que, como estagiária tinha a possibilidade de pôr em execução estratégias psicoterapêuticas que, de forma mais regular, não estão acessíveis no nosso sistema de saúde para a maior parte dos doentes.

Bibliografia

- Ballesteros, R. (1999). Psychological assessment: Futures, challenges and progresses. *European Psychologist, 4*, 248-262.
- Ballesteros, R., 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, 17*, 187-200.
- Bertolote, J., & Fleischmann, A. (2002). Suicide and psychiatric diagnosis: A worldwide perspective. *World Psychiatry, 1*, 181-185.
- Brown, G., & Harris, T. (1978). *Social Origins of Depression*. Tavistock.
- Capron, D., K, F., Medley, A., Blagg, C., Mallott, M., & Joiner, T. (2012). Role of Anxiety Sensitivity Subfactors in Suicidal Ideation and Suicide Attempt History . *Depression an Anxiety, 29*, 195-201.
- Cordioli, A., & Knapp, P. (2008). Cognitive-Behavioral Therapy in the Treatment of Mental Disorders. *Revista Brasileira Psiquiatria, 30*.
- Dobson, K. (1989). A Meta-Analysis of the Efficacy of Cognitive Therapy for Depression. *Journal of COnsulting and Clinical Psychology, 57*, 414-419.
- Hollon, S., Stewart, M., & Strunk, D. (2006). Enduring effects for cognitive behavior therapy in the treatment of depression an anxiety. *Annual Review of Psychology, 57*, 285-315.
- Klonsky, E., & May, A. (2014). Differentiating Suicide Attempters from Suicide Ideators: A Critical Frontier for Suicidology Research. *The Official Journal of the American Association of Suicidology: Suicide and Life-Threatening Behavior 44 (1)*.
- McGirr, A., Renaud, J., Bureau, A., Seguin, M., Lesage, A., & Turecki, G. (2008). Impulsive-Aggressive Behaviours and Completed Suicide Across the Life Cycle: A Predisposition for Younger Age of Suicide. *Psychological Medicine, 38*, 407-417.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses, (2016). O Perfil dos Psicólogos da Saúde. Lisboa.

- Peluso, M., & Andrade, L. (2005). Physical Activity and Mental Health: The Association Between Exercise and Mood. *CLINICS*, *60(1)*, 61-70.
- Peluso, M., & Andrade, L. (2005). Physical Activity and Mental Health: The Association Between Exercise and Mood. *CLINICS*, *60 (1)*, 61-70.
- Peterson, A., & Halstead, T. (1998). Group Cognitive Behavior Therapy for Depression in a Community Setting: A Clinical Replication series. *Behavior Therapy*, *29*, 3-18.
- Rush, A., Beck, A., Kovacs, M., & Hollon, S. (1997). Comparative Efficacy of Cognitive Therapy and Pharmacotherapy in the Treatment of Depressed out Patients. *Cognitive Therapy and Research*, *1*, 17-38.
- Séguin, M., Beauchamp, G., Robert, M., DiMambro, M., & Turecki, G. (2014). Developmental Model of Suicide Trajectories, 205. *The British Journal of Psychiatry*, 120-126.
- Stanley, I., Boffa, J., Rogers, M., Hom, M., Albanese, B., Capron, D., Joiner, T. (2018). Anxiety Sensitivity and Suicidal Ideation/Suicide Risk : A MetaAnalysis . *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *86(11)*, 946-960.
- Swinson R, et al., (2006). Clinical practise guidelines management of anxiety disorders. *The Canadian Journal of Psychiatry*, *51*.
- Teasdale, J. (1983). Change in cognition during depression - psychopathological implications: discussion paper. *Journal of the Royal Society of Medicine*, *76*, 1038-1044.
- Teixeira, J. (2004). Psicologia da Saúde . *Análise Psicológica*, 441-448.
- Trindade, I., & Teixeira, J. (2002). Psicologia em serviços de saúde. *Análise Psicológica*, *20*, 171-174.
- Turecki, G., & Brent, D. (2015). Suicide and Suicidal Behaviour. *The Lancet*.
- World Health Organization. (2 de August de 2019). Obtido de World Health Organization: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

Anexos

Anexo I

Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson

Treino de Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson

Treino de Relaxamento para 16 grupos musculares

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

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

AGORA...

Sinta a tensão na mão, sobre as articulações e, mais acima, até ao braço.”
(manter a contração durante 15 segundos)

RELAXE...

Repare na diferença de sensações entre tensão e relaxamento.

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

(manter a descontração durante 30-40 segundos)

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

AGORA...

Sinta os músculos a puxar...

Repare como é a sensação de tensão nesses músculos, quando os puxa e os mantém duros e apertados (manter a contração durante 15 segundos)

RELAXE...

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

(manter durante 30-40 segundos)

(O mesmo que para o lado dominante)

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

AGORA...

Sinta a tensão a subir através da testa até ao crânio.
(manter durante 15 segundos).

RELAXE...

Deixe toda a tensão sair...

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

(manter durante 30-40 segundos)

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

AGORA...

Repare na sensação que é os músculos tornarem-se tensos, quando focaliza a sua atenção nas sensações associadas a essa tensão. (manter durante 15 segundos).

RELAXE...

Aprecie as sensações agradáveis associadas ao relaxamento. Não procure fazer mais nada do que centrar a sua atenção nas sensações profundamente agradáveis que flúem para essa área. (manter durante 30-40 segundos).

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

AGORA...

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

RELAXE...

Aprecie as sensações nos músculos à medida que eles se vão soltando suavemente, tornando-se descontraídos e relaxados cada vez mais profundamente... (manter durante 30-40 segundos)

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

AGORA...

Aprecie a tensão nesses músculos. (manter durante 15 segundos)

RELAXE...

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

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

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

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

AGORA...

Sinta a tensão no peito, nos ombros e na parte das costas. (manter durante 15 segundos)

RELAXE...

Descontraia-se...

Repare como eles se sentem agora, comparando com anteriormente. (manter durante 30-40 segundos)

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

AGORA...

Sinta a tensão e o aperto no estômago e aprecie as sensações associadas com isso. (manter durante 15 segundos)

RELAXE...

Deixe a tensão sair...

Repare como esses músculos ficam completamente relaxados. (manter durante 30-40 segundos)

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

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

AGORA...

Sinta a tensão e aprecie a parte de cima do músculo grande ficar dura... (manter durante 7 segundos)

RELAXE...

Deixe toda a tensão sair...

Repare naquilo que se passa à medida que os músculos se tornam mais e mais profundamente relaxados... (manter durante 30-40 segundos)

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

AGORA...

Aprecie toda a tensão na área da barriga da perna... (manter durante 7 segundos)

RELAXE...

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

Aprecie as sensações nestes músculos à medida que eles se vão libertando. (manter durante 30-40 segundos)

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

AGORA...

Aprecie a sensação de tensão, a pressão no arco e no peito do pé... (manter durante 7 segundos)

RELAXE...

Descontraia-se...

Repare como eles estão agora, comparando como anteriormente.

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

(manter durante 30-40 segundos)

Conclusão:

“Agora que já aprendeu a notar as diferenças entre estar contraído e descontraído

vai percorrer com o seu pensamento todo o seu corpo a fim de descontrair por completo qualquer músculo que tenha ainda contraído.”

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

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

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

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

“Agora que sente o seu corpo bem descontraído, coloque dentro de si a sua imagem de paz. Uma imagem que lhe dê tranquilidade, calma, serenidade, boa disposição.

Vou estar calada durante sessenta segundos para poder reviver por completo a sua imagem de paz: observe todos os pormenores... o que vê... o que ouve... o que sente... Agora calo-me para o/a deixar com a sua imagem de paz.”

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

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

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

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

Treino de Relaxamento para 4 grupos musculares

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

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

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

AGORA...

Sinta a tensão nas mãos, braços e bíceps... (Manter a contração durante 15 segundos)

RELAXE...

Repara na diferença entre tensão e relaxamento...

Focalize a sua atenção nas sensações destes músculos à medida que eles vão ficando mais e mais relaxados... (Manter durante 30-40 segundos)

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

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

AGORA...

“Sinta a tensão através de toda a área facial e do pescoço...” (Manter durante 15 segundos)

RELAXE...

Descontraia-se...

Repare como sente os músculos agora comparando com anteriormente. (Manter durante 30-40 segundos)

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

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

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

AGORA...

Sinta a tensão no peito, ombros, parte superior das costas e estômago... (manter durante 15 segundos)

RELAXE...

Descontraia-se...

Repare como esses músculos estão agora, comparando com anteriormente... (Manter durante 30-40 segundos)

“A fim de descontrair os músculos do tórax tudo quanto vai procurar fazer é respirar lentamente... tão lentamente quanto lhe possa ser possível fazê-lo. Quando alguém está nervoso a respiração torna-se rápida e superficial. Tente agora fazer o contrário: uma respiração lenta e profunda, permitindo que a ar chegue bem abaixo dos pulmões, de

forma a levantar o seu abdómen. Respire lentamente, tão lentamente quanto lhe possa ser possível fazê-lo. O controlo da respiração é um meio poderoso de se relaxar. À medida que se vai sentindo mais relaxado/a vá dizendo para si mesmo: “sinto-me descontraído/a! Afinal é fácil. Sinto-me calmo/a”. Continue a respirar sempre lenta e profundamente, tão lentamente quanto lhe possa ser possível fazê-lo.”

Agora vamos para os músculos de ambas as coxas, barriga da perna e pés. Quando eu disser AGORA, vou pedir-lhe que contraia os músculos de ambas as pernas, levantando ligeiramente as pernas da cadeira, enquanto estica os dedos dos pés para dentro. (Manter durante 5-7 segundos)

RELAXE...

Descontraia-se...

Deixe toda a tensão sair...

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

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

Conclusão:

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

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

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

Prossiga a falar consigo: “O meu abdómen, as minhas coxas, pernas e pés estão completamente descontraídos”. Se encontrou algum músculo contraído respire lentamente, tão lentamente quanto lhe possa ser possível fazê-lo e descontraia. Neste momento, que já aprendeu a descontrair todo o seu corpo vai tentar fazê-lo

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

“Agora que sente o seu corpo bem descontraído, coloque dentro de si a sua imagem de paz. Uma imagem que lhe dê tranquilidade, calma, serenidade, boa disposição.

Vou estar calada durante sessenta segundos para poder reviver por completo a sua imagem de paz: observe todos os pormenores... o que vê... o que ouve... o que sente... Agora calo-me para o/a deixar com a sua imagem de paz.”

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

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

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

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

Anexo II

Exemplar de Relatório de Avaliação

Relatório de Avaliação Psicológica

Nome: R. **Nº do Processo:**

Morada:

Motivo do Pedido da Avaliação: Paciente acompanhado por pedopsiquiatria em criança, o psiquiatra solicita uma avaliação de PHDA, com o intuito de perceber se esse diagnóstico se mantém, pedindo ainda uma avaliação da personalidade com o objetivo de conhecer melhor a personalidade do paciente, percebendo a melhor forma de trabalhar com ele.

Entrevista e Observação

(.....)

À observação vígil, calmo e colaborante.

Orientado em todas as dimensões.

Humor eutímico.

Discurso fluente, coerente e espontâneo focado (...).

Não seapura atividade heteróloga, nem ideiação suicida.

Em todo o processo avaliativo, demonstra um bom contacto ocular e uma postura adequada ao contexto.

A idade aparente coincide com a real, apresenta um aspeto cuidado no seu arranjo pessoal.

Juízo crítico mantido.

Avaliação Psicológica

Instrumentos Utilizados

MMPI - (Inventário Multifásico da Personalidade do Minnesota), para avaliação da personalidade.

DIVA 2.0 – Entrevista de Diagnóstico de PHDA em Adultos.

Instrumentos e Resultados

Relativamente ao Inventário Multifásico da Personalidade, os resultados obtidos demonstram valores significativamente elevados nas seguintes escalas, **Depressão (D)**, **Paranoia (Pa)**, **Psicastenia (Pt)** e **Esquizofrenia (Sc)**.

As escalas que permitem **validar** o teste utilizado, M.M.P.I., revelam-nos que o paciente apresenta uma atitude honesta na realização da prova.

As escalas de validade revelam que o perfil apurado é considerado **válido**.

Passamos agora a apresentar os resultados das Escalas Clínicas:

Hs (Hipocondria): 56 (resultado normativo).

D (Depressão): 85 (resultado elevada) – chegando à pontuação $T = 80$, o sujeito deve satisfazer os critérios diagnósticos para um quadro depressivo, são sujeitos descritos como apáticos, pessimistas, autopunitivos, preocupados e retraídos. Sentimentos de desmoralização e inutilidade, incapacidade de encarar o dia-a-dia de forma otimista e agradável, falta de confiança em si mesmo proveniente de uma autoimagem desvalorizada.

Hy (Histeria): 78 (resultado elevado) – são descritos como imaturos, egocêntricos, exigentes, egoístas, sugestionáveis e amigáveis. As relações com os outros são superficiais, imaturas e narcisistas. Procuram através das emoções conseguir afeição e apoio. Têm grande dificuldade em lidar com a agressão e com o stress.

Pd (Psicopatia): 78 (resultado elevado) – são descritos como imaturos, levianos, impulsivos, agressivos, irresponsáveis e anti-sociais.

Mf (Masculinidade/Feminilidade): 64 (resultado moderado) – são caracterizados por possuírem interesses estéticos, artísticos e literários. São pessoas sensíveis, introspetivas, criativas, idealistas e com amplo campo de interesses e facilidade de comunicação.

Pa (Paranóia): 81 (resultado elevado) – homens são caracterizados como sensíveis, emocionais, preocupados, generosos, agradáveis e corajosos.

Pt (Psicastenia): 92 (resultado elevado) – descritos como autopunitivos, individualistas, ansiosos, conscienciosos, tensos, medrosos, insatisfeitos, distraídos, emotivos e rígidos. Alguns sintomas são: preocupação, obsessões, fobias, medos irracionais, auto-dúvida mórbida, culpa e introspeção apreensiva.

Sc (Esquizofrenia): 99 (resultado elevado) – as notas altas devem ser interpretadas com muita prudência pois certos sujeitos não esquizofrênicos obtêm resultado elevado, como no caso dos neuróticos graves, também sujeitos muito introvertidos podem obter resultados elevados bem como os adolescentes. Neste caso, os sujeitos são descritos como confusos, retraídos, individualistas, impulsivos e não convencionais. Se **Sc** e **Pt**, como é o caso, são elevados é indicador de possível neurose.

Ma (Hipomania): 68 (resultado moderado) – quanto mais elevação se acentua mais se torna difícil de distinguir uma pessoa dita normal, energética e ambiciosa, de um sujeito hipomaníaco.

Si (Introversão/Extroversão): 53 (resultado normativo).

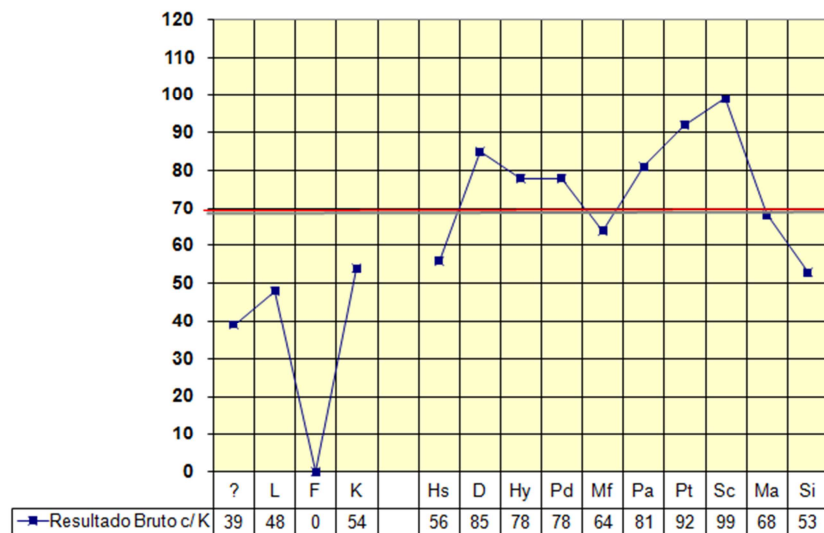


Gráfico 1 – Resultados brutos MMPI (avaliação da personalidade).

Os resultados obtidos na Entrevista de Diagnóstico de PHDA em Adultos (DIVA), são sugestivos do **diagnóstico de PHDA – 314.01 Subtipo misto**.

Conclusão

As escalas mais elevadas do Inventário da Personalidade, são a **Depressão (D)**, **Paranoia (Pa)**, **Psicastenia (Pt)** e **Esquizofrenia (Sc)**.

Segundo os resultados obtidos, estes sujeitos são pessoas imaturas, sensíveis, impulsivas, ansiosas, deprimidas, tensas, retraídas, hipersensíveis, obsessivas, interesses a nível estético, relações superficiais, com sentimentos de insegurança, inadequação e inferioridade, podendo haver problemas a nível sexual. Deve ser levado em conta o risco de suicídio, devido à elevação da escala **Depressão**, sendo que o alcoolismo e abuso de drogas são também uma possibilidade.

A predominância da escala **Psicastenia**, torna o quadro benigno, o que significa que o sujeito ainda consegue utilizar defesas do nível neurótico. No entanto, a predominância da escala **Esquizofrenia** (quando T é maior que 75) associa-se com sintomas mais a nível psicótico e o prognóstico é pior. Sendo que ambas as escalas são mais elevadas que T=75 é provável a presença de esquizofrenia, principalmente quando a tríade neurótica está baixa. Com elevação da escala da **Depressão**, a Perturbação Obsessiva – Compulsiva deve ser considerada.

Os resultados obtidos na Entrevista de Diagnóstico de PHDA em Adultos (DIVA), podemos obter o **diagnóstico de PHDA – 314.01 Subtipo misto**.

Centro Hospitalar X de X de 2019

A Psicóloga Clínica

(Dr.^a)

A Psicóloga Estagiária

(Dr.^a Ângela Nogueira)

Anexo III

PowerPoint : Apresentação “Mãe-Bebê”

A Mãe e o Bebê
As primeiras semanas
Sessão Psicoeducacional
Psicóloga

Índice

- As primeiras semanas...
- As visitas... Como gerir?
- Baby blues
- Depressão Pós-Parto
- Psicose Pós-Parto
- Amamentar ou talvez não?
- A imagem corporal e o apoio do parceiro
- A Sexualidade
- Bem-estar psicológico, é possível?
- Mitos...
- Perguntas e respostas

As primeiras semanas...

Que gorduchas! É tão perfumadas!

Sal mesmo ao lado da mãe!

É tão fofinho!! Chora muito?

Oihã como estás?! Tens do cuidar de ti!

É tão lindo!!!

Tens amamentado? É o melhor que tens a fazer, dizem que é essencial!!

Não faças assim, eles não gostam!

É a cara do pai!!

Já não aguento mais!! Não os posso ouvir!

IMPORTANTE: SER IMPERMEÁVEL

As primeiras semanas...

OS PRIMEIROS SENTIMENTOS DA LICENÇA MATERNADE

CANSAÇO

AMOR

SOLIDÃO

As primeiras semanas...

ESQUECENDO DE MUDAR DE LADO DURANTE A AMAMENTAÇÃO.

As primeiras semanas...

QUANDO O BEBÊ ADORMECE E VOCÊ REALMENTE PRECISA FAZER XXI.

As primeiras semanas...

QUANDO O BEBÊ *FINALMENTE* DORME

As primeiras semanas...

QUANDO A CAMPAINHA TOCA, TODO O TEMPO.

As visitas. Como gerir?

- Se puder, **negocie o horário e o número de visitas** (Caso não consiga, pode sempre inventar uma mentira pequenina).
- Em casa é possível **distanciar um pouco o bebé dos estímulos extra** que advém das visitas! Pode **colocá-lo a dormir noutra divisão** enquanto conversa com as visitas, permitindo que a criança descanse de modo tranquilo e não grite desmesuradamente durante a noite.
- Algumas **visitas vão querer ajudar** no verdadeiro sentido da palavra, ou seja, se tiver muita confiança com as visitas e se elas lhe perguntarem se necessitam de ajuda (e.g., fazer um jantar com ajuda ou arrumar a casa ou a roupa pode ser algo que pode pedir às visitas mais chegadas), não hesite!
- Mas cabe, também, a si **saber aceitar a ajuda** quando as pessoas querem dar-lha. Aceite, cuide do seu bebé e de si.

As primeiras semanas...

SELFIE DE MÃE



As primeiras semanas...

- Parto como período de grandes mudanças fisiológicas e sócio emocionais;
- Stress e ansiedade;
- Fase de grande instabilidade emocional e, por isso, de risco psicológico.

Baby Blues

Fase normal do período após o nascimento do bebé.

- Lapsos de memória
- Fadiga
- Ansiedade
- Inquietação
- Impaciência
- Irritabilidade
- Tristeza
- Choro sem motivo aparente

- Ocorre geralmente nos primeiros dias após o parto;
- Atinge de 50 a 80% das mulheres
- Duração de aproximadamente 10 a 15 dias
- O apoio e a participação da família é fundamental

Resolve-se espontaneamente após alguns dias

Depressão Pós-Parto

Afeta 1 em 10 mulheres

- Falta de interesse no bebé;
- Sentimentos negativos para com o bebé;
- Falta de interesse em si própria;
- Perda de prazer;
- Falta de energia e motivação;
- Sentimentos de inutilidade e culpa;
- Alterações no apetite ou peso;
- Dormir mais ou menos do que o habitual;
- Pensamentos recorrentes de morte ou suicídio.

Depressão Pós-Parto

- Surge normalmente pouco depois do nascimento do bebé e desenvolve-se num período de vários meses.
- Pode também surgir repentinamente, e em algumas mulheres os primeiros sinais só aparecem após vários meses de terem dado à luz.
- Causas da depressão pós-parto:
 - Alterações hormonais;
 - Alterações físicas;
 - Stress.

Psicose Pós-Parto

- Inquietação ou agitação;
- Sensação de fraqueza intensa e incapacidade de se movimentar;
- Choro e descontrolo emocional;
- Desconfiança;
- Confusão mental;
- Falar coisas sem sentido;
- Ter obsessão por alguém ou alguma coisa;
- Visualizar vultos ou ouvir vozes.

Afeta 1 em 1000 mulheres

E se não amamentar?

- Alimentação materna é muito importante mas **não pode ser entendida como obrigatoriedade.**



Para um bebé, é melhor a mãe a dar o biberão descontraidamente, sem preocupações, mantendo-se disponível para olhar para o seu filho e falar com ele, do que estar absorvida por uma situação de grande tensão e ansiedade.

A imagem corporal e o apoio do parceiro

AQUELE SENTIMENTO QUANDO VOCÊ TIRA O PIJAMA E COLOCA UMA ROUPA NORMAL.



Apoio do Parceiro

Facilitam

Imagem Corporal Positiva

Bem-estar psicológico

A Sexualidade

- Importante estar preparada para as modificações na sexualidade, que são **passageiras e superáveis**;
- Medo e a insegurança são sentimentos comuns;
- Importante alertar para a libertação de leite durante a excitação e orgasmo;
- Não é prejudicial para a amamentação tocar a mamã com a boca ou mãos, nem contaminar o leite;
- Relações sexuais sem penetração como alternativa;
- Novo papel, o de mãe, mas continua a ser Mulher.

COMUNICAÇÃO

O bem-estar psicológico, é possível?



- Dê tempo a si própria
- Fale e partilhe os seus pensamentos e sentimentos
- Dê tempo para conhecer o seu bebé
- Cuide da sua imagem
- Não exija demais de si
- Peça ajuda ao companheiro ou familiares

O bem-estar psicológico, é possível?

- **Não economizar no sono** – Fazer o possível para descansar bastante, contando com a ajuda do pai ou membros da família para ter tempo de dormir sestas sempre que puder;
- **Criar tempo de qualidade para si própria** – para relaxar e para fazer uma pausa dos seus deveres de mãe. Encontre pequenos prazeres, como tomar banhos de espuma, saborear um chá relaxante, ou acendendo umas velas perfumadas;

O bem-estar psicológico, é possível?

- **Fazer das refeições uma prioridade** – O que se come tem um impacto direto no estado de humor, bem como na qualidade do leite materno, por isso devem ser feitos os possíveis por manter uma alimentação saudável e equilibrada;

Regressar ao exercício físico – Não é necessário exagerar. Uma caminhada de 30 minutos por dia faz muito bem;

O bem-estar psicológico, é possível?

- **Procurar apoio e ajuda nos que a rodeiam** – não se afastar das amizades e da família, pois podem ser de extrema importância nesta fase difícil; expressar os sentimentos; procurar grupos de mães com quem possa partilhar sentimentos, sensações e experiências do processo de maternidade.

O bem-estar psicológico, é possível?

Em último caso:

- **Ajudar profissional**
- **A terapia, os grupos de apoio bem como, em alguns casos, a medicação podem ser bastante úteis.**

Mitos...

1. **Todas as mães têm naturalmente o instinto maternal**
2. **Ser mãe é uma felicidade infinita**
3. **Ser mãe é perder a sua liberdade**
4. **Amamentar os nossos filhos transforma-nos em mães melhores**
5. **Todas as mulheres desde pequenas sonham em ser mães**
6. **A depressão pós-parto é produto da falta de amor em relação ao bebé**
7. **Se tiver cuidado recupero a forma num instante**
8. **Eu consigo fazer tudo sozinha**

Mitos...

1. **Todas as mães têm naturalmente o instinto maternal** – Não, nem todas e não há nada de errado nisso.
2. **Ser mãe é uma felicidade infinita** – Sim, mas existem momentos de tensão, preocupação e tristeza.
3. **Ser mãe é perder a sua liberdade** – Não tem que ser. Se organizar bem o tempo, dá para continuar com as atividades que lhe dão prazer.
4. **Amamentar os nossos filhos transforma-nos em mães melhores** – Não, é verdade que ajuda na vinculação, mas há outras formas igualmente saudáveis.
5. **Todas as mulheres desde pequenas sonham em ser mães** – Nem todas e não é isso que nos torna menos mulher.
6. **A depressão pós-parto é produto da falta de amor em relação ao bebé**
7. **Se tiver cuidado recupero a forma num instante** – Raramente
8. **Eu consigo fazer tudo sozinha** - TODAS precisamos de ajuda

Perguntas e Respostas...

Obrigada pela atenção!