

Relatório de Estágio

Mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia

Maria Isabel Sampaio da Mota Guedes da Cunha n.º 23121

Gandra, Dezembro de 2019

Relatório de Estágio

Maria Isabel Sampaio da Mota Guedes da Cunha n.º 23121

Orientação: Doutora Daniela Mendes

Supervisão: Professora Doutora Maria Emília Areias

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

Gandra, Dezembro de 2019

Declaração de Integridade

Maria Isabel Sampaio da Mota Guedes da Cunha, estudante do **Mestrado em 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 ou à prática de plágio (ato pelo qual o indivíduo, mesmo por omissão, assume a autoria do trabalho intelectual pertencente a outrem, na sua totalidade ou em partes dele).

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

Agradecimentos

Neste estágio curricular, tive a felicidade de encontrar, e de ter ao meu lado, um conjunto de pessoas que, pela colaboração e incentivos prestados, muito contribuíram para o sucesso deste estágio. Daí que se torne imperativo agradecer:

- à minha Orientadora, não só pelo apoio, disponibilidade e boa disposição, mas também pela transmissão de conhecimento, que contribuíram para a minha evolução;
- à diretora de serviço de psicologia, pela receptividade, demonstrando disponibilidade e apoio em todos momentos;
- ao psiquiatra da equipa de ligação, pela boa disposição e pela fantástica condução das reuniões da equipa de ligação;
- à minha Supervisora, Dr^a Maria Emília Areias, pela preocupação demonstrada na diversificação e complementaridade do estágio;
- à minha colega de estágio, Ângela Nogueira, por toda a colaboração demonstrada ao longo de todo o estágio;
- a todos os profissionais de saúde, por todo o conhecimento partilhado, que se tornou fundamental.

Índice

Introdução	1
I. Caracterização do Local de Estágio	2
- Papel do psicólogo em contexto hospitalar	4
II. Descrição das atividades do estágio	5
- Reuniões de orientação e supervisão	5
- Apresentação de uma caso clínico para os alunos do 3.º ano de licenciatura.....	5
- Reuniões do Internamento	6
- Observação da Consulta Psicológica	6
- Observação de Avaliação Psicológica	7
- Formações complementares	7
- Internamento de Psiquiatria.....	7
- Equipa de Psiquiatria e Psicologia de Ligação	8
- Avaliação Psicológica e Neuropsicológica	9
- Observação de Grupos terapêuticos	10
- Apresentação “A Mãe e o Bebê – Primeiras Semanas”	11
- Consulta Psicológica Individual	11
- Caso Clínico	13
- Reflexão do caso de M.....	21
Conclusão	23
Referências	24
Anexos	26

Introdução

Este relatório tem como principal objetivo descrever, as atividades desenvolvidas no âmbito do estágio curricular do Mestrado de Psicologia da Saúde e Neuropsicologia, que decorreu no ano letivo de 2018/2019.

O estágio curricular apresenta como objetivos a obtenção de competências e capacidades para o exercício profissional, assim como a aquisição de conhecimentos especializados que permitam desempenhar as suas funções de avaliação, diagnóstico e intervenção psicológica, nos vários contextos clínicos, auxiliando assim as pessoas com problemas e perturbações mentais a adaptarem-se de uma melhor forma à sua vida quotidiana.

Este estágio teve início, no dia 9 de Outubro de 2018 e término no dia 3 de Julho de 2019 e decorreu num Centro Hospitalar, no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, sob orientação da orientadora e da supervisora de estágio. Durante este período de tempo, foram ultrapassadas as 420 horas estipuladas para a duração do referido estágio. Relativamente ao horário semanal, este foi sugerido pela orientadora, ficando estabelecido o seu decurso à segunda, quinta e sexta-feira das 11h00 às 16h00 e terça-feira das 9h00 às 12h00, o que correspondia a um total de 15 horas e 30 minutos semanais. Porém, este horário sofreu alterações a partir do mês de Janeiro, quando passei a assumir as atividades do Internamento, mais propriamente, à segunda, terça, quinta e sexta-feira, a partir das 8h30. É ainda importante realçar, que após a finalização do estágio em epígrafe, constatou-se da relevância da continuidade aos acompanhamentos individuais. Neste sentido foi aprovado o voluntariado a que me propus.

Em termos estruturais, este relatório descreve, numa primeira parte, o local de estágio no que respeita aos seus objetivos e à constituição da Unidade onde foi realizado o estágio. Esta abordagem refere ainda, a caracterização do contexto Institucional/Organizacional e dos serviços de Psicologia, referindo-se de forma mais exhaustiva o papel do profissional de psicologia, as ações desenvolvidas. Numa segunda parte, é apresentada a descrição das atividades desenvolvidas ao longo do estágio, bem como a apresentação de um caso clínico. Por último, realizei uma conclusão geral, onde foi refletido todo o trabalho desempenhado ao longo do estágio.

I. Caracterização do Local de Estágio

O estágio curricular decorreu num Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental de um Centro Hospitalar, constituído pelo Serviço de Psiquiatria de Adultos, pela Unidade de Psiquiatria da Infância e da Adolescência e pelo Serviço de Psicologia.

O Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental tem um período de funcionamento que se situa entre as 8 e as 20 horas, durante todo o ano exceto fins-de-semana e feriados e tem como objetivo a aproximação ao utente e aos seus cuidadores, a articulação com os Cuidados de Saúde Primários, uma abordagem sob a perspetiva biopsicossocial e a promoção da Saúde Mental na comunidade, com organização de respostas adequadas e articuladas com a rede de cuidados locais de saúde e da Segurança Social, autarquias e outras estruturas comunitárias e a promoção da multidisciplinaridade.

Os pacientes são encaminhados para o Serviço de Psicologia através do reencaminhamento do psiquiatra ou pedopsiquiatra, que solicita o acompanhamento psicológico ou a realização de avaliação psicológica. Esta unidade disponibilizada uma série de serviços, nomeadamente, Avaliações Psicológicas diversas (personalidade, desempenho intelectual, deterioração mental, psicopatologia, desenvolvimento, médico-legal, etc.); Psicoterapia Individual; Psicoterapia de 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 a Comunidade (ex. Escolas, CPCJ, Tribunal...); Hospital Dia; Intervenção na Crise; Psicologia de Ligação (intervenção nos Serviços de Internamento); Formação aos colaboradores do CHTS (ex. Formação Atendimento ao Público...) e Formação a psicólogos estagiários, no âmbito do protocolo estabelecido com a Ordem dos Psicólogos Portugueses.

O Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental (DPSM) é constituído pelo Internamento completo, pelo Hospital de dia (Internamento parcial) e pelas Consultas Externas.

O Internamento completo destina-se ao internamento de utentes, adultos, da área de referência do Centro Hospitalar, de ambos os sexos, em situação clínica aguda/de

crise, e pode ser efetuado de modo programado ou de urgência, em regime voluntário ou compulsivo. Tem atualmente 41 camas.

O Hospital de Dia funciona, de segunda à sexta-feira, das 9h até as 16h, e tem como objetivo o desenvolvimento de atividades diárias com os pacientes, de forma a reduzir a necessidade de internamento. As sessões de relaxamento, assim como as reuniões com os profissionais de saúde responsáveis pelo grupo, são alguns dos exemplos das atividades desenvolvidas.

A Equipa de Psiquiatria e de Psicologia de Ligação tem como principal objetivo, estabelecer uma ponte entre a Psiquiatria e Psicologia, e as restantes especialidades médicas, para que a abordagem do doente seja realizada numa perspetiva biopsicossocial. As atividades são desenvolvidas em regime de Consulta Interna (Psiquiatria e Psicologia de Ligação), Consulta Externa, Grupos Psicoterapêuticos e articulação com o Internamento de Psiquiatria.

No que diz respeito, aos instrumentos de avaliação Psicológica e Neuropsicológica, que são utilizados neste departamento, podemos referir o Symptoms Checklist (SCL-90-R) e BriefSymptomsInventory (BSI), para avaliação da Psicopatologia; o Inventário Multifásico de Personalidade de Minnesota (M.M.P.I.) e o NEO PI-R – Inventário de Personalidade de NEO Revisto, para avaliação da personalidade; *Escala de Inteligência de Wechsler para Adultos* – Terceira Edição (WAIS – III), para avaliação do desempenho intelectual (QI); 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 de Adultos (DIVA 2.0).

O Papel do Psicólogo em Contexto Hospitalar

A psicologia da saúde, que dá relevância à promoção e manutenção da saúde e à prevenção da doença, resulta da confluência das contribuições específicas de diversas áreas do conhecimento psicológico (psicologia clínica, psicologia comunitária, psicologia social, psicobiologia) tanto para a promoção e manutenção da saúde como para a prevenção e tratamento das doenças (Simon, 1993).

Os psicólogos podem participar na prestação de cuidados de saúde em programas de cuidados de saúde primários, unidades de internamento hospitalar, serviços de saúde mental, unidades de dor, oncologia, serviços de saúde pública, serviços de saúde ocupacional, consultas de supressão tabágica, centros de alcoologia e serviços de reabilitação, entre outros. Podem participar em programas de promoção da saúde e de prevenção nas escolas, locais de trabalho e comunidade, com base em serviços de saúde e/ou em organizações comunitárias (Teixeira, 2004).

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

Os psicólogos que integram o Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, inserem-se numa equipa multidisciplinar, que acompanham as várias faixas etárias. No Serviço de Psicologia, inserido no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental são efetuados acompanhamentos psicoterapêuticos, bem como avaliações psicológicas e neuropsicológicas, mediante solicitação do psiquiatra e intervenções psicológicas individuais ou em grupo. Segundo Pedinielli (1999), cabe ao psicólogo clínico: a) compreender e apoiar o indivíduo no processo de ajuste a novas situações aversivas; b) apoiar na elaboração de estratégias para fazer face à situação de crise ou tornar a situação mais suportável, modificando a maneira de encarar o problema; c) desenvolver atividades de diagnóstico e de intervenção terapêutica; d) intervir em situações em que outros técnicos de saúde considerem que podem existir indícios de perturbações de carácter psicológico e e) organizar programas de reabilitação especificamente dirigidos a pessoas que sofrem de doenças crónicas ou que, devido a doenças, perturbações mentais.

II. Descrição das atividades do estágio

Reuniões de Orientação e Supervisão

Inicialmente, as reuniões de orientação eram realizadas com maior frequência, devido ao facto de necessitar de esclarecimentos sobre o DPSM, mas também para o debate das problemáticas que observava em cada consulta/avaliação. Quando iniciei os acompanhamentos individuais de uma forma autónoma, as reuniões centravam-se essencialmente, no debate de casos clínicos que me tinham sido encaminhados pelos psiquiatras, no esclarecimento de dúvidas mas, também, para receber indicações da orientadora, sobre as avaliações psicológicas e a elaboração de relatórios de avaliação psicológica.

Relativamente às reuniões de supervisão, estas iniciaram-se em Outubro, com periodicidade semanal, com a Professora Doutora Maria Emília Areias e três colegas no Instituto Universitário de Ciências da Saúde (IUCS). Estas reuniões tinham como objetivo a exposição do trabalho desenvolvido no local de estágio, o esclarecimento de dúvidas, o debate sobre os casos clínicos que estava a acompanhar, o fornecimento de indicações sobre a elaboração do relatório de estágio e ainda a partilha de conhecimentos.

De uma forma geral, tanto a orientação como a supervisão tornaram-se preponderantes para a realização do trabalho que desenvolvi neste estágio, bem como para a preparação da minha atividade profissional.

Apresentação de uma caso clínico para os alunos do 3.º ano de licenciatura

Durante as reuniões de supervisão, com a professora Maria Emília Areias, foi proposta a realização de uma apresentação alusiva a um caso clínico, onde foi possível a descrição do mesmo e o trabalho que estava a ser desenvolvido no local de estágio. Assim, os colegas do 3.º ano tiveram a possibilidade de conhecer e questionar assuntos sobre a realidade que irão vivenciar a curto prazo.

Reuniões do Internamento

No segundo trimestre do estágio, passei a integrar as reuniões de Internamento, com os psiquiatras, um enfermeiro e um assistente social. Estas reuniões decorriam de segunda a sexta-feira, às 8h30, e tinham como objetivo a discussão, sobre o estado clínico de cada paciente internado. O enfermeiro destacado para cada dia da semana, iniciava a reunião com a partilha de informações clínicas de cada paciente, que ocorriam durante o período da noite, nomeadamente, eventuais situações de agitação noturna, ou outras alterações de comportamento, assim como da eventual necessidade de medicação adicional. Ainda nestas reuniões, eram muitas das vezes decididas em conjunto as licenças de ensaio e altas para os vários doentes.

Em todas as reuniões, o psiquiatra responsável pelo internamento, distribuía os novos casos pelos psiquiatras. No dia posterior à admissão, cada psiquiatra expunha a história clínica do paciente admitido, assim como o exame do estado mental aquando da chegada ao DPSM.

Quando necessário, os profissionais de saúde solicitavam a minha colaboração para o acompanhamento psicológico individual, para avaliações psicológicas e até mesmo para a observação dos comportamentos dos pacientes, nas várias sessões de grupo que existiam durante a semana.

Observação da Consulta Psicológica

No que concerne à vertente relacionada com a observação da consulta psicológica, esta teve a duração de dois meses. Durante este período de tempo, foi-me permitido a observação de consultas psicológicas dirigidas pela minha orientadora. No decorrer de cada consulta, para além de me basear na observação direta dos comportamentos e atitudes de cada paciente, também foram anotados alguns aspetos pertinentes. Posteriormente, no pós-consulta, e sempre que oportuno, foram debatidos e aprofundados os aspetos que me suscitaram mais dúvidas, em cada observação.

Observação da Avaliação Psicológica

No primeiro trimestre do estágio, tive a possibilidade de observar a administração de vários instrumentos psicométricos, utilizados para a faixa etária dos adultos. Ademais, foi ainda possível observar, a aplicação de um instrumento de avaliação para crianças, mais propriamente, a Escala de Inteligência de Wechsler para crianças (WISC).

Esta etapa tornou-se fundamental para a minha aprendizagem, pois adquiri mais conhecimentos sobre os instrumentos de avaliação utilizados no DPSM, assim como um maior domínio na aplicação e cotação desses mesmos instrumentos e posteriormente a elaboração dos relatórios. (Anexo II) O facto de observar os profissionais de saúde a realizarem as avaliações, auxiliaram-me ainda a perceber quais as indicações e postura que devo ter perante uma avaliação psicológica.

Formações Complementares

Durante o período de estágio, existiu a oportunidade de frequentar, todas as terças-feiras, o *Journal Club*, que consiste numa formação entre os profissionais de saúde (psicólogos e psiquiatras) do DPSM. Mais propriamente, é dedicada uma hora, de cada terça-feira, para que cada profissional possa efetuar uma apresentação, com a contextualização teórica de um caso clínico que acompanha, ou de uma perturbação ou temática pertinente no âmbito da saúde mental. Ou seja, estas formações tem como objetivo a partilha de conhecimentos, mas também o debate sobre temas relacionados com a saúde mental.

Internamento de Psiquiatria

No início do mês de Outubro, a orientadora propôs-me a integração da equipa, no Internamento Psiquiátrico. Posto isto, comecei com a observação das reuniões, em conjunto com uma psicóloga, a realizar o estágio profissional da Ordem dos Psicólogos.

No início do mês de Janeiro de 2019, passei a assumir, conjuntamente com a Terapeuta Ocupacional e um Enfermeiro, as sessões de grupo. Nestas sessões encontravam-se presentes, os pacientes mais estabilizados/compensados, de forma a proporcionar um *setting* terapêutico mais adequado, para que as sessões pudessem

realizar-se de uma forma mais tranquila. Trata-se de um grupo aberto, heterogéneo em termos de diagnóstico, com sessões de duração aproximada de uma hora.

As sessões iniciavam-se com a apresentação dos elementos e orientados de forma a promover a estabilização patológica dos doentes. Nomeadamente, através de promoção de estratégias de resolução de conflitos e treino de assertividade.

Estas sessões, através do acolhimento, da possibilidade de expressão, da contenção, transformação e devolução de angústias, visam a construção de um espaço de relação e trocas interpessoais; de responsabilização, de reflexão a respeito de si e do outro, a criação e/ou reformulação de projetos de vida através das trocas grupais.

As sessões de grupo eram realizadas as segundas, terças, quintas e sextas-feiras, e iniciavam-se às 11h. Mais propriamente, às segundas-feiras o objetivo principal da sessão era analisar o fim-de-semana, em particular, dos doentes que tiveram licença de ensaio, indicada pelo psiquiatra, de forma a perceber quais as dificuldades que apresentaram, assim como quais tinham sido os aspetos positivos. Para além disso, existia sempre um espaço para que cada um pudesse abordar algum tema que achasse pertinente. Às terças e quintas-feiras a sessão consistia na realização do treino de relaxamento para 7 grupos musculares (Anexo I), onde em sala, os pacientes tinham a oportunidade de estarem deitados em colchões, com música indutora de relaxamento, e colocavam em prática as indicações que eu solicitava, para a realização dos exercícios. Relativamente a estas sessões, posso evidenciar que para além do feedback positivo, recebido pelos doentes, também possibilitava que cada um falasse e promovia a expressão emocional e sensorial após a sessão.

Às sextas-feiras, as sessões consistiam numa preparação para o fim-de-semana, onde eram traçados objetivos a serem cumpridos durante este período, mas também serviam para serem expostos os receios e preocupações que estavam mais presentes.

Equipa de Psiquiatria e Psicologia de Ligação

Durante o período de estágio, tive a oportunidade de integrar a equipa de ligação, composta por dois psiquiatras e uma psicóloga. Esta equipa tem a função de responder a pedidos de colaboração de outros serviços médico-cirúrgicos do hospital, 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. Existem dois tipos de pedidos, os normais e os urgentes, que podem ser respondidos durante um período de 48h e 24h, respetivamente. Os pedidos consistem em visitas às enfermarias, para perceber o estado psicológico do paciente.

Disponibiliza ainda acompanhamento psicoterapêutico individual e/ou em grupo para doentes e familiares de doentes internados ou acompanhados em consulta de especialidades no DPSM (doentes com dor crónica, doença do neurónio motor ou doença de Steinert).

No mês de Março, eu e a minha colega, fomos destacadas para representar esta equipa no XXXII Encontro de Psiquiatria/Ligação e Psicossomática, que decorreu em Coimbra, onde existiu a possibilidade de entender as realidades de outras equipas de ligação, de vários hospitais do país.

Avaliação Psicológica e Neuropsicológica

A avaliação psicológica é um conjunto de atividades científicas e profissionais, realizadas em vários contextos de aplicação (Ballesteros, et al. 2001).

O termo avaliação psicológica é usado para descrever um conjunto de procedimentos que têm por objetivo a recolha de dados para testar hipóteses clínicas, produzir diagnósticos, descrever o funcionamento de indivíduos e realizar predições sobre comportamentos ou desempenho em situações específicas (Hutz, 2009).

Após a observação, iniciei a fase da avaliação psicológica, de uma forma autónoma. As avaliações psicológicas eram solicitadas pelos psiquiatras, e foi desse modo que iniciei o contacto com os testes psicológicos utilizados nas avaliações. Posso afirmar, que não foi uma tarefa difícil, porque na disciplina de Avaliação Psicológica, inserida na formação académica, foram explicados praticamente todos os testes de avaliação, que mais são utilizados no DPSM.

No que diz respeito, aos instrumentos de Avaliação Psicológica e Neuropsicológica, que são utilizados neste departamento, podemos referir o Symptoms Checklist (SCL-90-R) e Brief Symptoms Inventory (BSI), para avaliação da Psicopatologia; o Inventário Multifásico de Personalidade de Minnesota (M.M.P.I.) e o NEO PI-R – Inventário de Personalidade de NEO Revisto, para avaliação da personalidade; *Escala de Inteligência de Wechsler para Adultos* – Terceira Edição

(WAIS – III), para avaliação do desempenho intelectual (QI); 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 de Adultos (DIVA 2.0).

Observação de Grupos Terapêuticos

Logo após o início do estágio, foi-me dada a possibilidade de observar a intervenção psicológica em grupo, nomeadamente, do Grupo Pós-alta do Internamento de Psiquiatria, constituído no máximo por 10 elementos (doentes que durante o período de Internamento integraram as sessões de Psicoterapia de Grupo) e que decorre quinzenalmente. Com este grupo, pretende-se dar continuidade ao trabalho psicoterapêutico iniciado durante o período de internamento, evitando a recaída e a necessidade de um novo internamento. O objetivo do grupo terapêutico é promover o grau de competências pessoais e sociais dos pacientes, melhorando assim a sua qualidade de vida. Mais propriamente, incrementar uma atmosfera grupal de suporte e troca de experiências; tomar consciência da natureza e complexidade da comunicação humana; identificar as limitações e ambiguidades do processo comunicacional; promover a compreensão dos estilos de comunicação e de estratégias de comunicação mais assertivas, como forma de melhorar o relacionamento interpessoal e resolver conflitos; analisar as dificuldades de relacionamento interpessoal; potenciar e desenvolver a expressão e a diversidade emocional; promover o conhecimento de si, através da análise da história de vida e das crenças nucleares disfuncionais, e promover o reconhecimento do outro – a empatia.

Os pacientes que dele fazem parte tem a possibilidade de expor, os seus sentimentos e pensamentos, mais propriamente, relativamente à adaptação diária, referindo quais as principais dificuldades vivenciadas.

Apresentação “A Mãe e o Bebê – Primeiras Semanas”

No decurso do estágio foi-me proposto, a apresentação de um trabalho desenvolvido pela Dr^a. Ana Luísa Monteiro, que se encontra inserido num projeto da especialidade de Pediatria, direcionado para os pais. (Anexo III) O projeto é constituído por uma equipa multidisciplinar, onde se inserem quatro especialidades, mais propriamente, pediatria, obstetrícia, nutrição e psicologia.

O objetivo central deste projeto é o esclarecimento e explicação, aos pais, sobre os vários temas, relacionados com cada especialidade, relativos às primeiras semanas de vida do bebé.

Relativamente à psicologia, a apresentação pretendeu fornecer alternativas para gerir as primeiras semanas pós-parto, abordando ainda temas como a amamentação, a imagem corporal, o apoio do parceiro, a sexualidade após o parto e ainda alguns mitos. Foi dada especial ênfase, a sintomas que podem indicar sintomatologia depressiva ou psicose pós-parto, de forma a alertar as mães.

No final da apresentação, recebi um feedback bastante positivo pelos profissionais de saúde que se encontravam na sessão.

Consulta Psicológica Individual

Posteriormente à observação da consulta psicológica, iniciei de uma forma autónoma, no mês de Janeiro, a etapa da realização da consulta psicológica individual, a adultos.

Esta fase, que consiste num dos objetivos principais do estágio curricular, só foi possível devido ao conhecimento e competências que fui adquirindo com orientação e supervisão, como por exemplo a condução da entrevista clínica, a elaboração da anamnese e o estabelecimento de um plano terapêutico.

Durante este período de tempo foram realizadas 8 consultas psicológicas individuais, como é descrito na Tabela 1.

Tabela 1
Acompanhamentos psicológicos individuais.

Identificação	Problemáticas	Abordagem Terapêutica	Observações
C. (22 anos)	Humor depressivo	Psicoeducação Treino de Competências	Encaminhamento para Grupo de Treino de Competências
J. F. (44 anos)	Stress-Pós Traumático Ideação Suicida	Abordagem TCC Reestruturação cognitiva	Alta
C. G. (54 anos)	Depressão	Abordagem TCC Treino de Competências Sociais	
M. I. (19 anos)	Ansiedade e Stress	Abordagem TCC Treino de Relaxamento de Jackbson Treino de Competências	
B. S. (22 anos)	Ansiedade e Stress	Abordagem TCC Reestruturação cognitiva Treino de Relaxamento de Jackbson	
M. G. (58 anos)	Cuidadora do filho com Esquizofrenia	Abordagem TCC	Alta Abandono das consultas
M. F. (54 anos)	Depressão Problemas familiares	Abordagem TCC Técnicas de gestão de conflitos	

Caso Clínico

Identificação

M é do sexo feminino, tem 57 anos de idade e é casada. Reside em Penafiel com o marido de 63 anos, desempregado e tem duas filhas de 35 e 29 anos. Tem o 4º ano de escolaridade e, atualmente, trabalha como auxiliar de pastelaria.

Motivo e Pedido

M. foi encaminhada, pelo médico de família para a consulta de psiquiatria, apresentando um diagnóstico de admissão de estado fóbico não especificado. Após a primeira consulta de psiquiatria, M. foi encaminhada para a consulta de psicologia, com um diagnóstico principal de Stress Prolongado Pós-Traumático, devido aos medos infundados que a deixavam apreensiva, desde há 30 anos, contudo mais frequentes nos últimos anos.

História de Vida

M. menciona que foi uma criança desejada, mas não planeada “naquele tempo não se planeava as gravidezes” (sic.). O parto foi eutócico e sem complicações conhecidas. A paciente refere, que segundo a sua família era uma criança que chorava bastante, contudo era mais calma que a sua irmã mais nova.

No que diz respeito ao desenvolvimento psicomotor, refere que tudo decorreu dentro dos parâmetros normais, sem registo de enfermidades relevantes.

M. foi criada num ambiente familiar estável, onde os pais apresentavam um bom relacionamento e os irmãos eram muito protetores. Descreve a mãe como uma pessoa mais fria, de poucos afetos e que discutia com alguma facilidade e o pai mais calmo e afetuoso “eu sou mais parecida com o meu pai, tínhamos feitios muito parecidos” (sic.).

Relativamente à infância, refere que considerava-se uma criança feliz e com bastantes amigos “frequentei as freiras para fazer a 4ª classe e brincava com os meus amigos da aldeia”(sic.). Aos nove anos de idade, emigrou conjuntamente com a sua família para França, onde permaneceu até aos 16 anos “lá estudava e aprendia a costura... a realidade era completamente diferente, mas adorei e adaptei-me bem” (sic.).

Quanto à adolescência, a paciente reagiu normalmente às alterações corporais. Menciona que teve 2 namorados da aldeia e que conheceu o seu marido com 17 anos “como se costuma dizer à terceira é de vez, e então encontrei o meu marido, que ainda é meu terceiro primo” (sic.). Apesar de ser da sua família M. não o conhecia “ eu estava na França e ele na Angola e só o conheci quando eu regresssei e ele me foi visitar” (sic.). Relata ainda que apesar dos pais “serem boas pessoas” (sic.), restringiam as saídas, acabando por permanecer em casa e não sair com muita regularidade “só saía se fosse com o meu irmão mais velho, porque era rapaz” (sic.). Segundo a paciente, namorou durante dois meses e acabou por casar, com o atual marido “ele sempre foi muito calmo e muito compreensível” (sic.).

Aos 21 anos emigrou para a Suíça, para conseguir ter o seu espaço e privacidade com o marido e foi mãe pela primeira vez, referindo que a gravidez não foi planeada, mas desejada. A criança ficou com os pais em Portugal, dos 8 meses até aos 2 anos e meio “custou-me muito deixá-la cá, mas tinha que fazê-lo para conseguirmos trabalhar” (sic.). Durante os primeiros anos que esteve emigrada refere que trabalhava bastante “eu trabalhava nas limpezas, então aproveitava tudo o que aparecia e o meu marido trabalhava durante a noite, num hotel” (sic.).

Aos 24 anos conseguiu levar a sua filha para a Suíça, e descreve que foi aos 27 anos que a sua problemática se iniciou. M. refere que foi a partir da visualização de uma notícia em que os pais tinham assassinado o filho, que iniciaram os seus receios e medos. Segundo a paciente, após esse acontecimento, não conseguia permanecer sozinha em casa com a filha, acabando por ter que sair e ir para o trabalho do marido, para ter companhia “não conseguia estar sozinha, principalmente com a minha criança, vinham-me pensamentos horríveis à cabeça” (sic.). Associou sempre estas reações e receios à elevada carga horária de trabalho, nunca tendo procurado ajuda psiquiátrica ou psicológica.

Aos 28 anos, engravidou pela segunda vez de uma menina.

Regressa a Portugal com 31 anos e inicia um negócio, de pastelaria, conjuntamente com o marido.

Relativamente aos pensamentos, refere que deixaram de acontecer com tanta frequência. O pai faleceu há 4 anos, de morte inesperada, possuindo a patologia de bronquite asmática, contudo revela que realizou o luto desta perda, dentro da normalidade. Desde então, tem visitado mais regularmente, a sua mãe, de 88 anos, que vive em Mirandela.

Aos 52 anos de idade, decidiu passar o negócio, com a condição de continuar como funcionária no estabelecimento, não tendo o novo proprietário colocado qualquer inconveniente.

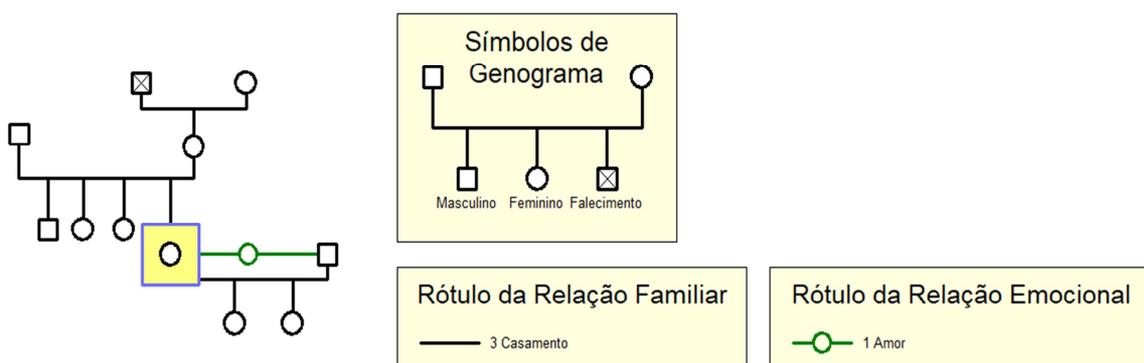
Há três anos atrás, nasceu o seu primeiro neto, da sua filha mais velha, e mais recentemente, há um ano, o neto mais novo “comecei a pensar que lhes podias fazer mal, mas nunca fiz, eu adoro-os, nunca contei nada às minhas filhas, porque não quero que fiquem a pensar que quero fazer mal aos meninos” (sic.).

Quando questionada se tal só acontecia com os netos, a paciente refere que sente com mais intensidade, quando está por perto de crianças, porque sabe que estes não se podem defender como os adultos.

Recorreu há um ano, à médica de família, pelo sofrimento, angústia, desespero e ansiedade que sente quando surgem estes tipos de pensamentos, afirmando que não consegue viver mais com esta problemática.

Atualmente, decidiu mudar-se para Mirandela, com o marido, referindo que já vendeu a casa que tinha e que em breve inicia as mudanças “fico triste é por deixar cá as minha filhas, a mais nova não está a reagir bem a esta mudança, mas sei que me vai fazer bem ir para a minha aldeia “ (sic.).

Genograma Familiar



Processo de Intervenção Psicológica

As tarefas de intervenção psicológica destacam-se intervenções de gestão do stress, treino de autocontrolo e eficácia no *coping*, técnicas comportamentais (relaxamento, modelagem, treino de competências), *biofeedback*, educação para a saúde, facilitação de mudança de comportamentos de risco e entrevista motivacional, expressão de sentimentos, intervenção na crise, aconselhamento psicológico, psicoterapias, grupos de suporte e ajuda mútua (Bennett, 2000).

O acompanhamento de M. iniciou em Março de 2019. Este caso foi escolhido, essencialmente, pela problemática existente e pelo interesse que tinha em intervir no caso.

M. foi encaminhada para o serviço de Psicologia devido à presença de pensamentos intrusivos e receios que lhe provocavam sofrimento, angústia, desespero e ansiedade, a partir do momento que visualizou uma notícia de cariz violento.

O quadro de ansiedade caracteriza-se por um estado emocional transitório que envolve conflitos psicológicos e sentimentos desagradáveis de tensão, angústia e sofrimento (Hollander, Simeon, & Gorman, 1994).

Desde então, e principalmente com o nascimento dos netos, estes sintomas vieram a agravar-se, surgindo pensamentos de causar danos nos seus próprios netos. Posto isto, e verificando o que a paciente sentia, diagnostiquei que a mesma cumpria com os critérios para o diagnóstico de Perturbação obsessivo-compulsiva. Segundo o DSM-5, ou seja, existiam pensamentos, impulsos ou imagens recorrentes e persistentes que, são experimentados como intrusivos e indesejados e que, na maioria dos indivíduos, causam acentuada ansiedade ou sofrimento. A paciente tentava ignorar ou suprimir tais pensamentos, impulsos ou imagens ou neutralizá-los com algum outro pensamento ou ação. Possuía obsessões ou compulsões que tomam tempo ou causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo. Os sintomas obsessivo-compulsivos não eram efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., droga de abuso, medicamento) ou a outra condição médica. Mais especificamente, tinha medo de causar danos a si mesmo ou a outros (APA, 2014).

Trata-se de uma situação clínica que atinge de igual modo ambos os sexos, podendo os sintomas iniciarem-se na infância, embora geralmente o seu aparecimento se situe entre a segunda e a terceira década de vida (Sassonet al., 1997).

A partir desta base, é concebido que o problema da paciente com perturbação obsessivo-compulsiva surge da interpretação que esta faz dos pensamentos intrusivos, sendo necessária a realização de uma reestruturação cognitiva.

Tendo em conta os sintomas da paciente, a intervenção psicológica realizada foi baseada nos pressupostos da Terapia Cognitiva Comportamental, que tem vindo a ser considerada o tratamento de primeira linha para variadas perturbações, nomeadamente para a perturbação obsessivo-compulsiva (Leahy & Holland, 2000).

A terapia comportamental tem como objetivos a modificação dos comportamentos relacionados com o medo, a evitação ou a fuga, e a diminuição da ativação fisiológica. A terapia cognitiva tem como objetivos a alteração dos conteúdos e dos processos cognitivos relacionados com o medo, as interpretações catastróficas e a atenção (Baptista, Carvalho & Lory, 2005).

A Terapia Cognitivo-Comportamental centra-se nos problemas que são apresentados pelo paciente no momento em que este procura a terapia, sendo que o seu objetivo é ajudá-lo a aprender novas estratégias para atuar no ambiente de forma a promover mudanças necessárias. A metodologia utilizada na terapia é de uma cooperação entre o terapeuta e o paciente, onde as estratégias para a superação dos problemas concretos são realizados em conjunto (Lima & Wielenska, 1993).

O acompanhamento psicológico de M. foi realizado durante 10 sessões, com uma frequência quinzenal.

Na 1.^a sessão, a paciente apresentou-se sozinha. M. revelava um aspeto cuidado, sendo que a idade aparente correspondia com a idade real. Relativamente ao exame do estado mental, a paciente encontrava-se orientada no tempo, espaço e pessoa, vígil, calma e colaborante. Em toda a sessão, manteve um discurso lógico e coerente, mantendo um contacto ocular adequado. Revelava ainda juízo crítico mantido, e demonstrava insight perante a sua situação. Nesta sessão a paciente, de uma forma sucinta, expôs o seu problema. M. demonstrou-se bastante desmotivada com a vida, pois acreditava que o seu problema poderia não ter cura, não percebendo qual a razão, para que tal acontecesse. Esta sessão foi orientada para a exploração do motivo da consulta.

Na 1.^a, 2.^a e 3.^a sessão, os objetivos essenciais centraram-se no estabelecimento de uma relação terapêutica colaborativa e empática, de forma a envolver a paciente na

terapêutica, com a finalidade de atingir os objetivos pretendidos. Para além disso, foi realizada a recolha da história de vida, mais propriamente, quais os seus antecedentes pessoais, familiares e psiquiátricos, de modo a permitir a elaboração a história de vida de uma forma coerente e clara, bem como questões relacionadas com a sua relação conjugal, familiar e social. Seguidamente, foi evidenciado que aquele espaço era dedicado à abordagem de todos os problemas que a paciente sentia e que toda a informação seria abrangida pelo sigilo profissional. Posto isto, a paciente demonstrou-se mais confiante e comunicativa, abordando sem receios a sintomatologia existente. Por fim, foi estabelecido com a paciente os objetivos gerais da terapia (compreensão da problemática e dos sintomas associados, identificação de estratégias para a resolução de problemas e diminuição dos níveis de ansiedade, nomeadamente, a reestruturação cognitiva).

Na 4.^a sessão, devido aos elevados níveis de ansiedade evidenciados, foi decidido a realização de um treino de relaxamento de Jacobson, com o intuito da paciente receber uma estratégia, que pode ser usada diariamente, principalmente quando vivencia situações desencadeadoras de ansiedade, nomeadamente, quando surgem pensamentos disfuncionais.

Esta técnica consiste num procedimento que visa conseguir a redução dos níveis de ativação, mediante uma diminuição progressiva e voluntária da contração muscular. O seu objetivo é dotar a pessoa de habilidades para controlar a sua própria ativação fisiológica e confrontar as situações que provocam stress e ansiedade. Com a execução desta técnica, os indivíduos podem beneficiar a aquisição da habilidade de relaxar, para gerir diferentes situações causadoras de stress, na sua vida diária (Vásquez, 2001).

Na 5.^a sessão, a paciente abordou de uma forma emotiva, o seu problema inicial, sendo este associado a pensamentos automáticos *“quando estou com os meus netos, tenho pensamentos de lhe fazer mal, não consigo estar com eles, sozinha, eles não conseguem se defender como os adultos”* (sic.). Deste modo, M. tem receio de revelar estes pensamentos, à sua filha mais velha, pelo facto, de pudarem ser mal interpretados, e conseqüentemente deixar de ver os netos.

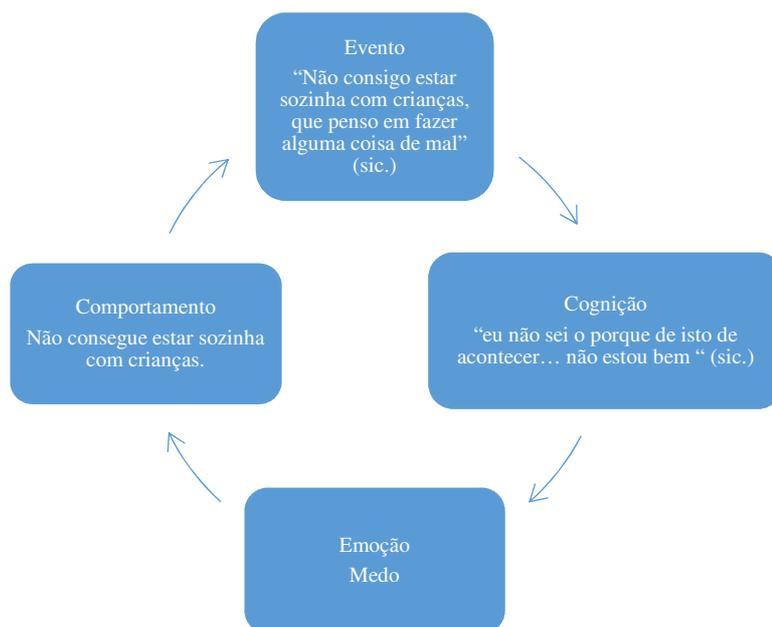
A 6.^a sessão, a paciente chega mais descontraída, visto ter ido visitar os familiares à terra de origem. Procuramos abordar os pensamentos automáticos e crenças disfuncionais associados à sua problemática, com o objetivo de desenvolver estratégias

de modo a que M. pudesse reformular os pensamentos distorcidos e promover pensamentos adaptativos. Tendo sido solicitado, o registo da frequência dos mesmos e os sintomas associados.

Ao longo de todo tratamento, utiliza-se a abordagem colaborativa e psicoeducativa, com experiências específicas de aprendizagem desenhadas com o intuito de ensinar os pacientes a: 1) monitorar e identificar pensamentos automáticos; 2) reconhecer as relações entre cognição, afeto e comportamento; 3) testar a validade de pensamentos automáticos e crenças nucleares; 4) corrigir conceitualizações tendenciosas, substituindo pensamentos distorcidos por cognições mais realistas; e 5) identificar e alterar crenças, pressupostos ou esquemas subjacentes a padrões disfuncionais de pensamento (Beck, 1976).

Na 7.^a sessão, após perceber o surgimento e a contextualização dos pensamentos disfuncionais, através da reestruturação cognitiva, foi importante que a paciente considerasse tais pensamentos como meras hipóteses, e não como factos e reformulá-los, para que o pensamento se torne mais funcional, nomeadamente associá-lo ao carinho que possui pelos netos.

Assim, possibilita-se que os pacientes aprendam a lidar mais eficazmente com os seus sistemas de crenças irracionais e falsas (excessiva responsabilidade; sobrestimação dos pensamentos; preocupação excessiva em controlar os pensamentos e superestimação das ameaças), utilizando-se para tal, técnicas de Reestruturação Cognitiva (Stein, 2002).



Na 8.^a sessão, posteriormente à tentativa de reformulação dos pensamentos automáticos, revelou-se importante realizar uma mudança a nível comportamental, de modo a não evitar estar sozinha com os netos. Deste modo, aquando do surgimento do pensamento automático foi sugerido a M. que acarinhasse os netos, de modo a contrariar esse pensamento. Incentivando M. a estar com os netos, inicialmente com pessoas por perto. *“as minhas mão podem pegar em facas e fazer-lhes mal” (sic.)*.

A 9.^a sessão, centrou-se na evolução que a paciente revelou, mais propriamente na sua iniciativa de estar com os netos, a realizar atividades, sozinha, não tendo surgido pensamentos de lhes causar qualquer tipo de dano. *“decidi ficar sozinha com eles para ver como reagia, e correu tudo bem, nunca consegui estar assim com eles” (sic.)*.

Na 10.^a sessão, a paciente chega ao consultório, com uma atitude otimista e realizada, devido à alteração significativa dos seus pensamentos. Não demonstrando sintomatologia ansiosa. *“nunca pensei estar assim, consigo estar com eles a brincar, como nunca consegui” (sic.)*.

O acompanhamento de M. continuou, de forma a evitar recaídas e a consolidar a reestruturação cognitiva que foi realizada nas sessões, auxiliando a paciente a identificar as situações pessoais de alto risco e ensiná-la estratégias de *coping*, para serem utilizadas nessas situações.

Nas sessões que se aproximam do término do tratamento, o terapeuta e o paciente identificam e avaliam a evolução do processo de psicoterapia, bem como atuam para prevenir que os sintomas retornem (Powell et al., 2008).

Reflexão do caso M.

A POC foi considerada a quarta perturbação psiquiátrica mais comum, sendo precedida apenas pela depressão, pela fobia social e pelo abuso de substâncias (OMS, 2007).

O caso de M. fez com que eu compreendesse melhor, como se manifestam as perturbações obsessivo-compulsiva, assim como, as dificuldades e sintomas apresentados pelos pacientes. M. demonstrou ser bastante comunicativa e cooperativa, retratando ao pormenor o que sentia, facto que veio permitir uma adequada relação terapêutica.

No início do acompanhamento, M. demonstrou uma postura ansiosa acerca do mesmo, revelando receio ao abordar a sua problemática. “Não consigo falar sobre isto sem me emocionar, só o meu marido é que sabe... tive que tomar um Victan antes de vir” (sic.).

Ao longo do acompanhamento, procurei estabelecer uma aliança terapêutica com a paciente e informá-la que o acompanhamento serviria para ter um espaço, onde pudesse expressar as suas emoções, desejos e esclarecer dúvidas. Posto isto, a paciente tornou-se mais comunicativa e passou a abordar a sintomatologia de uma forma mais tranquila.

Durante este processo, foram analisados com a paciente, quais os pensamentos disfuncionais que estavam a contribuir para a sintomatologia demonstrada, e procurou-se apresentar alternativas para a existência de uma mudança nas formas de pensamento relativamente a determinadas situações.

Atualmente M. ainda continua em acompanhamento psicológico, apresentando, contudo, uma evolução satisfatória, conseguindo estar com os netos, sem que surjam os pensamentos disfuncionais. “*Já consigo estar com os meus netos sem ter aqueles pensamentos... sinto-me bastante melhor, e tento encarar as coisas de uma forma mais positiva*” (sic.).

Ao longo do acompanhamento, foi elaborado um plano de intervenção baseado na problemática existente, tendo sido a reestruturação cognitiva a ferramenta mais fundamental em todo o processo de intervenção. M. conseguiu compreender os seus pensamentos e como estes estavam associados com os sentimentos e comportamento.

Na minha opinião, este caso veio contribuir, conjuntamente com os outros acompanhamentos psicológicos, para a consolidação dos conhecimentos adquiridos ao longo da minha formação.

Conclusão

Ao longo da licenciatura e do mestrado foi-me permitido a aquisição de conhecimentos que se tornaram fulcrais na prática clínica, mais propriamente na realização do estágio curricular.

Durante todo este processo, foi necessário um esforço e dedicação, nomeadamente na pesquisa de mais conhecimentos e informações sobre as patologias e casos clínicos, assim como para o trabalho que veio a ser desempenhado.

Apesar da apreensão inicial, com esta nova realidade exigente, e da existência de momentos de angústia, o estágio tornou-se uma experiência bastante gratificante e enriquecedora não só a nível profissional, mas também a nível pessoal.

O acolhimento e a receptividade na chegada ao local de estágio, por todos os profissionais de saúde, tornou-se fundamental para que existisse uma melhor adaptação. Esta oportunidade auxiliou-me na compreensão da realidade de um Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, bem como, na experiência do contacto direto com pacientes, cada um com as suas características individuais.

A supervisão e orientação do estágio revelaram-se fundamentais, para a visão mais abrangente, quer das problemáticas que surgiam nos vários casos clínicos que acompanhava, quer das intervenções a adotar em cada um deles. Ao partilhar as minhas dificuldades com a orientadora e colegas estagiárias percebi que algumas das minhas inseguranças eram naturais e podiam ser ultrapassadas.

Esta experiência fez-me perceber que apesar dos cinco anos de teoria, é necessário estar constantemente, em estudo e investigação sobre as patologias e quanto à intervenção psicológica. Percebi também que é na prática que nos fortalecemos enquanto profissionais, nomeadamente, na realidade que é a relação com o paciente, baseada na empatia, escuta e confiança, tendo em conta sempre a individualidade de cada um.

No que concerne às perspetivas futuras, este é apenas o começo da caminhada, pois para a profissão de Psicóloga, ainda é necessário o ano do estágio profissional, onde serão feitas novas aprendizagens, que se tornaram fundamentais para a minha prática clínica, aprofundando os conhecimentos até agora adquiridos nesta área.

Referências

- APA (2014). *DSM 5. Manual de Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais, 5ª Edição*. Lisboa: Climepsi Editores.
- 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.
- Baptista, A., Carvalho, M. & Lory, F. (2005). O medo, a ansiedade e as suas perturbações. *Psicologia v.19*, n.1-2.
- Beck, A. (1976). *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. New York: International Universities Press.
- Bennett, P. (2000). *Introdução clínica à psicologia da saúde*. Lisboa: Climepsi Editores, Manuais Universitários, 23.
- Hollander, E., Simeon, D., & Gorman, J. (1994). Anxiety Disorders *In: American Psychiatric Press*, 2. ed., Washington, 495-563.
- Hutz, C. (2009). Ética na avaliação psicológica. *Avanços e polémicas em avaliação psicológica*. 297- 310. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Leahy, S. & Holland, S. (2000). *Treatment plans and interventions*. USA: Guilford Press
- Lima, M. & Wielenska, R. (1993). Terapia comportamental-cognitiva. *Psicoterapias: abordagens atuais*, 192-209. Porto Alegre: Artes Médicas.
- OMS - Organização Mundial de Saúde. (2007). *CID-10: Classificação Internacional de Doenças (CID-10) Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados com a Saúde*. (10ª revisão). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Pedinielli, J. (1999). *Introdução à Psicologia Clínica*. Lisboa: Climepsi.
- Powell, V., Abreu, N., Oliveira, I., & Sudak, D. (2008). Terapia cognitivo-comportamental da depressão. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30 (Suppl. 2), s73-s80. doi.org/10.1590/S1516-44462008000600004.
- Sasson Y, Zohar J, Chopra M, Lustig M, Iancu I & Hendler T. (1997). Epidemiology of obsessive-compulsive disorder: a world view. *J Clinical Psychiatry*, 58(Suppl 12):7-10.

Simon, M. (1993). *Psicología de la salud. Aplicaciones clínicas y estrategias de intervención*. Madrid: Pirámide.

Stein, D. (2002). Seminar: Obsessive-compulsive disorder. *The Lancet*, 360, 397-405.

Teixeira, J. (2004). Psicologia da Saúde. *Análise Psicológica*, 441-448.

Vásquez, M. (2001). Técnicas de Relajación y Respiración. Madrid: Editorial Síntesis.

Anexos

Anexo I

Treino de Relaxamento para 7 grupos musculares

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

1 – Braço dominante

“Gostaria que focalizasse a sua atenção nos músculos do seu bíceps, braço e mão dominante. Quando eu disser AGORA, vou pedir-lhe que contraia esses músculos, erguendo o braço à sua frente, dobrando o cotovelo num ângulo de 45 graus e fechando o punho.

AGORA....

Sinta a tensão na mão, braço e bíceps.

(manter a contracção durante 15 segundos).

RELAXE....

Repare na diferença de sensações entre tensão e relaxamento...

Focalize as sensações nestes músculos à medida que eles vão ficando mais e mais relaxados....

(manter a descontração durante 30-40 segundos)

2 – Braço não dominante

(O mesmo que para o braço dominante).

3 – Face

Vamos passar agora para todos os músculos do seu rosto. Quando eu disser AGORA, vou pedir-lhe que contraia esses músculos, levantando as sobrancelhas, trocando os olhos, franzindo o nariz, cerrando os dentes e puxando os cantos da boca para trás.

AGORA....

Sinta a tensão através de toda a área facial....

Repare como esta é desagradável....

(manter durante 15 segundos)

RELAXE...

Deixe toda a tensão sair..

Repare no que se passa, à medida que os músculos vão ficando cada vez mais e mais relaxados...

(manter durante 30-40 segundos).

4 – Pescoço e garganta

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

AGORA....

Aprecie a tensão nesses músculos.

RELAXE....

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

(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.”

5 – Peito, ombros, parte superior das costas e abdómen

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 abdómen.

(manter durante 15 segundos)

RELAXE....

Descontraia-se...

Repare como esses músculos estão agora comparando com anteriormente. Sinta a diferença de sensações à medida que vai ficando cada vez mais e mais relaxado/a.

(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.”

6 – Perna dominante

Vamos passar agora para os músculos da sua coxa, barriga da perna e pé dominante. Quando eu disser AGORA, vou pedir-lhe que contraia os músculos da perna dominante, levantando ligeiramente a perna da cadeira, enquanto estica os dedos dos pés e vira o pé para dentro.

AGORA...

Sinta a tensão através da sua perna...

(manter durante 7 segundos)

RELAXE...

Deixe toda a tensão sair...

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

(manter durante 30-40 segundos)

7 – Perna não dominante

(O mesmo que para o lado dominante)

Conclusão:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Anexo II

Exemplo de Relatório de Avaliação Psicológica

Relatório de Avaliação Psicológica

Identificação

Processo:

Nome:R.

Data de Nascimento: **Idade:** 46 anos

Morada:

Observação e Entrevista

Paciente em internamento de psiquiatria.

Doente do sexo masculino de 46 anos de idade, casado, serralheiro. Vive com a esposa e filha de 17 anos de idade.

Apresenta o 9.º ano de escolaridade, realizado no âmbito das Novas Oportunidades.

Têm1 irmão.

Relata que ouve vozes, que lhe dizem que vai morrer.

Demonstra em todo o processo avaliativo apresenta um escasso e evitante contacto ocular.

Encontra-se orientado no tempo e no espaço.

Mantém um discurso coerente e claro, mas pobre em conteúdo.

Não apresenta alterações relevantes ao nível da atividade psicomotora e ao nível da consciência apresenta-se vígil.

No que concerne ao humor, a paciente revela humor deprimido.

De acordo com a informação disponível, não apresenta ideação suicida.

Provas administradas:

- **Avaliação Cognitiva de Addenbrooke** – forma revista, para avaliação de deterioração cognitiva;
- **NEO PIR, Inventário de Personalidade Neo revisto** – avaliação da Personalidade

Avaliação Neuropsicológica

Resultados

Relativamente à aplicação da avaliação Cognitiva de Addenbrooke, os resultados obtidos no teste demonstram que a capacidade mnésica da paciente se encontra afetada.

Sendo as áreas com maior prejuízo, a **Memória e a Fluência Verbal**.

MMSE	18/30
ACE-R	53/100
Atenção e orientação	13/18
Memória	9/26
Fluência	1/14
Linguagem	19/26
Visuo-espacial	11/16

Conclusão

Tendo em conta os resultados obtidos, estes são sugestivos de um processo demencial ligeiro. Devemos, no entanto, ter em conta a possível existência de um Défice Cognitivo ligeiro.

Exame de Personalidade

O NEO-PI-R permite uma avaliação global da personalidade, ao nível das estruturas/traços, da sua caracterização geral, organização e funcionamento dos sujeitos

e das suas relações interpessoais. Avalia 5 grandes domínios da personalidade, o Neuroticismo, a Extroversão, a Abertura à Experiência, a Amabilidade e a Conscienciosidade. Cada um destes domínios é composto por 6 facetas específicas. Os resultados obtidos foram os seguintes:

- **Neuroticismo – percentil 50**

- ✓ Resultado considerado normativo

Quanto às facetas que constituem este domínio, os resultados obtidos foram os seguintes:

- Ansiedade – percentil 80
- ✓ Os indivíduos com pontuações altas são apreensivos, tensos, medrosos e preocupados.
- Hostilidade – percentil 90
- ✓ Os sujeitos com pontuações altas têm tendência a experienciar raiva e estados afins, como a frustração e a amargura. Revelam um temperamento "quente" e facilmente ficam frustrados e zangados.
- Depressão – percentil 60
- ✓ Resultado considerado normativo.
- Auto-consciência – percentil 60
- ✓ Resultado considerado normativo.
- **Impulsividade - percentil 3**
- ✓ **Sujeitos com pontuações baixas, resistem mais facilmente, às tentações e têm uma elevada tolerância à frustração.**
- Vulnerabilidade – percentil 30
- ✓ Os sujeitos com pontuações baixas conseguem lidar com as situações difíceis, mantêm a cabeça fria. São competentes e resistentes.

Extroversão – percentil 60

- ✓ Resultado considerado normativo.

Quanto às facetas que constituem este domínio, os resultados obtidos foram os seguintes:

- Acolhimento Caloroso - percentil 90

- ✓ Resultados elevados caracterizam sujeitos calorosos, amigáveis, conversadores e afectuosos. Gostam verdadeiramente dos outros e estabelecem laços estreitos com eles.
 - Gregariedade- percentil 30
- ✓ O sujeito com pontuação baixa evita as multidões, é solitário e prefere estar sozinho.
 - Assertividade - percentil 90
- ✓ O sujeito com pontuação elevada é dominante, com força de vontade, confiante e decidido. Fala sem hesitações, e torna-se frequentemente líder de opiniões.
 - Atividade - percentil 50
- ✓ Resultado considerado normativo
 - Procura de Excitação - percentil 10
- ✓ Uma pontuação baixa sugere o evitamento da sobre-estimulação, é cauteloso.
 - Emoções Positivas - percentil 80
- ✓ Os indivíduos com pontuação alta são alegres, espirituosos, divertidos, têm tendência a experienciar emoções positivas.

Abertura à Experiência - percentil 25

- ✓ Indivíduos com pontuações baixas tendem a ser mais convencionais, terra-a-terra, conservadores, preferem o familiar á novidade, têm uma gama de interesses mais limitada.

Os resultados das facetas que compõem este domínio foram:

- Fantasia - percentil 30
- ✓ Sujeitos com resultados baixos preferem o pensamento realista, são práticos e evitam sonhar acordados.
 - Estética - percentil 10
- ✓ **Uma pontuação baixa é sugestiva de pessoas pouco sensíveis à beleza, e que não apreciam a arte.**
 - Sentimentos - percentil 40
- ✓ Resultado considerado normativo.
 - Accões - percentil 10

- ✓ **Prefere o familiar à novidade, segue a sua rotina habitual e instala-se na sua maneira de ser.**

- Ideias - percentil 30

- ✓ Resultados baixos caracterizam sujeitos pragmáticos, não apreciam desafios intelectuais e têm uma curiosidade mais limitada.

- Valores - percentil 90

- ✓ Os sujeitos com pontuação elevada têm horizontes largos, são tolerantes e não conformistas.

Amabilidade - percentil 60

- ✓ Resultado considerado normativo

Os resultados obtidos nas facetas deste domínio foram:

- Confiança - percentil 75

- ✓ O sujeito com pontuação elevada tende a atribuir intenções benévolas aos outros e a considerá-los honestos e bem-intencionados.

- Rectidão - percentil 3

- ✓ **Pontuações baixas são sugestivas de calculismo, com tendência a manipular os outros através da chantagem ou do elogio. Considera estas tácitas sociais necessárias e que as pessoas muito amáveis são ingénuas. Embora não sejam necessariamente desonestos, estes indivíduos têm mais tendência a esconder a verdade, ou a não mostrar os seus verdadeiros sentimentos.**

- Altruísmo - percentil 97

- ✓ O sujeito com pontuação elevada revela uma preocupação activa pelos outros, traduzida pela generosidade, filantropia, cortesia mundana, interesse social, auto-sacrifício e vontade de ajudar.

- Complacência - percentil 40

- ✓ Resultado considerado normativo

- Modéstia - percentil 60

- ✓ Resultado considerado normativo

- Sensibilidade - percentil 80

- ✓ Tendência a realçar o lado humano da política social, manifesta atitudes de simpatia e preocupação pelos outros.

Conscienciosidade - percentil 80

Esta escala avalia o grau de organização, persistência e motivação orientada para um objetivo.

- ✓ Resultados elevados caracterizam sujeitos dotados de força de vontade, determinados, confiantes, organizados, auto-disciplinados e ambiciosos.

Os valores obtidos nas facetas foram:

- Competência – percentil 95
- ✓ O sujeito com pontuação elevada nesta faceta, sente-se capaz e bem preparado para lidar com as dificuldades.
 - Ordem - percentil 50
- ✓ . Resultado considerado normativo.
 - Obediência ao dever - percentil 80
- ✓ O indivíduo que obtém resultados elevados, adere estritamente aos seus padrões de conduta, princípios éticos e obrigações morais.
 - Esforço de Realização - percentil 95
- ✓ Resultados elevados caracterizam sujeitos com forte motivação para atingir os seus níveis de realização, são pessoas diligentes, com objetivos e sentido de vida.
 - Auto-Disciplina- percentil 70
- ✓ Uma pontuação elevada indica a capacidade de se motivar para a prossecução de um objetivo, indica a aptidão para iniciar uma tarefa e levá-la a cabo, apesar do enfado e das distrações.
 - Deliberação - percentil 60
- ✓ Resultado considerado normativo.

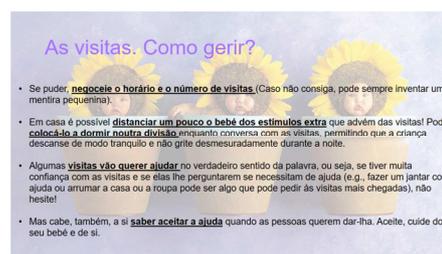
Conclusão

Os resultados evidenciam que o paciente prefere o familiar à novidade, segue a sua rotina habitual, apresentando uma gama de interesses mais limitada, é dotado de força de vontade, determinado, confiante, organizado, auto-disciplinado e ambicioso.

No entanto, salienta-se o facto de resistir mais facilmente às tentações, apresentando uma elevada tolerância à frustração, mas também de ser pouco sensível à beleza, e que não aprecia a arte. Revela ainda tendência a manipular os outros através da chantagem ou do elogio, mas também a esconder a verdade, ou a não mostrar os seus verdadeiros sentimentos.

Anexo III

Apresentação “A Mãe e o Bebê – Primeiras Semanas”



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.

E se não amamentar?

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



Para um bebê, é melhor a mãe a dar um 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.



Baby Blues

Fase normal do período após o nascimento do bebê.

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

Ocorre geralmente nos primeiros dias após o parto; Afeta 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.

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 liberação de leite durante a excitação e orgasmo;
- Não é prejudicial para a amamentação tocar a mamã com a boca ou mãos, nem contamina o leite;
- Relações sexuais sem penetração como alternativa;
- Novo papel, o de mãe, mas continua a ser Mulher.

Depressão Pós-Parto

Afeta 1 em 10 mulheres



- Falta de interesse no bebê;
- Sentimentos negativos para com o bebê;
- 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.

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 bebê
- Cuide da sua imagem
- Não exija demais de si
- Peça ajuda ao companheiro ou familiares

Depressão Pós-Parto

- Surge normalmente pouco depois do nascimento do bebê 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.

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;

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

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,

- **Ajuda 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!