



RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Maria de Fátima Pedroso Gonçalves

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

Gandra, 24 de setembro de 2020



RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Maria de Fátima Pedroso Gonçalves

Supervisão: Professora Doutora Alexandra Serra

Relatório de Estágio para obtenção do grau de Mestre em

Psicologia da Saúde e Neuropsicologia

Gandra, 24 de setembro de 2020

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Maria de Fátima Pedroso Gonçalves, 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

Esta foi uma das etapas mais importantes da minha vida sendo, por isso, um momento muito especial e no qual foi essencial sentir o apoio e a disponibilidade de todos o que fizeram parte desta etapa.

Aos meus orientadores pela excepcional orientação que me deram ao longo de todo estágio, pelo profissionalismo, pelos conhecimentos partilhados, pela disponibilidade e confiança. Por todo o apoio prestado, compreensão, palavras de incentivo e motivação e pela boa disposição. Todos estes fatores contribuíram para que eu tivesse tido a melhor experiência enquanto psicóloga estagiária.

À Professora Doutora Alexandra Serra por toda a disponibilidade, pelo apoio constante, pela partilha de conhecimentos e motivação que foram essenciais para o meu crescimento pessoal e, acima de tudo, enquanto futura profissional de psicologia.

A todos os profissionais que integram a Unidade Hospitalar, por todo o apoio e disponibilidade prestados desde o primeiro ao último dia de estágio. Quero agradecer a todos pela generosa partilha de conhecimentos, pelos conselhos e motivação, pelas conversas e, acima de tudo, pela boa disposição que também contribui bastante para que esta experiência fosse bastante enriquecedora.

A todos os professores que tiveram presentes e fizeram parte de todo o meu percurso de formação académica, pela transmissão de conhecimentos e valores que contribuíram para a construção e evolução da minha identidade e perfil profissional enquanto psicóloga.

Aos meus pais e à minha irmã que sempre estiveram presentes, pelo apoio incondicional e pelas palavras de encorajamento que sempre tiveram para comigo.

Aos meus amigos, Brito, Carlos, Márcio, Pedro, Sara por estarem sempre presentes e pela amizade.

À minha colega e amiga Raquel Silva pela amizade, pela partilha de experiência e apoio.

Ao meu colega de estágio, Álvaro Seixas, pela boa disposição e pelo apoio que demonstrou ao longo do estágio.

A todos estes, o meu muito obrigada!

Lista de Abreviaturas e Siglas

ACE-R – Avaliação Cognitiva de Addenbrooke

BSI – Inventário de Sintomas Psicopatológicos

CEB – Ciclo do Ensino Básico

DSM-5 – Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5.^a edição

DPSM – Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental

M.M.P.I. – Inventário Multifásico de Personalidade de Minnesota

MOCA – Montreal Cognitive Assessment

OPP – Ordem dos Psicólogos Portugueses

SCL-90 – Symptoms Checklist Revised

SNC – Sistema Nervoso Central

TCC – Terapia Cognitivo Comportamental

WAIS – III – Escala de Inteligência Wechsler para Adultos

WISC-III – Escala de Inteligência Wechsler para Crianças

Índice

Introdução.....	1
I. Caracterização da Instituição	2
1.1. Caraterização do Local de Estágio.....	2
1.2. Papel do Psicólogo na Instituição	4
II. Descrição das Atividades de Estágio.....	8
2.1. Reuniões de Orientação e Supervisão.....	8
2.2. Observação de Consultas Psicológicas	9
2.3. Observação da Avaliação Psicológica e Neuropsicológica	10
2.4. Avaliação Psicológica e Neuropsicológica.....	10
2.5. Atividades de grupo realizadas	12
2.6. Consulta Psicológica.....	15
2.7. Estudo de Caso.....	18
2.7.1. Identificação	18
2.7.2. Motivo e Pedido	19
2.7.3. História de Vida.....	19
2.7.5. Processo de Avaliação Psicológica.....	25
2.7.6. Enquadramento Conceptual da Problemática Psicológica	27
2.7.7. Processo de Intervenção Psicológica.....	31
2.7.8. Reflexão Final	40

2.8. Formação Complementar.....	42
Conclusão	44
Referências Bibliográficas.....	48
Anexos	53

Índice de Tabelas

Tabela 1: Casos Clínicos	18
--------------------------------	----

Índice de Figuras

Figura 1: Genograma de BM	24
---------------------------------	----

Índice de Anexos

Anexo I – Objetivos a desenvolver durante o período de estágio curricular

Anexo II – Exemplos de Relatórios de Avaliação

Anexo III – Apresentação da psicoeducação em PowerPoint sobre envelhecimento

Anexo IV – Plano de Intervenção Grupo de Competências

Anexo V – Registo Semanal dos Avaliação Níveis de Ansiedade

Anexo VI – Guião de Relaxamento Elaborado pela Estagiária

Anexo VII – Guião de Treino de Respiração

Anexo VIII – Guião de Treino de Relaxamento dos 7 grupos musculares

Anexo IX – Guião Relaxamento Imagético “A criança interior”

Anexo IX – Panfleto sobre Cyberbullying em tempos de pandemia realizado pela estagiária

Anexo X - Questionário sobre o Autoconceito

Anexo XI – Tomada de decisão: Procedimentos passo a passo

Anexo XII – Relaxamento Imagético – “O meu paraíso secreto”

Introdução

O estágio curricular constitui um momento de grande relevância na finalização do percurso académico, uma vez que consiste no primeiro contacto da estagiária com a prática clínica. Assim, possibilita a aplicação, ampliação e consolidação dos conhecimentos adquiridos ao longo de todo o percurso académico. O estágio proporciona a aquisição de experiência profissional e de conhecimentos científicos essenciais para a integração futura no mercado de trabalho.

O presente relatório de estágio curricular encontra-se inserido no segundo ano do Mestrado de Psicologia da Saúde e Neuropsicologia do Instituto Universitário de Ciências da Saúde e tem como objetivo principal explicar todas as atividades e aprendizagens realizadas no percurso do estágio. Este decorreu no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental sob supervisão da Professora Doutora Alexandra Serra e a orientação dos psicólogos clínicos do serviço em questão. O estágio iniciou-se a 30 de setembro de 2019 e terminou a 09 de junho de 2020 com um horário semanal das 9h às 16h30, segundas e quartas, perfazendo um total de 15 horas semanais. O horário acordado era, no entanto, de carácter flexível, tendo sido ajustado ao longo do período de estágio de acordo com as necessidades do serviço. No total, foram feitas as 420 horas de estágio, sendo que, 30 horas foram cumpridas em regime de teletrabalho devido ao plano de contingência face à pandemia provocada pela COVID-19.

Em termos de estrutura, este relatório divide-se em dois capítulos. O primeiro capítulo diz respeito à caracterização da instituição e do papel do psicólogo na mesma. O segundo capítulo dedica-se à descrição das atividades realizadas no âmbito do estágio, nomeadamente: execução de avaliações psicológicas e neuropsicológicas, descrição de um caso clínico e de um grupo de intervenção. Este último capítulo inclui, ainda, uma reflexão integradora do caso clínico e de todo o processo de estágio.

I. Caracterização da Instituição

1.1. Caraterização do Local de Estágio

O centro hospitalar tem como objetivo principal prestar cuidados de saúde de qualidade, diferenciar-se dos outros cuidados de saúde oferecidos e promover o posicionamento e articulação com a rede de Serviço Nacional de Saúde. Esta instituição é constituída por duas unidades hospitalares que possuem, no seu total, sete departamentos. O Departamento Cirúrgico, da Mulher e da Criança, Departamento de Ambulatório e Ligação Funcional, Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, Departamento de Urgência e Emergência, Cuidados Intensivos, Departamento Médico e Unidade de Estomatologia e Medicina Dentária. Todos estes possuem várias especialidades que permitem assegurar os cuidados de saúde necessários, bem como contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos seus pacientes. Assim, no seu todo, estas duas unidades hospitalares são responsáveis pela prestação de cuidados de saúde a 13 conselhos que se situam nas áreas geográficas adjacentes às mesmas servindo assim mais de 550 mil utentes.

A unidade hospitalar onde foi desenvolvido o estágio curricular começou a funcionar em abril de 2013. Este é considerado um hospital de proximidade, uma vez que se encontra equipado com as mais avançadas tecnologias e todo o seu funcionamento é centrado no doente. O estágio foi desenvolvido, mais concretamente, no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental (DPSM) que dispõe de uma equipa multidisciplinar ao serviço dos seus utentes. Esta equipa é constituída por serviços de Psiquiatria, Pedopsiquiatria, Serviços de Psicologia, de Enfermagem, Serviços Sociais e Administrativos. Todos estes serviços encontram-se disponíveis através de regimes de consultas externas num horário consecutivo de funcionamento das 8h00 às 20h00 durante todos os dias, excetuando fins-de-semana e feriados, em que o serviço se encontra encerrado. Outro regime disponível para os utentes é

o de internamento a partir do hospital de dia que também funciona diariamente das 9h00 até às 16h00.

Em termos estruturais, o DPSM possui seis psiquiatras, sendo que quatro deles são permanentes e os restantes dois só vão à unidade duas vezes por semana, seis psicólogos, dos quais só dois são permanentes, uma psicóloga estagiária para a ordem dos psicólogos e as restantes três psicólogas só se encontram no serviço um ou dois dias por semana ou mensalmente. Este departamento conta, ainda, com o serviço de quatro enfermeiras sendo que, três delas são responsáveis pelos serviços de enfermagem que funcionam no hospital de dia e a outra enfermeira está mais direcionada para a pedopsiquiatria. Tem ainda duas auxiliares de ação médica, uma assistente social e três assistentes administrativos. A fim de promover o melhor acompanhamento possível de cada utente e de cada situação em particular, todos estes profissionais encontram-se em permanente contacto para que haja uma resposta eficaz a todos os utentes. Este departamento funciona no rés-do-chão sendo formado por nove gabinetes que servem para as consultas das especialidades existentes no departamento, ou seja, consultas de psicologia, psiquiatria, pedopsiquiatria e serviço social. É assim composto por dois gabinetes de enfermagem, uma sala onde funciona a Unidade de Internamento Parcial, hospital de dia, uma outra sala onde funcionam as intervenções em grupo, dois átrios que funcionam como salas de espera para os utentes, uma sala para refeições e um gabinete onde funcionam os serviços administrativos.

Em termos de intervenção, este serviço intervém, maioritariamente, sob a forma de prevenção secundária garantindo o tratamento de doenças psicopatológicas, bem como o normal funcionamento psíquico do paciente. Esta procura, ainda, fazer uma reabilitação, promovendo, assim, uma redução das consequências que advêm da psicopatologia ou da alteração do normal funcionamento psíquico, bem como ajudar na inserção social destes pacientes. Quando não é possível esta reinserção social, os pacientes ficam internados na

unidade de internamento do departamento para que possam ser acompanhados diariamente pelos vários profissionais especialistas e terem, assim, o tratamento mais adequado à sua situação. Em hospital de dia, os pacientes desenvolvem várias atividades diárias como, por exemplo, atividades lúdicas, de relaxamento, treino cognitivo e treino de competências sociais. No que diz respeito às consultas externas de psicologia, os pacientes são encaminhados para este tipo de serviço através dos serviços internos, geralmente pelos psiquiatras, pelo serviço de internamento ou emergência ou ainda pelos centros de saúde através dos médicos de clínica geral e familiar. Estes pedidos chegam, habitualmente, através de carta ou por via telefónica. Os principais motivos de encaminhamento dos pacientes são: acompanhamento psicológico, avaliação psicológica ou para frequentarem terapias de grupo.

No que concerne às problemáticas mais frequentes no DPSM destaca-se a ansiedade, a depressão e o luto patológico, sendo os pacientes distribuídos pelas diferentes faixas etárias.

1.2. Papel do Psicólogo na Instituição

Segundo Isabel Leal e Pais Ribeiro (1996) podemos definir psicologia clínica e da saúde como:

“aplicação dos conhecimentos e métodos de todos os campos práticos da Psicologia, na promoção e manutenção da saúde física e mental do indivíduo e na prevenção, avaliação e tratamento de todas as formas de perturbação mental e física, nas quais as influências psicológicas podem ser usadas ou podem contribuir para aliviar o mau funcionamento ou «distress»” (p. 595).

Assim, o principal objetivo consiste em conseguir compreender de que forma é possível, através de intervenções psicológicas, contribuir para o bem-estar dos indivíduos (Teixeira, 2004).

Os psicólogos clínicos e da saúde trabalham em unidades hospitalares, centros de saúde e clínicas onde se confrontam diariamente com uma grande variedade de doenças orgânicas. Estas doenças resultam das interações biológicas, psicológicas e sociais que constituem manifestações subjetivas dos pacientes a essas mesmas doenças. Essas manifestações, por sua vez, são consequências das crenças, sentimentos e desejos que o paciente possui e das interações sociais (Simonetti, 2004; Mota et al., 2006). Os psicólogos clínicos desenvolvem, portanto, funções variadas como o psicodiagnóstico e tratamento bem como, avaliações e funções científicas (Ferreira, 2015). As suas funções encontram-se destinadas, principalmente, aos utentes, mas nunca se podem descuidar das suas famílias e da comunidade onde estão inseridos (Leal et al., 2012). Os psicólogos clínicos e da saúde encontram-se inseridos em equipas multidisciplinares que são essenciais para garantir o bem-estar completo da família e da comunidade e, principalmente, do indivíduo satisfazendo, assim, todas as necessidades básicas e essenciais para cada indivíduo (APA, 1998 cit in Leal et al., 2012).

No DPSM da unidade hospitalar em que foi desenvolvido o estágio, o psicólogo desempenha alguns papéis específicos. Assim, o psicólogo desempenha funções como acompanhamentos psicológicos, grupal e individual, e avaliação psicológica e neuropsicológica. Usualmente, os pacientes são conduzidos para o serviço de psicologia com o objetivo de receberem acompanhamento. Estes são encaminhados através de outros profissionais de saúde como o médico de saúde geral e familiar ou, mais frequente, pelo seu psiquiatra. Relativamente às avaliações psicológicas e neuropsicológicas os pedidos advêm,

geralmente, dos médicos psiquiatras quando há suspeitas da existência de algum déficit em particular ou para a obtenção de atestados multiusos. Estas avaliações são realizadas pelos psicólogos do serviço com recurso a instrumentos de avaliação psicológica/neuropsicológica. Estes têm como função avaliar determinadas funções e, concomitantemente, verificar se essas estão a funcionar dentro da normalidade ou se existe alguma deterioração em que seja necessária intervenção. Neste serviço em particular são utilizados vários instrumentos de avaliação no entanto, os mais usuais são os instrumentos de avaliação de deterioração mental como o Teste de Retenção Visual de Benton, provas de avaliação cognitiva como Avaliação Cognitiva de Addenbrooke (ACE-R), instrumentos de avaliação de desempenho intelectual como a WAIS-III e a WISC-III, instrumentos de avaliação de personalidade como o Inventário Multifásico de Personalidade de Minnesota (M.M.P.I.), provas de avaliação de psicopatologia, Symptoms Checklist (SCL-90) e provas que permitem avaliar a existência de lesões cerebrais orgânicas como é o caso do Teste da Figura Complexa de Rey.

Os pacientes acompanhados neste departamento encontram-se distribuídos por todas as faixas etárias. Assim, é traçado o tipo de intervenção terapêutica mais adequado para cada faixa etária e para cada paciente em particular. No tratamento de crianças ou adolescentes é mais valorizada a intervenção individualizada em relação à intervenção de grupo. Este tipo de paciente é encaminhado para o psicólogo, geralmente, devido a problemas como défices de atenção, dificuldades de aprendizagem, insucesso escolar ou problemas de ansiedade. Já no caso de pacientes adultos, estes beneficiam de intervenções individuais e de grupo e, usualmente o encaminhamento para o psicólogo prende-se, essencialmente, com problemas de depressão, ansiedade, luto e défices cognitivos. Assim, devido à afluência de pacientes com o mesmo tipo de problema e com vista a que o paciente tenha um acompanhamento mais frequente, comparativamente ao apoio individualizado, a equipa do departamento

supracitado, nomeadamente os psicólogos e psiquiatras, decidiram desenvolver sessões terapêuticas em grupo.

Existem vários grupos que funcionam de forma quinzenal e que permitem ao paciente contactar com outros pacientes com a mesma problemática, partilhar experiências, aprender a lidar com a sua doença e com os seus problemas. Desta forma, os pacientes beneficiam de um acompanhamento psicológico mais regular. Existem grupos terapêuticos de depressivos, grupos terapêuticos de relaxamento para profissionais de saúde, de treino de competências, grupo de gestão de ansiedade e o grupo da obesidade. Há ainda a possibilidade de internamento em hospital de dia quando os casos necessitam de um maior acompanhamento. Trata-se de um internamento parcial e voluntário, em que os pacientes se encontram no hospital das 9h às 16h. No hospital de dia, os pacientes desenvolvem diariamente atividades que vão desde o relaxamento, ao treino cognitivo, ao desenvolvimento de pequenas tarefas diárias, como por exemplo, o que fazer para o jantar, planear a ida ao supermercado ou trabalhar competências como pagamento de serviços e ainda atividades físicas que ocorrem, geralmente, uma vez por semana. Todas as atividades desenvolvidas são organizadas por um dos psicólogos permanentes deste serviço em constante articulação com as enfermeiras.

É de salientar, que todas as abordagens psicológicas utilizadas, quer em termos de intervenção individual quer em intervenções grupais, assentam no Modelo Cognitivo-Comportamental.

II. Descrição das Atividades de Estágio

2.1. Reuniões de Orientação e Supervisão

A orientação do estágio curricular no DPSM foi realizada pelos dois psicólogos permanentes deste serviço. Durante todo o período de estágio, a orientação decorreu sob a forma de reuniões semanais. Por norma, eram realizadas ao final da manhã ou da tarde, conforme o horário de trabalho de cada um dos orientadores. O horário e a frequência das reuniões foram ajustados tendo em consideração as necessidades da estagiária e disponibilidade dos orientadores.

Numa fase inicial do estágio, a orientação foi direcionada para temáticas como os principais objetivos do estágio (Anexo I), o que era esperado a estagiária desenvolver neste percurso e para o esclarecimento de dúvidas, essencialmente, relacionadas com o modo de funcionamento do serviço e das consultas. Numa fase posterior, estas reuniões focaram-se mais na discussão de casos de clínicos, onde se dialogava sobre a forma como o acompanhamento de cada paciente estava a decorrer e se esclareciam dúvidas sobre algumas avaliações realizadas. As reuniões possibilitaram, ainda, a partilha de conhecimentos e de ideias e constituíam um momento de tomadas de decisão e de apresentação de planos de intervenção.

Neste seguimento de acompanhamento, também foi realizada a supervisão do estágio pela Professora Doutora Alexandra Serra, sendo que as reuniões eram realizadas, por norma, com uma frequência quinzenal. Estas reuniões tinham como principal objetivo o esclarecimento de qualquer dúvida decorrente do estágio quer em termos de avaliações e terapia em grupo, mas essencialmente, sobre os acompanhamentos individuais. Nestas reuniões também eram discutidas todas as atividades que eram realizadas no contexto do estágio curricular.

2.2. Observação de Consultas Psicológicas

Na fase inicial, e tendo em conta os objetivos do estágio curricular, foram estabelecidas algumas etapas a seguir. A primeira etapa passava pela observação de consultas de acompanhamento, de avaliação psicológica e neuropsicológica bem como, das sessões terapêuticas em grupo. Assim, através desta observação, foi possível assistir a consultas de acompanhamento psicológico de pacientes com diversas patologias e em diferentes faixas etárias. Já nas consultas de avaliação psicológica e neuropsicológica a estagiária pôde contactar, pela primeira vez, com alguns dos instrumentos utilizados pelos psicólogos deste serviço. Teve, ainda, a oportunidade de observar intervenções terapêuticas em grupo.

Esta fase de observação foi fundamental para o desenvolvimento e evolução da estagiária, uma vez que, a observação possibilitou aprofundar e construir conhecimentos, bem como, desenvolver competências essenciais à prática. Refira-se, ainda, as reflexões partilhadas realizadas no fim de cada consulta sobre o respetivo caso como um excelente contributo e preparação para situações de consultas de avaliação psicológica e neuropsicológica e intervenção clínica.

Esta observação também foi importante para a estagiária adaptar-se ao contexto hospitalar e ao seu modo de funcionamento. Desde os sistemas informáticos, como o *Sclínico*, a outros materiais essenciais à prática clínica, principalmente, em termos de terapias em grupo, como materiais de multimédia e espaço físico utilizado, essencialmente, em sessões de relaxamento.

2.3. Observação da Avaliação Psicológica e Neuropsicológica

Antes de iniciar o processo de avaliação psicológica e neuropsicológica de forma independente, a estagiária passou por um período de estudo de todos os protocolos dos instrumentos avaliativos mais frequentemente utilizados no serviço, bem como das diretrizes de administração e cotação destes. Em seguida, como já referido, foi realizada a observação da administração dos protocolos de avaliação através da observação de consultas de avaliação psicológica dos seus orientadores e com a psicóloga estagiária da Ordem dos Psicólogos. Este período de estudo e observação foi decisivo para que o processo de avaliação psicológica fosse realizado com maior rigor e os resultados obtidos fossem válidos e fidedignos.

2.4. Avaliação Psicológica e Neuropsicológica

A avaliação psicológica consiste num procedimento organizado segundo princípios teóricos, métodos e técnicas de investigação, tanto ao nível da personalidade como de outras funções cognitivas do indivíduo (Ribeiro & Leal, 1997). Assim, trata-se de um processo científico, que advém de diversas provas e técnicas, com o intuito de descodificar problemas psicológicos (Silva et al., 2010). O principal objetivo de uma avaliação psicológica é formular hipóteses ou um diagnóstico relativamente ao funcionamento intelectual do paciente, às características da sua personalidade e marcadores psicopatológicos deste (Hutz, et al., 2015). Já a avaliação neuropsicológica consiste num método de investigação das funções cognitivas e do comportamento, relacionando-os com o funcionamento normal ou deficitário do sistema nervoso central (SNC). Este tipo de avaliação tem como principal objetivo fazer o diagnóstico de alguma patologia, se existir, qual a origem de alguns

sintomas, a gravidade das sequelas, o prognóstico para, mais tarde, fazer-se a reabilitação das funções perdidas ou deficitárias (Haase et al., 2012 cit in Malloy-Diniz et al., 2018).

A avaliação psicológica e neuropsicológica envolve assim, um conjunto de procedimentos. Estes vão desde a recolha anamnésica, a administração dos instrumentos adequados às características do paciente e ao que é pretendido avaliar, à análise, cotação, interpretação dos resultados obtidos, elaboração do relatório e à devolução dos resultados ao paciente. É de ressaltar que as provas psicológicas por si só não permitem retirar conclusões acerca do funcionamento do indivíduo. Todos os resultados obtidos nas provas psicológicas e neuropsicológicas devem ser sempre interpretados tendo em consideração os dados anamnésicos do indivíduo bem como a observação em contexto de consulta. Só assim é possível interpretar de forma eficaz os resultados de cada indivíduo (Ricou, 2016).

Assim, após o período de observação de consultas de avaliação psicológicas e neuropsicológicas, foi verificado se a estagiária tinha as aptidões necessárias para a prática de consultas de avaliação. Após a sua autorização procedeu-se ao agendamento de consultas de avaliação. No total do período de estágio, foram realizadas 60 consultas de avaliação psicológica e neuropsicológica e respetivo procedimento de cotação e elaboração do relatório para anexar ao processo clínico (Anexo II).

Neste serviço existe uma grande diversidade de instrumentos de avaliação disponíveis, sendo que os mais utilizados nas consultas de avaliação realizadas pela estagiária foram: Avaliação Cognitiva de Addenbrooke (ACE-R) para avaliação da deterioração mental; Inventário Multifásico de Personalidade de Minnesota (M.M.P.I.), para avaliação da personalidade; Escalas de Inteligência de Wechsler, para Adultos (WAIS-III); Teste de Retenção Visual de Benton, para determinação do índice de deterioração mental; Symptoms Checklist (SCL-90), para avaliação da psicopatologia; Montreal Cognitive Assessment

(MOCA), para avaliação cognitiva; Escala de Depressão de Auto-avaliação de Zung, para avaliar a existência de sintomas de depressão; e Escala de Ansiedade de Auto-avaliação de Zung, que permite avaliar a existência de sintomas de ansiedade.

Os pedidos de avaliação eram, normalmente, realizados pelo psiquiatra, com destaque para a população adulta e de terceira idade em que os pedidos eram maioritariamente de avaliação neuropsicológica. Estes tinham como objetivo confirmar ou infirmar diagnósticos demenciais e existência de défices cognitivos. Estes pedidos são deveras frequentes sendo notória a existência de muitos casos de queixas mnésicas, não só em indivíduos com idade mais avançada, como também em indivíduos de meia idade. Também surgiam, com muita regularidade, avaliações pedidas pelos psiquiatras e pelos médicos de clínica geral e familiar para obtenção de atestados multiusos para efeito de baixa médica, reforma antecipada ou para obtenção de benefícios de saúde.

2.5. Atividades de grupo realizadas

Relativamente à observação das intervenções em grupo, a estagiária teve a oportunidade de assistir ao Grupo Terapêutico de Competências, acompanhando todo o processo terapêutico do grupo. Teve, ainda, um papel mais ativo na participação e dinamização de atividades, estando presente em todas as sessões do processo terapêutico. Também foi dada a oportunidade de acompanhar o Grupo de Estimulação Cognitiva, sendo que este acompanhamento só ocorria de forma esporádica e agilizada com as necessidades do grupo. Neste sentido, apenas foram realizadas algumas sessões, nomeadamente, sessões de psicoeducação (Anexo III).

Assim, como já referido, ao longo do estágio foi possível fazer observação participante no Grupo Terapêutico de Competências para doentes com perturbação de ansiedade generalizada.

A grande maioria dos indivíduos experiêcia uma quantidade controlada de ansiedade, preocupação ou medo em diferentes momentos da sua vida. Esta experiência é natural na vida de cada um e tem um valor adaptativo e positivo (Lima & Oliveira, 2005). No entanto, para muitos indivíduos, a preocupação e ansiedade são persistentes e apresentam uma intensidade muito elevada, podendo interferir e afetar negativamente a sua vida (Lima & Oliveira, 2005). Quando tal acontece estamos perante uma Perturbação de Ansiedade Generalizada. De acordo com a American Psychiatric Association (2014), o diagnóstico aplica-se quando os indivíduos experienciam ansiedade e preocupação excessivas relativas a diversos acontecimentos ou atividades durante a maioria dos dias de forma persistente, durante 6 meses ou mais. Os indivíduos com este diagnóstico apresentam dificuldades no controlo dessa ansiedade. Esta está associada à presença de três ou mais dos seguintes sintomas físicos e psicológicos: agitação, fadiga, tensão muscular, irritabilidade, dificuldade de concentração e perturbação do sono (Lima & Oliveira, 2005).

A Perturbação de Ansiedade Generalizada é uma problemática bastante presente em todo o mundo, nomeadamente, em Portugal. Segundo o Programa Nacional para a Saúde Mental (2017), 16,5% da população portuguesa apresenta esta perturbação. Assim, dada a elevada percentagem de indivíduos afetados, torna-se uma necessidade realizar uma terapia de modo a tentar reduzir esta elevada prevalência.

No dia 2 de outubro de 2019 foi realizada a primeira sessão do grupo onde foi exposto o programa terapêutico e ocorreu a apresentação dos psicólogos responsáveis pela terapia. O grupo contou com a participação inicial de 16 elementos, ficando, posteriormente,

reduzido a 10 elementos, por motivos de desistência. Este grupo, assim como todos os grupos terapêuticos existentes no serviço, era realizado quinzenalmente, às quartas-feiras, das 10h00 às 12h00.

Assim, o DPSM oferece um serviço de apoio a todos os pacientes que sofrem da Perturbação de Ansiedade Generalizada através de uma terapêutica em grupo. Esta intervenção assenta numa abordagem terapêutica cognitiva comportamental com o principal objetivo de reduzir os níveis de ansiedade, respetivos sintomas e alterar pensamentos e crenças disfuncionais. Foram realizadas 10 sessões (Anexo IV) com objetivos e conteúdos estruturados como: apresentação dos participantes, administração dos instrumentos de avaliação a cada paciente (Escala de Ansiedade de Autoavaliação de Zung), identificação de problemas e estabelecimento de metas, apresentação do racional teórico sobre a problemática e partilha de experiências, estratégias de resolução de problemas, desenvolvimento de técnicas de relaxamento, prevenção de recaída e avaliação da evolução do processo terapêutico. A avaliação formal do estado de ansiedade de cada paciente foi realizada na primeira sessão e voltou a ser avaliada na última sessão, através da aplicação, como já anteriormente referido, da Escala de Ansiedade de Autoavaliação de Zung. Estas duas avaliações tinham como objetivo verificar a eficácia do processo terapêutico e, através destas, concluiu-se que houve, aparentemente, melhorias em grande parte dos participantes do grupo.

A observação-participante permitiu intervir e auxiliar na execução de algumas tarefas, nomeadamente planear e executar algumas sessões de relaxamento muscular progressivo, essencialmente, e no processo de avaliação. Esta participação foi desafiante e contribuiu para que a estagiária adquirisse mais conhecimentos à cerca dos processos de intervenção para esta psicopatologia e para as intervenções psicológicas em grupo, em geral. Este tipo de intervenção, tem particularidades que não se verificam nos acompanhamentos individuais,

tendo sido por isso, uma mais valia e uma experiência muito enriquecedora para a estagiária. Esta observação-participante permitiu ainda, adquirir conhecimentos sobre o relaxamento muscular progressivo e desenvolver capacidades sobre intervenção e gestão em grupo, o que nem sempre foi fácil para a estagiária. No entanto, sempre teve o apoio dos seus orientadores, o que facilitou o processo.

2.6. Consulta Psicológica

A consulta psicológica é um meio fundamental para obter informações psicológicas essenciais acerca do paciente e, assim, compreender melhor a sua problemática. A partir da recolha e análise desta informação é possível formular hipóteses de diagnóstico e delinear o processo psicoterapêutico mais adequado ao paciente e à problemática em questão (Noronha & Freitas, 2005). Por sua vez, para além destes objetivos essenciais, a consulta psicológica, em contextos de saúde, também tem como objetivo compreender como os fatores biológicos, comportamentais e sociais que podem influenciar, positivamente e negativamente, o estado de saúde e doença de cada paciente. Este tipo de intervenção psicológica tem como finalidade contribuir para a melhoria do bem-estar do indivíduo e da sua comunidade (Trindade & Teixeira, 2002 cit in Almeida & Malagris, 2011).

A intervenção da psicologia clínica e da saúde no hospital assenta no modelo biopsicossocial que tem como objetivo promover, educar para a saúde e aproximar os utentes e cuidadores formais. Este tipo de intervenção procura fornecer ferramentas aos pacientes para que estes possam controlar e melhorar a sua qualidade de vida (Castro, 2004). Para tal, este tipo de intervenção passa, essencialmente, pela intervenção em crise, educação para a

saúde, acompanhamentos psicológicos, treino de competências e estratégias para enfrentar os problemas.

O hospital é um ambiente que necessita de intervenções mais diretivas, breves e focadas nos problemas. Assim, deste modo, a terapia cognitivo-comportamental é bastante útil (Neto, 2001 cit in Peron & Sartes, 2015). Este tipo de intervenção promove a colaboração e participação ativa do paciente, estabelece metas, ocupa-se dos problemas atuais do paciente, enfatiza a educação para o problema de uma forma breve e estruturada e promove a reestruturação cognitiva e, conseqüentemente, mudanças no comportamento do indivíduo (Peron & Sartes, 2015).

Assim, a intervenção psicológica praticada no DPSM assenta no modelo de intervenção biopsicossocial que defende que, a doença é resultante da interação entre mecanismos biológicos, interpessoais e ambientais (Fava & Sonio, 2008 cit in Aragão, 2016) e nos pressupostos defendidos pela Terapia Cognitivo-Comportamental. Relativamente a este tipo de intervenção psicoterapêutica, estudos desenvolvidos sobre a eficácia da intervenção cognitivo-comportamental têm demonstrado que há uma diminuição dos sintomas associados à patologia, bem como sobre as recaídas numa grande multiplicidade de transtornos psiquiátricos (Knapp & Beck, 2008 cit in Reyes & Fermann, 2017). Este tipo de intervenção psicológica defende que a forma como o indivíduo estrutura as suas experiências irá determinar o modo como ele se sente e, conseqüentemente, como se irá comportar (Dattilio & Freeman, 1998 cit in Reyes & Fermann, 2017). Este tipo de intervenção psicoterapêutica faz uso de técnicas como, por exemplo, a psicoeducação, a reestruturação cognitiva, relaxamento muscular e role-play.

Como já referido, os primeiros dois meses de estágio curricular, aproximadamente, foram dedicados não só à observação de avaliações psicológicas e neuropsicológicas, como

também à observação presencial de consultas de acompanhamento psicológico. Neste sentido, foi dada à estagiária a oportunidade de assistir a consultas de acompanhamento psicológico. Estas consultas abrangiam todas as faixas etárias, apesar de ter assistido mais frequentemente a consultas com indivíduos adultos de meia idade. A maior parte do período de observação foi realizado com os orientadores, no entanto, existiram algumas situações de observação de consulta com a estagiária profissional da OPP. Esta primeira fase foi bastante vantajosa, uma vez que foi possível um primeiro contacto com a realidade da prática clínica, bem como obter uma maior perceção das problemáticas existentes e dos métodos de intervenção. Esta fase do estágio foi bastante importante e gratificante na medida em que foi possível, através das consultas psicológicas, pôr em prática e consolidar os conteúdos lecionados nas diversas unidades curriculares lecionadas ao longo de todo percurso académico e, ainda, adquirir competências e conhecimentos mais aprofundados sobre diversas temáticas.

Seguida esta primeira fase de observação, e reunidas as competências necessárias para o acompanhamento autónomo, foi permitido à estagiária ter os seus próprios processos de acompanhamento de forma mais autónoma, sendo sempre supervisionada pelos seus orientadores. Assim, para todos os acompanhamentos foi desenvolvido, pela estagiária, um plano de intervenção, previamente discutido com os orientadores e com a supervisora.

No que diz respeito às problemática mais frequentes, estas variam consoante a faixa etária em que o paciente se encontra inserido. No geral, pode-se apontar que nas crianças e adolescentes encontram-se problemas, essencialmente, do foro ansioso, défice de atenção e aprendizagem e sintomatologia depressiva. No caso dos adultos destacam-se problemáticas como a depressão, ansiedade, luto e problemas familiares. No que diz respeito aos idosos, estes apresentam as mesmas psicopatologias do grupo etário anterior, acrescentando ainda a existência marcada de défices cognitivos e quadros demenciais.

Na tabela seguinte é possível observar uma breve descrição de todos os processos de acompanhamento desenvolvidos ao longo do período de estágio curricular.

Tabela 1

Casos Clínicos

Identificação	Problemática	Avaliação Psicológica	Abordagem Terapêutica	Observações
B. M. 19 anos 5 consultas	Depressão	BSI	Psicoeducação Reestruturação Cognitiva TCC	Encaminhamento
C. R. 41 anos 8 consultas	Depressão	Inventário de Avaliação Clínica da Depressão	Reestruturação Cognitiva	Encaminhamento
J. R. 16 anos 2 consultas	Dificuldades de aprendizagem associadas a uma dislexia	-----	Apoio psicológico Sessões de follow-up	Encaminhamento

2.7. Estudo de Caso

2.7.1. Identificação

BM é uma jovem de 19 anos do sexo feminino, solteira, que atualmente frequenta o primeiro ano do curso de Bioquímica. A sua residência permanente é em Amarante, juntamente com a mãe e o pai, sendo que atualmente está a viver, durante a semana, em Vila Real.

2.7.2. Motivo e Pedido

BM começou a frequentar o serviço de psiquiatria da unidade hospitalar a outubro de 2019 sendo posteriormente orientada para psicologia devido a diagnóstico de depressão, com várias tentativas de suicídio associadas e problemas de gestão de ansiedade relacionados com a vida académica.

BM já foi seguida por uma psicóloga escolar quando frequentava o ensino básico e, mais recentemente, em consulta privada por “*tentativas de suicídio*” (sic). Na primeira consulta de psiquiatria no serviço hospitalar foi pedido apoio psicológico para BM devido à sintomatologia que apresentava. Atualmente, BM mantém consultas de psiquiatria e psicologia.

2.7.3. História de Vida

BM nasceu a 21 de março de 2001, é a filha mais nova e foi uma filha desejada. A gravidez correu sem complicações nascendo de parto eutócico. O desenvolvimento da motricidade e linguagem decorreram dentro dos parâmetros normativos, no entanto a sua primeira infância foi marcada por alguns problemas médicos. BM refere que “*nunca brinquei muito porque era muito doente*” (sic). Estes problemas médicos surgiam porque BM tinha um sistema imunitário deficitário ficando frequentemente doente. Quando tinha apenas 4 anos, ficou internada durante um mês devido a problemas no trato digestivo, tendo sofrido uma intervenção cirúrgica de risco devido à sua idade. Para além disto sempre teve muitas alergias ao pólen e ao pó, o que, por vezes, a impedia de andar ou brincar na rua. Durante toda a sua infância viveu numa aldeia que tinha apenas quatro casas e que todas elas

pertenciam a familiares seus, tios e avós maternos. Por isso estabeleceu uma relação muito forte com os seus avós maternos, uma vez que convivia regularmente com eles. Até à ida para o infantário ficou em casa sendo cuidada pela mãe que, devido aos seus problemas de saúde deixou de trabalhar para cuidar de BM. Em consequência, desenvolveu uma relação muito próxima e forte com esta, relação que se perdura até aos dias de hoje.

Aos cinco anos ingressou no infantário onde teve uma educadora de infância que exercia violência física e verbal si e os seus colegas. Esta foi a primeira referência de violência que BM enfrentou e que a marcou bastante. BM chegou a ser agredida fisicamente, mas não contou nada aos pais. Estes só descobriram porque o pai, quando lhe foi dar banho, encontrou o corpo cheio de hematomas. Quando questionada, BM não conseguiu esconder. Esta professora acabou por ser despedida tendo vindo uma outra com a qual não teve qualquer tipo de problemas. Refere que nesta fase da sua vida era uma criança muito extrovertida, alegre e que fazia amigos com muita facilidade.

Aos seis anos tudo muda na vida de BM. A família teve de mudar de área de residência, passando a viver no local onde habitam atualmente. BM considera que a mudança teve um impacto muito negativo na sua vida. Esta refere que antes viviam numa aldeia pequena onde tudo era conhecido e que tinha liberdade para andar por onde quisesse e que, ao mudarem para uma cidade, esta liberdade passou a ser muito condicionada. Mas, acima de tudo, o maior impacto desta mudança na vida de BM foi o facto de ser ter separado da sua família materna e, principalmente, dos seus avós maternos, com quem tinha uma forte relação e com quem convivia diariamente. Com esta mudança esta convivência diária deixou de existir passando a estar com os avós somente aos fins-de-semana quando estes a visitavam. BM refe que esta separação a marcou muito pois, os seus avós ajudaram a mãe a criá-la, brincavam muito com ela, iam buscá-la à escola e que, após a mudança de área de residência, a sua relação com eles modificou-se completamente.

Esta fase de mudança na vida pessoal de BM coincidiu com a sua entrada para o ensino básico. Devido a esta mudança, a entrada para a escola primária não foi bem-sucedida. BM sofreu de *bullying* durante quase todo o seu percurso do ensino básico. Os colegas exerciam *bullying* verbal sobre esta porque era “*muito gordinha*” (sic). Este seu excesso de peso foi uma consequência da operação que sofreu aos quatro anos. No entanto, BM refere que isso não a afetava, “*naquela idade eu não ligava ao que os outros me diziam. Eles chamavam-me nomes e eu ficava chateada, mas passado um bocado já não se passava nada e já ia brincar com eles outra vez, como se nada se tivesse passado*” (sic). Relativamente ao seu desempenho e rendimento escolar, BM sempre foi uma ótima aluna tendo sempre muito boas notas, no entanto refere que não estudava muito porque não gostava de estudar.

Com a entrada para o 2.º ciclo do ensino básico (CEB), BM teve novamente de mudar de escola, no entanto a sua turma era a mesma do 1.º CEB o que, segundo a mesma, facilitou o processo de adaptação ao novo contexto escolar. BM refere que melhorou o seu desempenho escolar porque tinha mais disciplinas e gostava de aprender mais coisas. Passou a tirar melhores notas passando a estar no quadro de honra da escola. Nesta fase da sua vida BM descreve-se como sendo uma criança/ jovem muito alegre e divertida.

Por volta dos 14 anos BM começou a frequentar Ballet por incentivo da mãe, mas desde logo começou a gostar. Embora esta atividade fosse de carácter extracurricular, esta era frequentada por alunas da mesma escola de BM. Assim, neste contexto foi novamente vítima de *bullying*, por parte deste grupo de colegas. As colegas maltratavam-na, exercendo violência psicológica principalmente, sendo que, mais tarde, exerceram também violência física. A partir deste acontecimento, BM ficou psicologicamente muito afetada. Esta deixou de falar com o restante grupo de amigos que tinha, isolou-se e deixou de comer. A sua autoestima diminuiu, passando a não gostar do seu corpo “*passei a odiar-me*” (sic). Com

esta situação, BM acabou por abandonar o ballet, atividade que gostava muito. A nível social perdeu o contacto com quase todos os amigos passando a ter um grupo muito restrito de amigos e só convivia com estes em período de aulas.

Aos 15 anos entrou no ensino secundário, mudando novamente de escola. BM considera que com esta mudança de contexto escolar passou a sentir-se melhor, uma vez que já não contactava com o grupo que exercia *bullying* sobre ela. O primeiro ano de secundário, 10.º ano, correu muito bem. BM obtinha bons resultados, fez novos amigos com quem tinha uma ótima relação e com os quais convivia frequentemente, mesmo fora da escola. Estas amizades mantêm-se até aos dias de hoje. Contudo, no 11º ano, as colegas que exerceram atos de *bullying* no ballet começaram a frequentar a mesma escola que BM. Refe que “*aí o pesadelo voltou*” (sic). No 11º e 12º as notas desta começaram a descer e começou a sentir-se pior novamente a nível emocional. Nesta fase complicada encontrou apoio num amigo, que fazia parte do seu grupo de amigos, e começaram a namorar aos 16 anos. Este sempre foi uma grande fonte de suporte, apoiava-a em tudo e compreendia-a. Namoraram cerca de 3 anos, mas acabaram quando o namorado ingressou na faculdade. BM acredita que o final da relação aconteceu por sua culpa devido aos seus problemas “*Se fosse eu também não queria ficar com uma pessoa que fosse um monte de problemas*” (sic). Esta perda deixou-a perturbada emocionalmente, pois ainda gostava muito dele, refere que só vivia para ele, na altura que namoravam só saía com ele e era nele que confiava toda a sua vida.

Atualmente, BM tem o seu grupo de amigos que surgiu, como já referido, no 10º ano. Deste grupo, o seu melhor amigo é o único que está a par do seu diagnóstico de depressão e das tentativas de suicídio, pois BM sente que este amigo a consegue perceber. Os restantes não sabem, “*mas eu acho que desconfiam*” (sic). Frequenta o primeiro ano de Bioquímica em Vila Real, sendo este curso que sempre quis. Devido à distância teve de mudar-se para lá, vivendo num apartamento que divide com mais duas colegas. Estas duas colegas são mais

reservadas por isso, não mantêm muito contacto embora gostasse que isso fosse diferente. Esta conseguiu adaptar-se à faculdade, fazer novos amigos, referindo que, apesar de ser muito reservada, isso apenas se aplica aos seus problemas pessoais, uma vez que revela dificuldades em expressar os seus sentimentos e anseios às outras pessoas. No entanto, no que diz respeito à socialização e fazer novos amigos, BM não apresenta qualquer tipo de dificuldades. Teve facilidade em ambientar-se à faculdade e construir novas amizades, mencionando que passou a frequentar a praxe e que, no início, era das coloiras favoritas dos doutores que a praxavam uma vez que, era bastante comunicativa e divertida. No entanto conta que, passado um tempo, os estes começaram a colocá-la de parte, assim como a outras colegas, e a tratarem-na mal. Esta situação, associada à mudança de casa, à distância dos pais e o curso não estar a corresponder às suas expectativas, deixaram-na bastante deprimida. BM refere que perdeu a vontade de fazer algumas coisas, tudo era feito com grande esforço, só queria estar na cama, num quarto fechado, com tudo apagado, não comunicava com ninguém, tendo-se mesmo afastado das pessoas mais próximas como amigos e família. Aos fins-de-semana quando vinha a casa não comunicava muito, quando chegava até vinha “*um pouco mais animada, mas ao domingo à noite quando tinha de fazer as malas para voltar para Vila Real, começava a chorar imenso*” (sic). Toda esta situação influenciou, pela primeira vez, o seu desempenho académico. BM obteve baixos resultados nas frequências e nos exames, não tendo conseguido concluir todas as disciplinas do primeiro semestre, o que a deixou ainda mais deprimida.

Note-se que a mãe da paciente referiu algumas mudanças positivas no comportamento de BM desde que começou a frequentar o serviço de psiquiatria, uma vez que “*anda mais animada*” (sic). Tem demonstrado maior predisposição para comunicar e interagir com os outros, inclusive com a irmã mais velha, com quem não tinha uma boa relação nos últimos meses. A irmã de BM é mais velha 4 anos e, quando eram mais novas

tinham uma boa relação. No entanto, tudo mudou há cerca de dois anos quando a sua irmã teve de imigrar para a Alemanha. BM passou a ter uma relação distante com esta, sendo que falavam muito pouco uma com a outra. BM culpa a irmã por esta ter ido embora numa das alturas mais difíceis de sua vida e de não ter estado cá para a apoiar quando ela mais precisava. Refere mesmo que foi a partir da irmã ter imigrado que os pensamentos de suicídio começaram a surgir-lhe. Recentemente, e desde que cometeu a última tentativa de suicídio, em outubro passado, a relação com a irmã tem melhorado muito sendo que chegam a falar quase todos os dias ao telefone. A relação com a mãe continua a ser muito forte, pois é a ela que recorre sempre que necessita, sendo esta a sua principal fonte de suporte. Relativamente à sua relação com o pai refere que “*É uma relação normal, mas bem mais distante do que com a minha mãe*” (sic). BM considera que o pai nunca foi muito presente e que, recentemente, descobriu que este tinha uma relação extraconjugal o que afetou bastante a relação pois, refere que já não confia nele como confiava. “*Como pai não tenho nada a apontar, sempre foi um bom pai, embora um pouco ausente. Mas como marido falhou muito o que me entristece e, o pior, é a minha mãe fingir que não se passa nada*” (sic).

2.7.4. Genograma Familiar

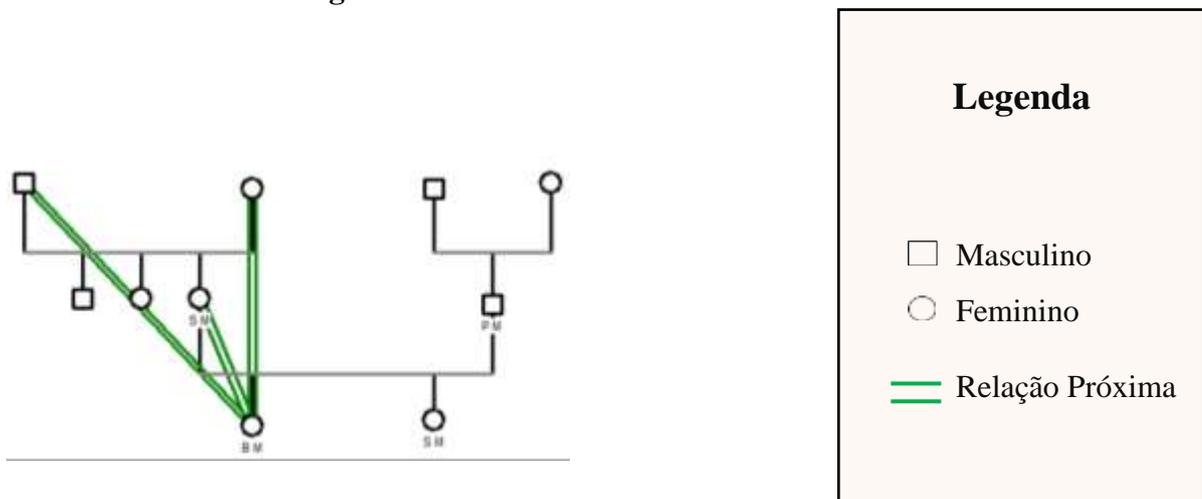


Figura 1: Genograma da Família de B.M.

2.7.5. Processo de Avaliação Psicológica

No processo de avaliação psicológica, o psicólogo procura obter mais informações contextualizadas sobre o paciente e os seus problemas utilizando, para isso, diferentes meios e instrumentos validados para o efeito pretendido. A escolha das estratégias e dos instrumentos utilizados deve ser feita sempre de acordo com o referencial teórico, o objetivo e a finalidade (Araújo, 2007). Assim, este processo é fundamental para ajudar a estabelecer um diagnóstico psicopatológico fidedigno e fundamentado ou para confirmar a evolução da problemática quando já há existência de um diagnóstico prévio.

Assim, a recolha de dados acerca da história de vida e do problema atual da paciente foi realizada através da entrevista e observações clínicas. A avaliação psicológica formal foi realizada somente na quarta sessão. Inicialmente, a paciente mostrou-se pouco empenhada, mas com o avanço das sessões e o aumento da confiança na relação terapêutica BM demonstrou-se mais colaborante e participativa.

Na segunda sessão foi-lhe pedido que preenchesse um *Symptoms Checklist-90* (SCL-90) ao qual a paciente não respondeu ao pedido, justificando com a sua falta de motivação para realizar qualquer tarefa. Assim, com o avançar da relação terapêutica e melhoria do humor da paciente foi-lhe administrado, em contexto de consulta, na quarta sessão, o Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI).

O BSI consiste num instrumento de avaliação psicológica objetiva avaliar a presença de sintomas psicopatológicos e perturbação emocional em termos de nove dimensões de sintomatologia e três índices globais. É um instrumento de autorrelato, desenvolvido por Derogatis (1982) tendo sido validado para a população portuguesa por Canavarro (1995). Este instrumento é constituído por 53 itens avaliados em nove dimensões, as quais a

somatização (7 itens), obsessões-compulsões (6 itens), sensibilidade interpessoal (4 itens), depressão (6 itens), ansiedade (6 itens), hostilidade (5 itens), ansiedade fóbica (5 itens), ideação paranoica (5 itens) e psicoticismo (5 itens) e três índices globais os quais o índice global de sintomas (IGS), o total de sintomas positivos (TSP) e o índice de sintomas positivos (ISP). A cotação é realizada através de uma escala do tipo *likert* que varia entre “nunca” a “muitíssimas vezes”. A versão portuguesa apresenta uma boa consistência interna entre as subescalas apresentando um alfa de *Cronbach's* que varia entre ,62 e ,80 (Canavarro, 2007).

Os resultados obtidos por BM no BSI revelam índices sintomatológicos significativamente elevados em praticamente todas as dimensões avaliadas. A depressão (5,00; $M=0,89$; $DP=,72$), a sensibilidade interpessoal (4,75; $M=,96$; $DP=,73$), o psicoticismo (4,60; $M=,67$; $DP=,61$), as obsessões-compulsões (4,33; $M=1,29$; $DP=,88$), a ansiedade (4,00; $M=,94$; $DP=,77$), a somatização (3,57; $M=,57$; $DP=,92$), a ansiedade fóbica (3,20; $M=,42$; $DP=,66$), ideação paranoide (2,60; $M=1,06$; $DP=,79$) e hostilidade (2,00; $M=,89$; $DP=,78$). No geral, relativamente ao índice global de sintomas (IGS) BM apresenta valores acima da média para a população em geral (3,74; $M=,84$; $DP=,48$) o que significa um mal-estar resultante da perceção do funcionamento somático.

Este resultado pode ser explicado pelo estado de ânimo depressivo que BM sentia devido ao elevado grau de ansiedade a que tinha estado exposta face aos estudos. À data da avaliação BM encontrava-se em época de exames e, por esse motivo, estava muito ansiosa e deprimida. Os resultados acima da média para a subescala S-I podem ser explicados devido a alguma timidez apresentada por BM no contacto inicial com as outras pessoas no que diz respeito à exposição as suas emoções. Através destes resultados é possível verificar que a depressão é a dimensão com o valor mais elevado, confirmando assim o diagnóstico de depressão de BM.

2.7.6. Enquadramento Conceptual da Problemática Psicológica

BM é encaminhada para o serviço de Psicologia com indicação de um quadro de depressão, com tentativas de suicídio associadas e problemas de gestão dos níveis de ansiedade. Apesar destas serem as problemáticas mais evidentes na paciente, existem um conjunto de fatores que revelaram ser pontos chave para a sintomatologia atual. O facto de ter sido vítima de *bullying* por parte de alguns colegas de escola ao longo da sua infância e adolescência, o comprometimento do nível da sua autoestima e da autoeficácia, mudanças na sua vida académica e pessoal e problemas familiares recentes. Estes fatores contribuíram bastante para o agravamento da sua problemática, a depressão.

A depressão é umas das doenças psiquiátricas mais comuns e um dos principais problemas de saúde em todo o mundo. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), esta problemática é mais prevalente nas mulheres. Uma em cada quatro mulheres têm o diagnóstico de depressão ou sofreram pelo menos uma crise depressiva durante a sua vida enquanto que nos homens esta proporção passa para um em cada dez (OMS, 2015). Em Portugal estima-se que 2 a 3% dos homens e 5 a 9% das mulheres desenvolvem depressão na forma mais grave da doença e 20% das mulheres e homens desenvolvem depressão sobre formas mais ligeiras. A depressão constitui um transtorno de humor e cujas características mais comuns são: a presença de humor triste, vazio ou irritável, acompanhado de alterações somáticas e cognitivas que afetam significativamente a capacidade de funcionamento do indivíduo (DSM-5, 2014). Em termos clínicos, os sintomas e características da depressão não se restringem à presença de um humor deprimido. Caracteriza-se, ainda, por alterações de humor, de psicomotricidade e por uma variedade de distúrbios somáticos e neurovegetativos (Assumpção-Junior, 1998 cit in Canale & Furlan, 2006). A intensidade e frequência dos sintomas variam muito de indivíduo para indivíduo (Canale & Furlan, 2006).

São vários os fatores que podem tornar alguns indivíduos mais vulneráveis a esta psicopatologia, nomeadamente: fatores bioquímicos, como a diferença de concentração de determinadas substâncias químicas no cérebro, fatores genéticos, questões ligadas à personalidade do próprio indivíduo como baixa autoestima e pessimismo; fatores ambientais, como a exposição à violência, negligência e abuso. No caso de B.M em particular, é possível verificarmos a existência de fatores relacionados com a sua personalidade e com o ambiente que podem explicar o surgimento desta psicopatologia. BM tem, frequentemente, pensamentos negativos sobre algumas situações do seu dia-a-dia, principalmente, com questões de caris académico. E foi vítima de violência, física e psicológica, ao longo da sua vida.

Segundo o DSM-5 (APA, 2013), BM preenche todos os critérios para Transtorno Depressivo Persistente (Distimia) sendo eles: (A) Humor deprimido na maior parte do dia, na maioria dos dias, indicado por relato subjetivo ou por observação feita por outras pessoas, pelo período mínimo de dois anos. Em crianças e adolescentes, o humor pode ser irritável, com duração mínima de um ano. BM refere que “*Durante uma semana passo mais de metade dos dias deprimida.*” (sic). (B) Presença, enquanto deprimido, de duas (ou mais) das seguintes características: 1. apetite diminuído ou alimentação em excesso; 2. insônia ou hipersônia; 3. baixa energia ou fadiga; 4. baixa autoestima; 5. concentração pobre ou dificuldade em tomar decisões; 6. sentimentos de desesperança. Relativamente a este critério de diagnóstico, BM apresenta cinco dos sintomas relatados sendo eles: hipersônia, fadiga, baixa autoestima, dificuldades de concentração e tomar decisões e sentimento de desesperança especialmente nem relação ao futuro. (C) Durante o período de dois anos (um ano para crianças ou adolescentes) de perturbação, o indivíduo jamais esteve sem os sintomas dos Critérios A e B por mais de dois meses. BM relata que estes sintomas começaram na sua adolescência e que, desde então, com mais ou menos frequência, sempre

teve presente alguns destes sintomas. Os principais sintomas apontados passam pela baixa autoestima, o humor deprimido e dificuldades em tomar decisões. (D) Os critérios para um Transtorno Depressivo Maior podem estar continuamente presentes por dois anos. (E) Jamais houve um episódio maníaco ou um episódio hipomaníaco e jamais foram satisfeitos os critérios para transtorno ciclotímico. (F) A perturbação não é mais bem explicada por um transtorno esquizoafetivo persistente, esquizofrenia, transtorno delirante, outro transtorno do espectro da esquizofrenia e outro transtorno psicótico especificado ou transtorno do espectro da esquizofrenia e outro transtorno psicótico não especificado. (G) Os sintomas não se devem aos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., droga de abuso, medicamento) ou a outra condição médica (p. ex., hipotireoidismo). (H) Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo. Os sintomas que BM apresenta causam-lhe sofrimento clinicamente significativo e prejuízo no seu funcionamento profissional/académico e, acima de tudo, social.

Deste modo, tendo em conta os dados anamnésicos, os sintomas relatados e os dados obtidos decorrentes da avaliação psicológica, confirma-se o quadro clínico de Transtorno Depressivo Persistente (Distímia). A partir de todos os dados recolhidos ao longo do processo de acompanhamento psicoterapêutico foi possível inferir, em comorbilidade, um quadro de Perturbação de Ansiedade Generalizada.

A ansiedade é positiva e adaptativa constituindo um mecanismo fisiológico de proteção que tem como principal objetivo favorecer a sobrevivência do indivíduo. Esta mantém o indivíduo vigilante, alerta e preparado para que, se necessário, esteja preparado para a fuga. Sendo que, para tal, leva o organismo a ter respostas fisiológicas e comportamentais específicas. No entanto, quando a intensidade deste mecanismo de ansiedade é demasiado elevada, provoca comportamentos inadequados com uma tendência

cada vez mais frequente e crónica. Quando tal se verifica estamos perante um caso de Perturbação de Ansiedade (Gross & Hen, 2004). A ansiedade deriva de uma preocupação e incerteza face a um evento futuro ou de uma situação hipotética que pode, ou não, ocorrer e de como esta se poderá desenvolver. Esta apresenta respostas e comportamentos negativos influenciados pelo medo, ansiedade e stress, levando assim a sentimentos de preocupação excessiva e medo. Esta perturbação está, muitas vezes, associada a outras patologias psiquiátricas como a depressão.

Segundo o DSM-5, os critérios de diagnóstico para a Perturbação de Ansiedade Generalizada são: (A) Ansiedade e preocupação excessivas (expectativa apreensiva), ocorrendo na maioria dos dias por pelo menos seis meses, com diversos eventos ou atividades (tais como desempenho escolar ou profissional). BM apresenta preocupação excessiva com tudo o que seja relacionado com a vida escolar. (B) O indivíduo considera difícil controlar a preocupação. (C) A ansiedade e a preocupação estão associadas com três (ou mais) dos seguintes seis sintomas (com pelo menos alguns deles presentes na maioria dos dias nos últimos seis meses): 1. Inquietação ou sensação de estar com os nervos à flor da pele. 2. Fadiga. 3. Dificuldade em concentrar-se ou sensações de mente em “branco”. 4. Irritabilidade. 5. Tensão muscular. 6. Perturbação do sono (dificuldade em conciliar ou manter o sono, ou sono insatisfatório e inquieto). BM apresenta, há pelo menos 7 meses, sintomas como: fadiga, dificuldades de concentração e sensações de mente em “branco”, especialmente em situações de maior stress como em exames escolares, tensão muscular e perturbação do sono uma vez que esta, embora consiga dormir, quando acorda sente-se cansada não tendo, por isso, um sono reparador. (D) A ansiedade, a preocupação ou os sintomas físicos causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo. (E) A perturbação não se deve aos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., droga de abuso, medicamento)

ou a outra condição médica (p. ex., hipertireoidismo). (F) A perturbação não é mais bem explicada por outro transtorno mental. Assim, BM cumpre também todos os critérios de diagnóstico para este tipo de perturbação sendo que, neste caso em concreto, os fatores potenciadores desta ansiedade generalizada prendem-se essencialmente como a vida académica da paciente.

2.7.7. Processo de Intervenção Psicológica

Tendo em consideração o diagnóstico da paciente, as suas queixas e os resultados da avaliação psicológica apresentados, a intervenção psicológica realizada com BM foi, sobretudo, guiada pelos pressupostos da Terapia Cognitiva Comportamental (TCC). Esta é considerada eficaz para o tratamento da depressão e da ansiedade em contextos hospitalares (Caetano, 2018).

A intervenção cognitivo-comportamental na depressão passa por trabalhar a componente cognitiva do paciente, ajudando-o a modificar crenças existentes e, conseqüentemente, comportamentos associados. As estratégias terapêuticas da depressão envolvem três fases: a primeira fase foca-se nos pensamentos automáticos e esquemas depressogénicos; a segunda na forma como o indivíduo se relaciona com os outros e a terceira promove a mudança de comportamentos perante a situação problema (Beck, 1995 cit in Powell et al., 2008). Durante a intervenção terapêutica, o psicólogo deve ajudar o paciente a identificar as suas perceções distorcidas e ajudar a modificá-las, reconhecer os pensamentos negativos e dar pensamentos alternativos que se adaptem melhor à realidade. Deve ainda encontrar evidências que sustentem os pensamentos negativos, bem como os alternativos, e ajudar o indivíduo a ter pensamentos mais adaptativos face a determinadas

situações. Todo este processo tem por base a reestruturação cognitiva (Powell et al 2008). No que diz respeito à parte comportamental, esta intervenção passa essencialmente pelo alívio dos sintomas. Para tal são utilizadas algumas estratégias como o agendamento e monitorização de atividades e registo de atividades mais ou menos prazerosas.

Já no que diz respeito à intervenção psicológica para a Perturbação de Ansiedade Generalizada, tal como na depressão, esta passa por intervir quer na parte cognitiva, quer na parte comportamental do indivíduo. Como tal são utilizadas várias estratégias cognitivas como a psicoeducação, a reestruturação cognitiva de pensamentos automáticos negativos, procura de evidências para aqueles pensamentos e comportamentos, análise de vantagens e de desvantagens relacionadas com tomadas de decisões e resolução de problemas possíveis. Já mais na vertente comportamental, este tipo de intervenção passa, muitas vezes, pelo uso de técnicas de relaxamento muscular progressivo e imagético (Oliveira, 2011).

Neste sentido, os objetivos principais da intervenção psicológica baseiam-se em estabelecer uma relação empática e de confiança com a paciente, modificar pensamentos automáticos negativos, controlar a ansiedade e promover a autonomia, a assertividade e a autoestima.

O processo de intervenção de BM teve início a 15 janeiro de 2020 com um total de 12 sessões. As quatro primeiras foram realizadas com a paciente em contexto de consulta presencial. A quinta sessão foi concretizada por chamada telefónica. As restantes não foram postas em prática com a paciente tendo sido apenas planeadas. As sessões decorreram maioritariamente com frequência quinzenal, com uma duração de, aproximadamente, 60 minutos.

A paciente apresentou-se acompanhada pela mãe desde a primeira consulta, tendo esta participado em parte da primeira consulta. Nas restantes BM entrou sempre sozinha no

consultório. Numa primeira observação foi possível constatar que BM apresentava um aspecto bem cuidado encontrando-se vígil, orientada e com discurso organizado e coerente. No entanto, era visível uma postura ansiosa uma vez que, movimentava-se bastante na cadeira, nomeadamente com as mãos e desvia o olhar, mantendo direcionado, quase sempre, em direção aos pés. Não se verificou qualquer perturbação aparente da atenção e da concentração.

Nesta *primeira sessão* foi recolhida informação sobre a problemática e o motivo da consulta, tendo também em consideração o ponto de vista da mãe sobre o estado de BM. Esta recolha de informação foi importante para a compreensão de alguns pontos essenciais. As dificuldades relatadas por BM prendiam-se com a baixa autoestima, fraco autoconceito, humor deprimido em grande parte do tempo, fragilidade emocional, preocupação excessiva com os estudos e com o que os pais pensam de si, ansiedade e queixas somáticas, essencialmente, ao nível muscular. Esta sessão foi importante para começar a estabelecer uma boa relação terapêutica, uma vez que esta é essencial para o sucesso da terapia. Nesta sessão também foram abordadas as questões sobre o sigilo profissional, o modo de funcionamento das consultas, o tipo de intervenção e a importância da participação, motivação e assiduidade para o sucesso do processo terapêutico. BM mostrou-se colaborativa respondendo a todas as questões e mostrando-se motivada para a mudança.

Na *segunda sessão*, o objetivo inicial era começar a fazer a recolha anamnésica, no entanto BM iria iniciar a época de exames e estava bastante ansiosa. Assim, de modo a responder às necessidades da paciente objetivo inicial para esta consulta foi alterado. O objetivo passou a ser apresentar e debater sobre estratégias de gestão de tempo e organização do seu estudo uma vez que este era um ponto fraco e que BM queria que fosse trabalhado. Deste modo, foi apresentado um plano de estudo que BM podia adaptar a cada semana consoante os exames e as atividades que tinha para realizar. Este plano continha um horário

semanal em que BM poderia colocar todas as atividades que tinha de realizar ao longo daquela semana, organizar quais as tarefas que eram prioritárias (registrando a data limite de entrega) e o tempo que tinha disponível para cada tarefa. Também foram apresentadas estratégias de estudo, como elaboração de resumos para a matéria e utilização de estratégia que chamem a atenção para as parte mais importantes. A elaboração deste plano de estudo e atividades tinha como principal objetivo organizar a sua agenda de modo a facilitar estas semanas de maior ansiedade. Nesta sessão, BM apresentava-se mais ansiosa e deprimida comparativamente com a primeira sessão. Como tarefa para casa, foi lhe pedido para colocar em prática todas as estratégias aprendidas na sessão de modo a facilitar o seu estudo bem como, fazer o registo dos níveis de ansiedade e de humor.

A *terceira sessão* iniciou-se por verificar os níveis de ansiedade e de humor de BM. Esta encontrava-se bastante deprimida e não pôs em prática o que foi discutido na sessão anterior, referindo que *“não tenho desculpas para não ter feito nada daquilo que me pediu, mas ando sem vontade de fazer nada, só quero dormir”* (sic). Assim, dado o estado de animo da paciente, numa parte da sessão foi discutida os pensamentos automáticos negativos da paciente e posterior reestruturação cognitiva dos mesmos. Um exemplo, BM acreditava que apesar de ter estudado muito para um exame que teria no dia seguinte, não iria conseguir tirar positiva e que, por isso os pais se iam chatear com ela. Este pensamento deixou-a muito transtornada, passado a noite toda a chorar. Na tentativa de reestruturar este pensamento em concreto, foi analisado com a paciente quais as evidencias que tinha para que tal fosse acontecer. Posto isso, a paciente acabou por constatar que não existiam e que tal pensamento não se justificava, pois, os seus pais nunca se tinham chateado, anteriormente, por nenhum resultado menos bom que tivesse. Com o avançar da sessão e melhoria significativa do estado de animo da mesma foi iniciada a recolha da história de vida da paciente, bem como do seu desenvolvimento psicossocial. No final da sessão foi pedido à paciente que voltasse

a tentar pôr em prática o plano de estudo e as técnicas de estudo aprendidas nas semanas seguintes de modo a que estas ajudassem na diminuição dos níveis de ansiedade durante a época de exames.

Na *quarta sessão*, BM demonstrou um estado de animo mais positivo. A sessão foi iniciada com a verificação do estado da paciente. BM havia progredido relativamente à sessão anterior, tendo colocado em prática as estratégias aprendidas na segunda sessão, sendo que estas a ajudaram nos restantes exames. Esta colocou em prática o sistema de horário de estudo o que ajudou a manter as tarefas em dia, o que contribuiu para o decréscimo dos seus níveis de ansiedade. Nesta sessão BM mostrou-se novamente muito empenhada na mudança. Foi realizada a conclusão da recolha da história de vida da paciente e em sequência desta foi discutida a questão relacionada à tentativa de suicídio e os recorrentes pensamentos que esta ainda tinha. Este assunto foi discutido abertamente com a paciente realizando reestruturação cognitiva de pensamentos automáticos negativos. No final da sessão, foi realizada uma avaliação psicológica formal através da aplicação do Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI).

A *quinta sessão* iniciou-se com a verificação do estado da paciente desde a última consulta. BM referiu que andava com os níveis de ansiedade mais baixos e com um humor eutímico. Em seguida foi realizada a devolução e discussão dos resultados obtidos na avaliação psicológica formal. Posteriormente, foi realizada uma pequena psicoeducação sobre a depressão. Esta psicoeducação teve como finalidade ajudar a paciente a perceber melhor a problemática, principalmente os sintomas típicos da doença. BM refere que, muitas vezes, tinha alguns sintomas, mas que nunca associou à depressão. Através desta sessão foi possível perceber que esta tinha muitos dos sintomas típicos da depressão, no entanto nunca os tinha mencionado. A paciente refere que com a explicação da doença ficou mais esclarecida à cerca da patologia “*Fiquei mais descansada agora porque tenho muitos desses sintomas e*

nunca associei à depressão. Cheguei a pensar, muitas vezes, que eu não era normal porque estava sempre mal. No entanto, fico um pouco preocupada porque tenho, praticamente, todos os sintomas que me disse” (sic). Ao longo da sessão também foi realizada reestruturação cognitiva de muitos pensamentos automáticos negativos que a paciente tinha, essencialmente, sobre a doença e os seus sintomas. No final da sessão foi pedido à paciente, como tarefa para casa, que realizasse o registo de pensamentos automáticos negativos que tivesse durante o período até à próxima consulta.

A *sexta sessão* terapêutica iniciou-se questionando a paciente sobre qual o feedback relativo à sessão anterior. Posteriormente, procedeu-se à discussão sobre os pensamentos automáticos negativos que BM tinha registado. Estes foram registados num modelo de registo em quatro colunas (Data, Emoções, Situação e Pensamento). O objetivo desta sessão passou pela reestruturação cognitiva dos pensamentos automáticos negativos. Primeiramente procedeu-se à identificação de pensamentos distorcidos, em seguida debateu-se com a paciente quais as evidências existentes à cerca dos mesmos, formulação de pensamentos alternativos e reformulados. Um exemplo de um pensamento hipotético: “Não consegui terminar um trabalho académico no prazo estipulado. Nunca faço as coisas de forma correta. É por causa disso que os meus amigos não quiseram sair comigo neste fim-de-semana. Ficarei para sempre sozinha”. A reestruturação cognitiva passa por trabalhar com a paciente quais as evidências que tem para formular tal pensamento e tentar manifestar pensamentos alternativos. Por exemplo, “Conseguo sempre realizar os trabalhos nos prazos, este foi o único trabalho que não consegui. E o facto dos meus amigos não terem saído comigo este fim-de-semana pode estar relacionado com o facto de terem também, muitos trabalhos da faculdade, não significa que não saíram por não quererem estar comigo”. Estas técnicas foram reforçadas ao longo da sessão para que a paciente consiga aplicar sempre que lhe surja um pensamento automático negativo. Também foi utilizada a técnica da seta

descendente de forma a chegar aos medos subjacentes da paciente por detrás dos seus pensamentos. Como trabalho de casa foi proposto continuar a registo dos níveis de humor e de pensamentos automáticos negativos, mas num registo de seis colunas (Data, Emoções, Situação, Pensamentos Automáticos, Resposta Racional, Resultado).

Na *sessão número sete* iniciou-se por debater do estado da paciente desde a última sessão e discussão dos pensamentos automáticos negativos registados. Em seguida foi trabalhado com a paciente o autoconceito. Este tópico foi trabalho uma vez que, BM sempre apresentou muitos pensamentos autodestrutivos. Estes surgiam mesmo quando era mais nova, no entanto é algo tem que vindo a agravar-se com a depressão pois, estes tipos de pensamentos são típicos nesta perturbação. Foram desenvolvidas duas dinâmicas com a paciente. A primeira atividade passava por preencher um questionário de autoconceito (Anexo X) de forma a que esta pensasse sobre si mesma e sobre as suas qualidades. Em seguida foi elaborada uma segunda dinâmica em que a paciente tinha de escrever uma carta para dar à sua irmã, que neste momento encontra-se emigrada e de quem BM tem muitas saudades. Nesta, BM teria de relatar todas as mudanças que tem sentido sobre a sua forma de pensar comparativamente há um ano. O trabalho de casa consistiu em acabar a carta à irmã.

A *oitava sessão* iniciou-se como a discussão da carta que elaborou, sobre das dificuldades sentidas, sobre o feedback à cerca da atividade e se sentiu que houve alguma melhoria após a atividade. Posteriormente, o segundo objetivo desta sessão passava por abordamos a temática da resolução de problemas uma vez que, era uma das dificuldades apontadas pela paciente. Para tal, começamos por analisar os passos que uma tomada de decisão deve seguir. O primeiro passo consiste na identificação do problema, seguindo-se a definição de objetivos, criação de soluções alternativas, a etapa seguinte consiste na avaliação das consequências de cada escolha, escolher a solução mais adequada e a última

fase consiste em avaliar os resultados. Como trabalho de casa foi mandado um conjunto de questões, relacionadas com a resolução de problemas, em que BM tinha de imaginar um problema ou utilizar um problema da sua vida pessoal em que tivesse de tomar uma decisão e responder às questões chegando, no final, à resolução do problema em questão (Anexo XI).

Na *nona sessão* foi iniciada com a discussão sobre o trabalho da tomada de decisão. Um problema hipotético relacionado com a paciente poderia ser: “O curso não está a corresponder às minhas expectativas. Devo continuar neste curso ou desistir já”. Em termos emocionais, é algo que a tem perturbado, deixando-a mais deprimida e receosa em relação ao seu futuro. Determinar objetivos: dar uma oportunidade para conhecer melhor o curso e acabá-lo porque foi a profissão que eu sempre quis. Gerar soluções alternativas: tentar continuar até ao final do primeiro ano de modo a conhecer melhor o curso; pensar numa outra faculdade em que o sistema de ensino seja diferente, mais prático; pensar num curso alternativo caso queira mesmo desistir do curso de Bioquímica. Avaliar os prós e contras de cada solução, por exemplo, mudar de faculdade. Contras: seria ir para um sítio diferente e mais longe de casa o que dificultava muito em termos emocionais. Prós: poderia ter o mesmo curso, mas com uma abordagem diferente à qual poderia adaptar-me melhor. Escolher a melhor solução, tendo em conta os prós e contras e por fim, avaliar os resultados. Em seguida foi realizada uma breve psicoeducação sobre a Perturbação de Ansiedade Generalizada e foi introduzido o relaxamento através do treino de respiração diafragmática. Segundo Caballo (2006) é importante que o indivíduo com elevados níveis de ansiedade inicie algum procedimento de relaxamento. Assim, a prática regular em casa, ajuda a aliviar os níveis de ansiedade em momentos posteriores (Caballo, 2006 cit in Oliveira 2011). Como tarefa para casa foi pedido à paciente que treinasse a respiração diafragmática em casa.

A *sessão número dez* teve início com o debate das principais dificuldades no treino da respiração diafragmática. Esta tarefa não é fácil, principalmente, no início. A paciente podia não ter conseguido realizar os exercícios de forma adequada. Por isso, foi treinado mais uma vez e em conjunto a respiração diafragmática pois esta técnica é essencial para o relaxamento muscular progressivo. Em seguida foi dado início a uma sessão de relaxamento muscular progressivo de Jacobson uma vez que, este provoca uma diminuição da tensão individual, da depressão e da ansiedade (Gonzales & Waterland, 1998 cit in Oliveira 2005). Como trabalho de casa foi pedido à paciente que escolhesse um dia da semana para realizar este relaxamento em casa uma vez que, foi frisado que esta técnica apresenta bons resultados quanto mais se treinar.

Na *décima primeira sessão* foi realizada a uma sessão de relaxamento muscular progressivo de Jacobson. Seguidamente, passamos para uma sessão de relaxamento imagético (Anexo XII). Este tem como objetivo focar a atenção em estímulos agradáveis que transmitam segurança, conforto, felicidade e tranquilidade com o intuito de maximizar os efeitos do relaxamento muscular.

Na *sessão doze* foi debatido com a paciente todas as técnicas apreendidas ao longo de todo o processo terapêutico a fim de obter o feedback da paciente sobre todo o processo e ganhos terapêuticos. Foram também esclarecidas todas as dúvidas da paciente relativamente ao encaminhamento para outro profissional e a manutenção do acompanhamento psicológico. Em seguida, a paciente foi apresentada à técnica de psicologia que irá dar continuidade ao processo terapêutico.

2.7.8. Reflexão Final

BM apresentou-se com uma postura introvertida e muito deprimida durante as duas primeiras sessões sendo, por isso, pouco colaborante no contacto verbal, o que dificultou a interação psicólogo paciente e o estabelecimento de uma relação de empatia e de confiança. O planeamento das primeiras sessões não foi fácil, revelando-se um verdadeiro desafio. Perante estas dificuldades, a estagiária ficou ansiosa e sem saber o que fazer. No entanto, com o avançar das sessões e o desenvolvimento da relação terapêutica, esta situação foi-se modificando e começaram a aparecer as primeiras melhorias de forma surpreendente logo nas sessões seguintes.

No que diz respeito ao processo de intervenção, foram várias as condições que foram trabalhadas, desde as dificuldades de organização de estudo, a autoestima e o autoconceito, a tomada de decisão, a depressão e a ansiedade.

A principal intervenção focalizava-se na modificação do pensamento, recorrendo em todas as sessões à reestruturação cognitiva de pensamentos automáticos negativos. Inicialmente, foi pensado um plano de intervenção, no entanto este foi sendo adaptado e alterado de acordo com os assuntos discutidos na sessão anterior, sendo a intervenção totalmente adaptada para BM. Verificou-se uma evolução positiva significativa ao longo das primeiras cinco sessões, o que motivava não só a paciente para a mudança, mas também a estagiária para continuar o processo terapêutico. A partir da sexta sessão, as restantes não foram colocadas em prática devido ao contexto da pandemia de COVID-19 e às medidas de restrição face a este panorama de saúde pública. Estas seis sessões finais foram planeadas tendo em conta as problemáticas da paciente definidas pela própria ao longo das sessões presenciais. O planeamento destas últimas sessões foi extremamente difícil e desafiante.

Embora tenham sido pensadas para a paciente em questão foram apresentadas com base em situações e exemplos hipotéticos, que eram esperados que a paciente apresentasse.

No início do acompanhamento o que era pretendido era intervir sobre a problemática da ansiedade devido às queixas que a paciente apresentava. No entanto, tendo em conta o diagnóstico realizado pelo psiquiatra que a acompanhava, depressão, e tendo em consideração os desenvolvimentos obtidos ao longo das primeiras sessões, a estagiária optou por fazer uma intervenção mais focalizada na depressão. Esta é a principal problemática e que traz maiores consequências para a vida da paciente. No entanto, todas as técnicas que foram utilizadas eram ajustadas de modo a trabalhar, conjuntamente, os níveis de ansiedade da mesma. Ao longo das seis primeiras sessões foram sempre utilizadas técnicas como o reforço positivo com a finalidade de tentar envolver mais a paciente no processo terapêutico uma vez que esta, inicialmente, demonstrava-se relutante relativamente ao acompanhamento.

A nível pessoal e profissional, este caso permitiu a aquisição de competências e conhecimentos mais aprofundados sobre a problemática da Depressão, da Perturbação de Ansiedade Generalizada e da Terapia Cognitivo Comportamental, assim como fortalecer vários conhecimentos adquiridos durante toda a formação académica. No entanto, o principal ganho prendeu-se com experiência e de adequação das expectativas à prática clínica.

Apesar de inicialmente não ter sido fácil aplicar todos os conhecimentos aprendidos à prática profissional, ver as mudanças diretas na vida da paciente logo a partir da quarta sessão e testemunhar alguns ganhos foi muito gratificante. Assim como, verificar que esta estava a conseguir adaptar-se melhor à estadia em Vila Real e ver a diminuição significativas dos níveis de ansiedade e de humor depressivo nas últimas sessões, comparativamente, às duas primeiras sessões. No entanto, o ganho mais significativo e compensador foi a estagiária

poder testemunhar o relato de que os pensamentos de suicídio, que eram muito frequentes ao longo de uma semana. Estes passaram a ocorrer esporadicamente e com os quais a paciente já consegui contornar. BM irá continuar em processo terapêutico com outra profissional após o término do estágio uma vez que, precisa de continuar a trabalhar estes pensamentos e ainda, existem algumas dificuldades ao nível da depressão e ansiedade. No entanto, foi possível testemunhar uma completa mudança de postura e uma atitude motivada para a mudança de sessão para sessão, o que comprova uma evolução geral positiva na paciente.

2.8. Formação Complementar

Ao longo do estágio foi possível assistir a algumas formações/workshops que foram realizados no decorrer do estágio no Centro e na Unidade Hospitalar.

Assim, foi possível a estagiária participar num workshop intitulado “Motivação e Relaxamento”. Numa primeira parte foram abordados temas como a motivação no trabalho e estratégias que podem e devem ser feitas para manter a motivação no local de trabalho. Na segunda parte do workshop, foi realizada uma sessão de relaxamento progressivo e imagético.

Um outro workshop, no qual a estagiária participou, foi desenvolvido pelo projeto Humanizar do Centro Hospitalar e tinha como temática “Relaxamento”. Neste workshop foram apresentadas várias estratégias de relaxamento que podem ser colocadas em prática no dia-a-dia nas mais diversas situações.

Também foi possível presenciar um primeiro workshop de um conjunto deles, promovido pelo Centro Hospitalar e desenvolvido, mais concretamente, pelo Serviço de

Psicologia intitulado “Fora da Caixa”. Este workshop será desenvolvido de dois em dois meses. Este primeiro foi liderado pelo Doutor. Professor José Eduardo Pinto da Costa e cuja temática foi o envelhecimento. Neste workshop foram discutidas formas de envelhecimento ativo e passivo e qual a importância de ter um envelhecimento ativo.

Conclusão

A vida é constituída por etapas e esta foi sem dúvida das mais importantes da vida da estagiária em todas as vertentes. Desde que ingressou na faculdade, o estágio curricular sempre foi o momento mais desejado, mas ao mesmo tempo, a etapa mais temida. Sempre que a estagiária refletia sobre este assunto, no decorrer do percurso académico, a ideia de fazer o estágio provocava-lhe um misto de emoções.

Muita curiosidade e entusiasmo mas, ao mesmo tempo, muita ansiedade. Medo de não ser capaz de conseguir cumprir devidamente com aquilo que lhe iria ser exigido, medo de falhar enquanto profissional e de não conseguir aplicar na prática os conhecimentos adquiridos durante o percurso académico.

Estes medos e anseios acompanharam-na desde o primeiro ao último dia de estágio devido ao peso da responsabilidade que tinha para com todos os profissionais que a apoiaram durante este percurso e, acima de tudo, por todos os pacientes com quem teve o privilégio de contactar.

O contexto hospitalar sempre foi o meio que mais a fascinava desde o início do percurso académico. Num hospital é oferecida a oportunidade de contactar diretamente com distintas problemáticas e diferentes faixas etárias dando a possibilidade de se ter uma experiência muito rica e diversificada. Também oferece a oportunidade de atuar num contexto multidisciplinar uma vez que se trabalha, quase obrigatoriamente, em articulação com outros psicólogos e profissionais de saúde, especialmente ligados à área da saúde mental.

A multidisciplinaridade é uma experiência potencialmente enriquecedora, permitindo uma evolução significativa ao nível dos conhecimentos sobre a área da Saúde mental, que é tão desafiante e com características singulares. Assim, quando a estagiária teve

a confirmação de que iria estagiar neste contexto de intervenção sentiu-se, de facto, muito feliz.

A estagiária sempre teve boas referências sobre a unidade hospitalar em que estagiou levando a que as expectativas fossem elevadas. O primeiro contacto foi logo muito positivo pois sentiu apoio e grande disponibilidade por parte dos seus orientadores. Ao longo das primeiras semanas teve também a oportunidade de ir contactando e conhecendo os restantes profissionais do serviço, desde outros psicólogos, a psiquiatras, enfermeiros e funcionários do hospital, que desde logo a acolheram e que sempre se mostraram disponíveis e acessíveis. Esta atitude por parte de todos os profissionais possibilitou uma boa integração bem como uma grande partilha de conhecimentos ao longo de todo o estágio.

Com o avançar do tempo e graças à total disponibilidade dos orientadores alguns dos medos iniciais foram-se dissipando. O período inicial de aprendizagem sobre os instrumentos de avaliação, observação de consultas psicológicas e de grupos terapêuticos permitiu adquirir mais conhecimentos e capacidades práticas e assim, obter competências para conseguir realizar consultas de avaliação e acompanhamento psicológico de forma autónoma.

A possibilidade de fazer parte de um grupo terapêutico e de coadjuvar, sempre que necessário, em sessões de outros grupos terapêuticos e, ainda, de realizar consulta psicológica individual, em particular o caso clínico, foram os pontos mais marcantes deste estágio. Foi através destas experiências que a estagiária adquiriu conhecimentos e competências mais aprofundados sobre a prática psicológica. Os desafios que todas as sessões lhe traziam fazia com que a sua motivação, entusiasmo e agrado por esta profissão que decidiu agarrar fosse crescendo cada vez mais.

Relativamente ao caso clínico em particular, o estímulo foi ainda maior uma vez que, a paciente inicialmente era muito resistente à mudança o que foi um grande desafio para a

estagiária uma vez que a deixava bastante insegura nas sessões iniciais. No entanto, com o decorrer do processo terapêutico foi bastante enriquecedor testemunhar algumas mudanças e conquistas da paciente e ter o reconhecimento por parte da mesma.

É de salientar que todas as questões, dúvidas, anseios, planos terapêuticos e sessões de intervenção foram sempre discutidos e clarificados com cada um dos seus orientadores bem como, com a supervisora. Todos desempenharam um papel crucial no decurso do percurso da estagiária e foram essenciais para que esta experiência fosse bem-sucedida.

Globalmente a experiência da estagiária foi muito positiva, no entanto, foram surgindo algumas adversidades no decorrer do mesmo. Em algumas ocasiões surgiram falhas, da sua parte, em relação à gestão de questões burocráticas e informáticas sobre as consultas. No entanto, esses obstáculos serviram para que a estagiária se esforçar cada vez mais, com o objetivo de provar a suas capacidades e afirmar as suas competências enquanto profissional.

É também importante destacar ainda a entreaajuda existente entre os vários profissionais de saúde do DPSM sendo que esta permite que haja um tratamento mais adequado para cada paciente constituindo-se um ponto-chave para o sucesso da intervenção.

Em suma, este estágio curricular, ainda que muito mais curto do que o esperado, pautado por vários contratemplos, por situações imprevisíveis e incontroláveis, constituiu uma experiência muito enriquecedora para a estagiária, contribuindo positivamente para um crescimento pessoal e sobretudo profissional.

A estagiária tornou-se mais segura das suas capacidades, mais responsável e mais autónoma. Adquiriu conhecimentos e ferramentas essenciais para as próximas etapas da sua vida enquanto profissional de saúde e mesmo enquanto ser humano inserido numa sociedade. Teve o privilégio de conhecer e privar com excelentes profissionais e seres humanos que se esforçam diariamente para melhorar a qualidade de vida dos pacientes o que fez com que a

sua admiração e respeito por todos eles e pelo trabalho de cada um fosse crescendo de dia para dia.

Referências Bibliográficas

Almeida, R., & Malagris, L. (2011). A prática da psicologia da saúde. *Revista da SBPH*, 14(2), 183-202. Web site. Acedido em 20 de Novembro de 2019. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582011000200012&lng=pt&tlng=pt.

Aragão, S. R. (2016). O Modelo Biomédico X o Modelo Biopsicossocial na Explicação da Depressão. *Psicologado*. Acedido em 20 de Março de 2020. Disponível em: <https://psicologado.com.br/psicopatologia/saude-mental/o-modelo-biomedico-x-o-modelo-biopsicossocial-na-explicacao-da-depressao>.

Araújo, M. F. (2007). Estratégias de diagnóstico e avaliação psicológica. *Psicologia: Teoria e Prática*, 9(2): 126-141.

Assumpção-Junior FB. Tristeza e depressão: diagnóstico diferencial. *Pediatria Moderna*. 1998;34(3):126-30.

Beck JS. Cognitive therapy: basics and beyond. *New York: Guilford Press*; 1995.

Caballo, V. E. (2006). Manual de avaliação e treinamento das habilidades sociais (N. Guimarães, Trad.). São Paulo: *Santos Editora*.

Caetano, A. M. H. (2018). Terapia Cognitivo-comportamental e a Intervenção em Adolescentes com Ideação ou Tentativa de Suicídio. Web site. Acedido a 21 de abril de 2020 em <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1266.pdf>.

Canale, A., & Furlan, M. M. D. P. (2007). Depressão. *Arquivos do museu dinâmico interdisciplinar*, 11(1), 23-31.

Canavarro, M. C. (2007). Inventário de Sintomas Psicopatológicos: Uma Revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. In L. Almeida, M. Simões, C. Machado e M. Gonçalves (Eds.). Avaliação psicológica. Instrumentos validados para a população Portuguesa, II, 305- 331. *Coimbra: Quarteto Editora*.

Castro, E. K. (2004). Psicologia da Saúde x Psicologia Hospitalar: Definições e Possibilidades de Inserção Profissional. *Psicologia Ciência e Profissão*. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-8932004000300007&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 14 set. 2020.

Dattilio, F. M., & Freeman, A. (1998). Introdução à terapia cognitiva. Em A. Freeman & F. M. Dattilio (Orgs.), *Compreendendo a terapia cognitiva* (p. 19-28). Campinas: *Editorial Psy*.

Ferreira, R. (2015). Psicologia clínica: uma perspectiva de intervenção. Lisboa: Universidade Lusíada de Lisboa: Relatório de estágio. Disponível em: <http://hdl.handle.net/11067/1750>.

González, V. L., & Waterland, A. D. P. (1998). Efectos del Hatha-Yoga sobre la salud—parte II. *Revista Cubana Medicina General Integral*. Havana—Cuba, 14(5), 499-503.

Hutz, C. S., Bandeira, D. R. & Trentini, C. M. (2015). *Psicometria Artmed*.

Haase, V. G., Sales, J. F., Miranda, M. C., Malloy-Diniz, L. F., Abreu, N., Argollo, N., et al (2012). Neuropsicologia como ciência interdisciplinar: consenso da comunidade brasileira de pesquisadores/ clínicos em neuropsicologia. *Neuropsicologia Latino americana*.

Knapp, P., & Beck, A.T. (2008). Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa na terapia cognitiva. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(2), 54-64.

Leal, I., Pimenta, F., & Marques, M. (2012). Intervenção em psicologia clínica e da saúde. Em I. Leal, F. Pimenta, & M. Marques, *Intervenção em Psicologia Clínica e da Saúde: Modelos e Práticas* (pp. 11-16). Lisboa: Placebo.

Malloy-Diniz, L. F., Fuentes, D., Mattos, P., & Abreu, N. (2018). Avaliação Neuropsicológica-2. *Artmed Editora*.

Mennin, D. (2004). Emotion Regulation Therapy for Generalized Anxiety Disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11, 17-29.

Mota, R. A., Martins, C. G., & Vêras, R. M. (2006). Papeis dos Profissionais de Saúde na Política de Humanização Hospitalar. *Psicologia em Estudo*.

Neves Neto, A. R. (2001). Terapia cognitivo-comportamental em instituições de saúde. *Psikhê - Revista do Curso Psicologia do Centro Universitário FMU*, 6(2). Acedido em 20 de Fevereiro de 2020. Disponível em: http://fmu.br/graduacao/psicologia/arquivos/revista_psyke/psikhe-v.6-n.2.pdf.

Noronha, A., & Freitas, S. (2005). Testes psicológicos, uso e conhecimentos. *Psico*, (36)1, 21-28.

Oliveira, J. A. (2005). Efeitos da psicoterapia e da ioga nos indicadores de depressão e ansiedade em mulheres idosas.

Oliveira, M. I. S. D. (2011). Intervenção cognitivo-comportamental em transtorno de ansiedade: relato de caso. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 7(1), 30-34. Web site.

Acedido a 21 de abril de 2020 em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872011000100006.

Peron, N. B., & Sartes, L. M. A. (2015). Terapia cognitivo-comportamental no hospital geral: revisão da literatura brasileira. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 11(1), 42-49.

Powell, V. B., Abreu, N., Oliveira, I. R. D., & Sudak, D. (2008). Terapia cognitivo-comportamental da depressão. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 30, s73-s80. Web site. Acedido a 21 de abril de 2020 em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s1516-44462008000600004&script=sci_arttext.

Reyes, A. N., & Fermann, I. L. (2017). Eficácia da terapia cognitivo-comportamental no transtorno de ansiedade generalizada. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 13(1), 49-54.

Ribeiro, J., & Leal, I. (1996). Psicologia clínica da saúde. *Análise Psicológica*, 4(14): 589-599.

Ribeiro, J. L., & Leal, I. (1997). Avaliação e psicodiagnóstico em psicologia da saúde. Web site. Acedido em 15 de Fevereiro de 2020. Disponível em: <https://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/5548/2/80973.pdf>.

Ricou, M. (2016). Acesso a Materiais de Avaliação Psicológica por parte de não psicólogos. *Ordem dos Psicólogos*.

Silva, R. B., Pasa, A., Castoldi, D. R., & Spessatto, F. (Jan/Mar de 2010). O desenho da figura humana e o seu uso na avaliação psicológica. *Psicol. Argum.*, 28 (60), pp. 55-64.

Web site. Acedido em 02 de Fevereiro de 2020. Disponível em:
<http://www2.pucpr.br/reol/index.php/PA?dd1=3510&dd99=pdf>.

Simonetti, A. (2004). Manual de Psicologia Hospitalar. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Teixeira, J. C. (2004). Psicologia da Saúde. *Análise Psicológica*.

Trindade, I., & Teixeira, J. A. C. (2002). Psicologia em serviços de saúde: Intervenção em centros de saúde e hospitais. *Análise Psicológica* [online], 20, 1, 171-174.

Anexos

Anexo I – Objetivos a desenvolver durante o período de estágio curricular

Objetivos a desenvolver durante o período de estágio

OBJETIVO GERAL:

Adquirir experiência no domínio da prática clínica que envolva, para além do apoio psicológico e avaliação psicológica, o contacto com outros grupos profissionais (Psiquiatras, Enfermeiros, Assistentes Sociais, Terapeutas Ocupacionais, etc.);

Adquirir também uma experiência alargada de diferentes modelos e técnicas psicológicas.

Objetivos Específicos por Trimestre:

NO PRIMEIRO TRIMESTRE:

- ✓ Integração na instituição, equipa e ambiente laboral, participação em atividades do serviço e interação com os técnicos do mesmo;
- ✓ Contacto com a dinâmica do serviço e com situações de atendimento de doentes;
- ✓ Contacto com a realidade clínica através da observação de consultas de **Avaliação Psicológica, Entrevistas de Avaliação Psicodiagnóstica, Apoios Psicológicos e Acompanhamentos Psicoterapêuticos** estruturados em diversas faixas etárias (Crianças: 0-12 anos; adolescentes: 13-18 anos; adultos 18-54 anos; e idosos: > 65 anos);
- ✓ Observação de “**Psicoterapias de Grupos**” desenvolvidas no serviço. No caso em concreto da estagiária observação do “Grupo de Competências”.

NO SEGUNDO TRIMESTRE:

- ✓ Contacto experimental direto com **“Provas de Avaliação Psicológicas”** e sua administração;
- ✓ Elaboração de **“Relatórios de Avaliação Psicológica”** com a indicação dos instrumentos utilizados.

NO TERCEIRO TRIMESTRE:

- ✓ Realização de **“Entrevistas Psicológicas”, “Primeiras Consultas” e “Propostas de Intervenção Psicoterapêuticas”**. Assim, pretende-se:
 - Adquirir competências de **“Entrevista Clínica”**;
 - Desenvolver aptidões para o **“Estabelecimento de relações terapêuticas”** adequadas;
 - Treinar a **“Aplicação de técnicas de intervenção psicoterapêuticas”**;
 - Ao assumir a formulação e a intervenção de processos terapêuticos, treinar a **“Elaboração de análise funcionais”** (estudo psicológico de indivíduos e elaboração de psicodiagnóstico);
 - Desenvolver a **“Intervenções Psicológicas”**;
 - Elaborar **“Relatórios Psicológicos”** do acompanhamento psicoterapêutico efetuado.

Anexo II – Exemplos de Relatórios de Avaliação

Relatório de Avaliação Psicológica

DOENTE: XXXX

PROCESSO CLÍNICO N.º: XXXXX

DATA DE NASCIMENTO: XX/XX/XXXX

PEDIDO EFETUADO POR: DR. XXXX

AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA PEDIDA: DETERIORAÇÃO MENTAL E LESÃO ORGÂNICA CEREBRAL

PROCEDIMENTOS DE AVALIAÇÃO

- *Teste de Retenção Visual de Benton;*

- *Avaliação Cognitiva de Addenbrooke;*

AVALIAÇÃO DO ÍNDICE DE DETERIORAÇÃO MENTAL

- *TESTE DE RETENÇÃO VISUAL DE BENTON:*

Os resultados revelam um **nível Superior**. O resultado não é clinicamente significativo. Assim, verificar-se poucas alterações ao nível da memória visual e imediata assim como das aptidões visuo-construtivas.

Na execução desta prova o paciente não demonstrou a presença de erros orgânicos.

- *AValiação COGNITIVA DE ADDENBROOKE:*

- **ATENÇÃO E ORIENTAÇÃO: DÉFICE COGNITIVO LIGEIRO**

Orientação: Sem comprometimento

Retenção: Sem comprometimento

Atenção e Cálculo: Ligeiro comprometimento

- **MEMÓRIA: DÉFICE COGNITIVO LIGEIRO**

Evocação: Sem comprometimento

Memória anterógrada: Sem comprometimento

Memória retrógrada: Sem comprometimento;

Memória de evocação: Ligeiro comprometimento

Reconhecimento: Sem comprometimento

- **FLUÊNCIA VERBAL: SEVERO COMPROMETIMENTO**

- **LINGUAGEM: DÉFICE COGNITIVO LIGEIRO**

Escrita: Sem comprometimento

Repetição: Sem comprometimento

Nomeação: Ligeiro comprometimento

Compreensão: Ligeiro comprometimento

Leitura: Sem comprometimento

- VISUO-ESPACIAL: DÉFICE COGNITIVO LIGEIRO A MODERADO

Capacidade visuo-espacial: Severo comprometimento

Percepção visuo-espacial: Sem comprometimento

IMPRESSÕES CLÍNICAS, INFERÊNCIAS E CONCLUSÕES

Na avaliação do índice de deterioração mental o observado apontou para um nível superior não sendo, portanto clinicamente significativo. Assim, o paciente revela não ter alterações de maior e durante a realização da prova não apresentou erros orgânicos.

Verificam-se défices cognitivos ao nível da Fluência Verbal situados num patamar severo, ao nível visuoespacial encontrando-se num patamar de Ligeiro a Moderado, ao nível da atenção e orientação, memória e linguagem estando situados num patamar de défice cognitivo Ligeiro.

ATENTAMENTE,

XXXXX, A XX DE XXXXX DE XXX

RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO INTELECTUAL

Nome do Doente	XXXXX XXXXX	
Data da avaliação	XXXX/XX/XX	Nº do Processo
Data de Nascimento	XXXX/XX/XX	XXXXXXXX
Idade cronológica	xx Anos xx Meses xx Dias	
Encaminhado por	Dr. XXXX	
Motivo do pedido	Avaliação	X
	Acompanhamento	
	Descrição: - Avaliação da capacidade intelectual	
Provas utilizadas	- Escala de Inteligência de Wechsler para Adultos;	

INFORMAÇÃO CONTEXTUAL E OBSERVAÇÃO DIRETA

Durante o processo avaliativo, o paciente evidenciou uma atitude colaborante e com manutenção do foco atencional. Contacto ocular mantido, humor eutímico, postura adequada e discurso fluente.

RESULTADOS DA AVALIAÇÃO

Os dados da avaliação indicam um **nível cognitivo médio inferior**, para a sua faixa etária. Ao nível qualitativo de diagnóstico o observado evidencia resultados médios baixos relativos aos níveis de inteligência esperados para a idade.

Seguem-se os principais resultados brutos da WAIS-III:

	Resultado	QI/Índice	Percentil	95% Intervalo de Confiança	Classificação dos níveis de inteligência
Escala Verbal	42	82	12	78 – 86	Médio Inferior
Escala de Realização	39	85	16	80 – 92	Médio Inferior
Escala Completa	81	81	10	77 – 85	Médio Inferior

CONCLUSÃO

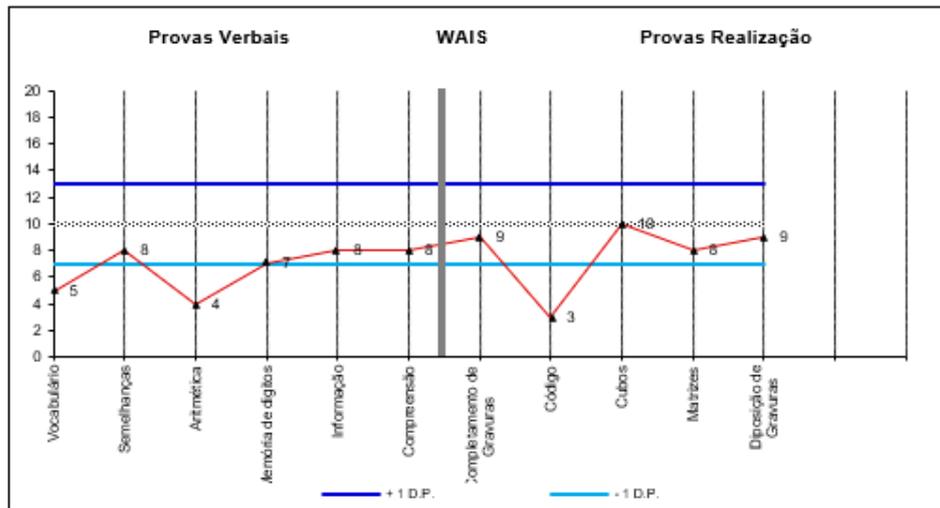
Face ao exposto conclui-se através da evidência dos resultados da prova que o observado apresenta um rendimento intelectual médio inferior, quando comparado com adultos da sua faixa etária.

Os resultados supracitados refletem que não há grandes dificuldades ao nível do conhecimento verbal e do processo mental necessário para responder às questões da prova. O mesmo se verifica ao nível do raciocínio não-verbal, raciocínio fluido, atenção para detalhes e integração visomotora.

Face ao cálculo dos pontos fortes e fracos do desempenho de Xxxx, verifica-se que, no que respeita aos pontos fortes, o observado apresenta boas capacidades relativamente às atividades que envolvem capacidades verbais, como a compreensão e semelhanças, e uma boa capacidade visuo-construtiva relativamente ao nível das capacidades de realização. Relativamente aos pontos fracos, foram evidenciadas dificuldades ao nível do cálculo mental e da codificação.

No que respeita à avaliação dos níveis de concentração na prova, o paciente demonstrou um desempenho normativo de realização.

Gráficos representativos:

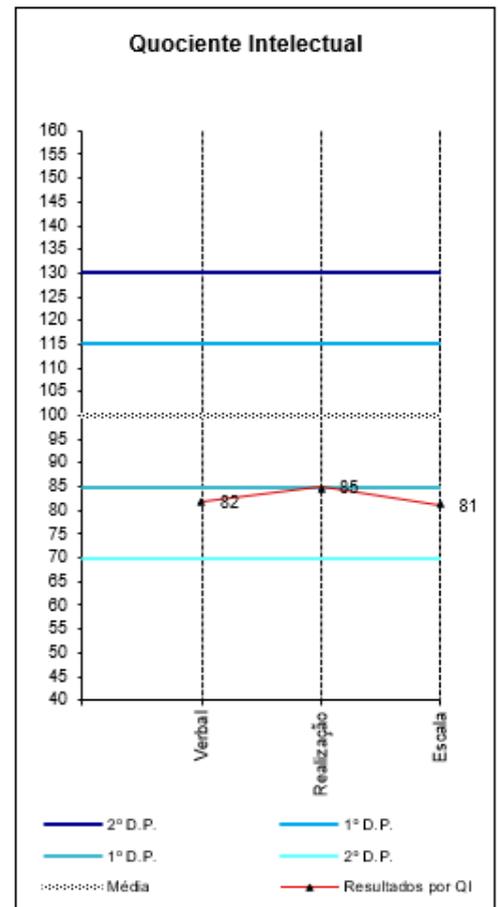


PROVAS VERBAIS

- Vocabulário:** riqueza e tipo de linguagem, compreensão e fluência verbal
- Semelhanças:** compreensão, relações conceptuais, pensamento abstrato e associativo.
- Aritmética:** concentração, raciocínio e cálculo numérico, utilização automática de símbolos.
- Memória de Dígitos:** atenção concentrada, memória auditiva imediata.
- Informação:** conhecimentos gerais, assimilação de experiências, memória remota.
- Compreensão:** juízo prático, compreensão e adaptação a situações sociais, comportamento social aceitável e eficaz.

PROVAS DE REALIZAÇÃO

- Complemento de Gravuras:** memória e agudeza visuais.
- Código:** memória visual imediata, previsão associativa, rapidez motora.
- Cubos:** percepção visual, relações espaciais, coordenação visomotora.
- Matrizes:** medida da capacidade de processamento de informação visual e do raciocínio abstrato.
- Disposição de Gravuras:** percepção e compreensão de situações sociais, captação de seqüências causais.



Atentamente,

Xxxx, Unidade de Xxxxx, xx de Xxxxx de xxxx

Anexo III – Apresentação da psicoeducação em PowerPoint sobre envelhecimento

Funcionamento Cognitivo & Envelhecimento

Estimulação Cognitiva



O que é o envelhecimento?

Envelhecimento: o que é?

Cada vez mais, de forma geral, a idade média de vida tende a aumentar. Em Portugal há cada vez mais idosos, sendo que o envelhecimento é portanto um assunto que ouvimos falar quase diariamente.

Posto isto, o que é o envelhecimento?

Segundo a Organização mundial de saúde, o envelhecimento é um conjunto de mudanças que ocorrem a nível:

- ❖ Biológico/Físico;
- ❖ Social;
- ❖ Psicológico.



Envelhecimento Normal \neq Patológico



Envelhecimento Saudável

Um envelhecimento saudável não é apenas ausência de doença. É um processo que implica perdas de capacidades funcionais próprias da idade no entanto, a pessoa mantém intacto o seu bem-estar, a sua atividade física e as suas competências psicológicas e sociais.

Envelhecimento Patológico

Quando estas perdas se apresentam de uma forma mais grave do que é esperado para a idade da pessoa estamos perante um envelhecimento patológico.



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

Cognição: o que é?

A cognição é um conjunto de vários processos cognitivos que estão ligados ao funcionamento intelectual, daí a sua relação com a aprendizagem.

Quando se fala de processos cognitivos podemos falar por exemplo:

- ❖ Memória;
- ❖ Atenção;
- ❖ Linguagem;
- ❖ Percepção;
- ❖ Funções executivas.



Défice Cognitivo: o que é?

O défice cognitivo consiste numa alteração das funções das capacidades cognitivas. Estas alterações interferem diretamente com o bem-estar da pessoa provocando assim, consequências como:

- ❖ A perda de autonomia pessoal e social.

Assim, é importante a aplicação de terapias e estratégias que diminuam, em grande parte, estes défices.

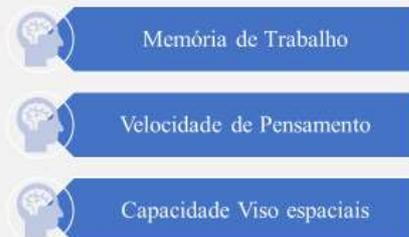
As queixas mais comuns



Com o envelhecimento surgem algumas queixas que são comuns a todas as pessoas, como as alterações ao nível físico (queixas ósseas, rugas), ao nível sensorial (visão, audição ...) e ao nível do processamento da informação.

As queixas mais comuns

As capacidades que habitualmente sofrem maior declínio são:



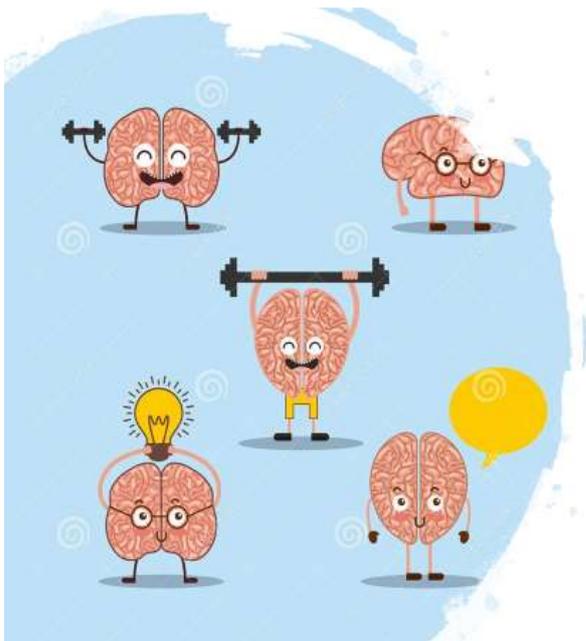
Todas estas alterações fazem com que a pessoa tenha mais dificuldade no acesso à informação e conseqüentemente na aprendizagem de competências no seu dia-a-dia.



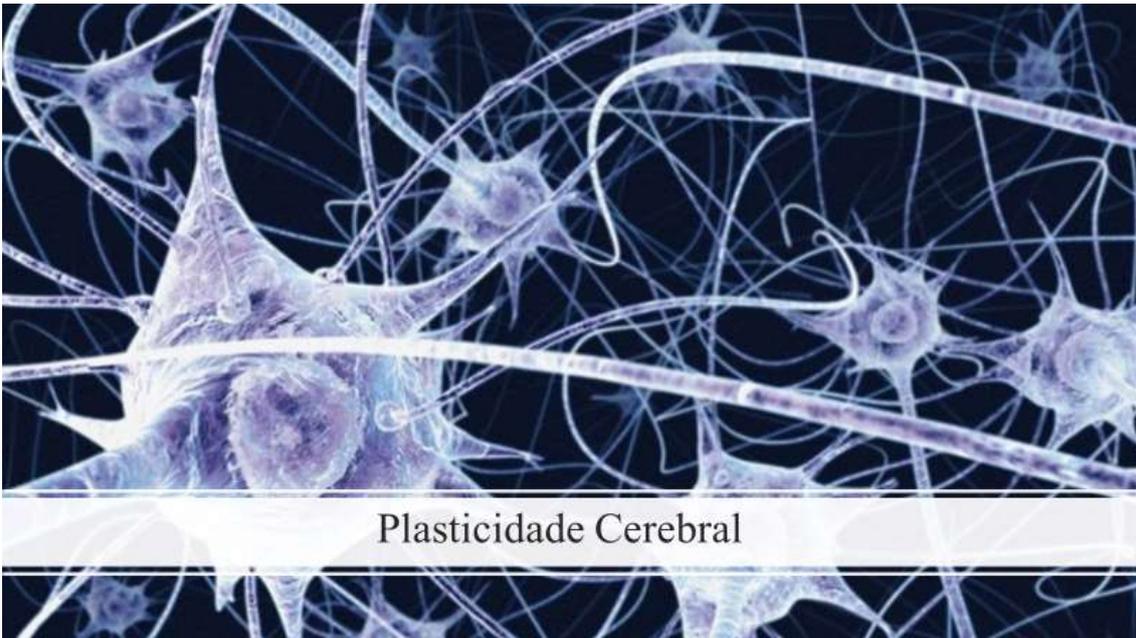
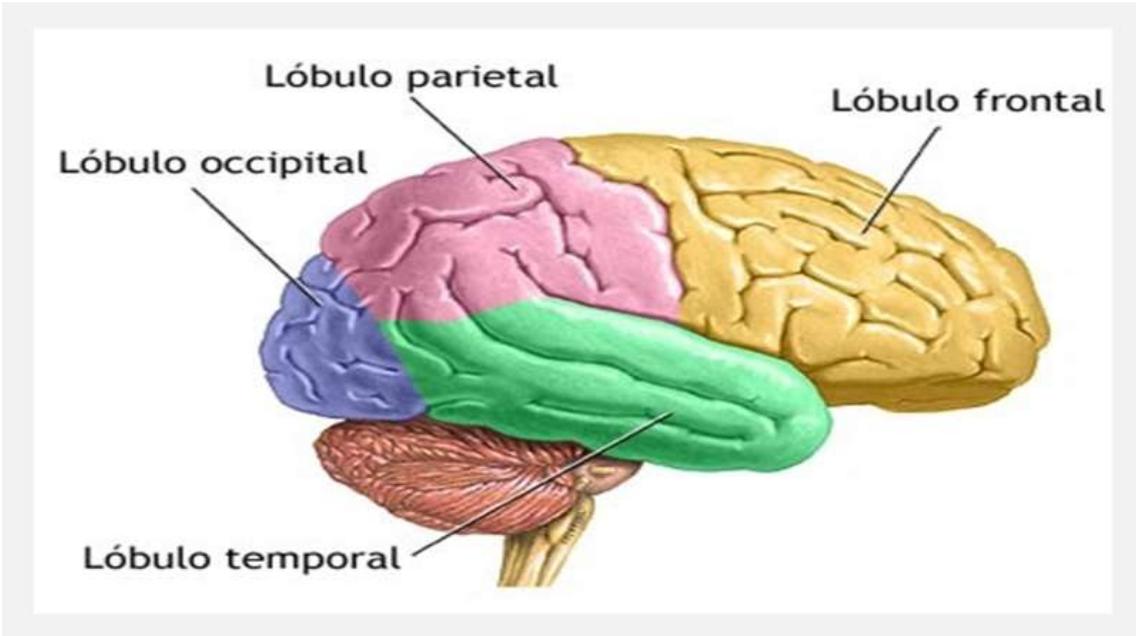
Envelhecimento Psicológico

Com o envelhecimento há, muitas vezes, a perda do papel social da pessoa devido à mudança da imagem, ao abandono da atividade profissional, à perda de oportunidades de contato social, às mudanças na estrutura familiar, à diminuição das redes sociais e à perda das capacidades psíquicas.

Todas estas situações podem levar a consequências psicológicas como dificuldades de adaptação a novos papéis e a mudanças rápidas, falta de motivação e dificuldade de planejar o futuro, perdas afetivas e sociais, baixa autoimagem e autoestima, desenvolvimento da depressão e ainda a perdas orgânicas.



Mapeamento Cerebral



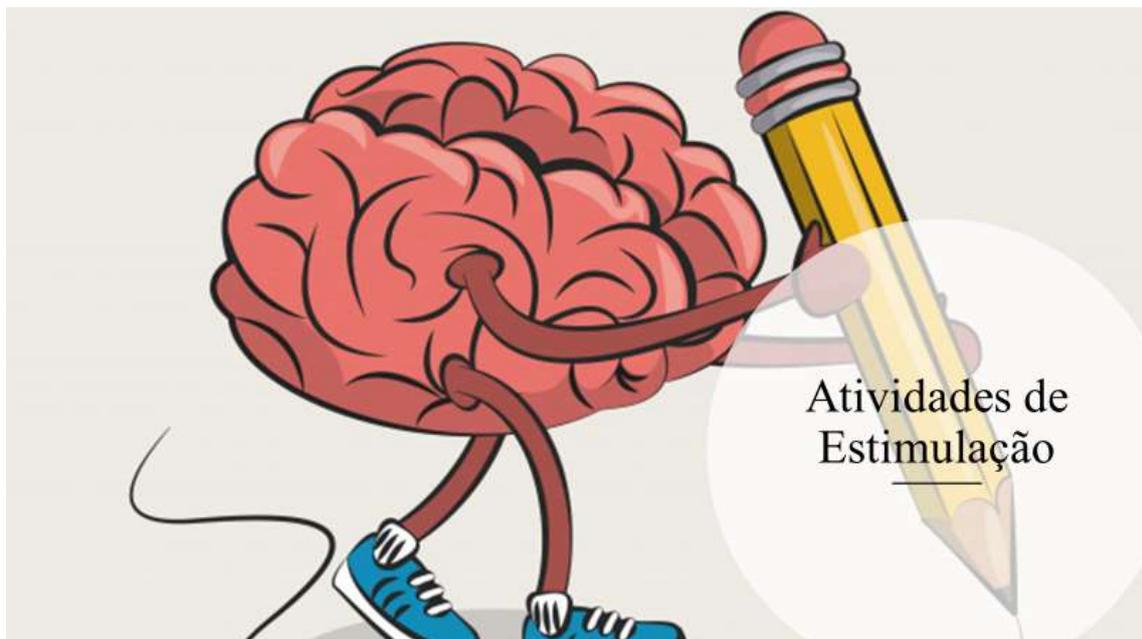


Como podemos estimular o nosso cérebro?

O nosso cérebro funciona como um músculo que tem de ser exercitado diariamente para que não sofra um declínio.

Assim podemos exercitar o nosso cérebro através de atividades como:

- ✓ Atividades diárias como vestir, fazer a higiene pessoal, tomar os medicamentos, lavar a roupa e cozinhar;
- ✓ Praticar exercício físico de forma regular;
- ✓ Fazer treino cognitivo;
- ✓ Fazer atividades que estimulem a memória, o planeamento, o raciocínio e as funções viso espaciais e visuconstrutivas.





Prática de
exercício
físico regular



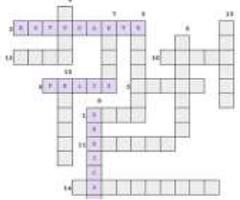
JOGO DOS 7 ERROS



Fazer jogos como o sudoku, caça palavras, dominó, palavras cruzadas e cartas

5	3		7				
6			1	9	5		
	9	8				6	
8			6				3
4			8		3		1
7			2				6
	6				2	8	
			4	1	9		5
			8			7	9

B	I	V	M	J	D	O	U	M	O	ATOR
N	P	R	O	F	E	S	S	O	R	BOMBEIRO
A	D	X	T	B	N	B	Q	P	A	DENTISTA
T	M	K	O	O	T	P	T	O	X	DIARISTA
O	E	M	R	M	I	E	A	L	M	GARÇOM
R	S	X	I	B	S	H	X	I	É	MÉDICO
S	I	O	S	E	T	U	I	C	D	MOTORISTA
F	O	Z	T	I	A	C	S	I	I	POLICIAL
P	D	I	A	R	I	S	T	A	C	PROFESSOR
G	A	R	Ç	O	M	F	A	L	O	TAXISTA



Montar um quebra-cabeças



Ler um livro ou assistir um filme e depois contar a alguém



Fazer jogos de memória que estão presentes nos telemóveis e computadores



Em Suma ...

Envelhecimento saudável e ativo é importante pois:

- ✓ Diminui o sofrimento psíquico;
- ✓ Aumenta a autoestima, autonomia e independência;
- ✓ Aumenta o desenvolvimento das funções cognitivas;
- ✓ Aumenta as capacidades sociais;
- ✓ Retardar o declínio cognitivo.

Já a estimulação cognitiva tem benefícios como:

- ✓ Desenvolvimento cognitivo;
- ✓ Aumento da qualidade de vida;
- ✓ Ajuda nos sintomas de depressão;
- ✓ Ajuda nas competências sociais.

Anexo IV – Plano de Intervenção Grupo de Competências

Sessão	Objetivo	Atividades
Sessão 0	Recrutamento de elementos para o grupo.	
Sessão 1	Apresentação dos psicólogos; Apresentação do programa; Apresentação dos membros; Estabelecimento de regras básicas; Administração do instrumento de avaliação.	- Jogo didático de apresentação para os pacientes em que tinham de fazer uma apresentação em espelho; -Aplicação da Escala de Ansiedade de Autoavaliação de Zung.
Sessão 2	Monotorização do estado de cada paciente através do registo semanal; Psicoeducação sobre a problemática.	-Demonstração de uma apresentação psicoeducativa sobre a ansiedade.
Sessão 3	Monotorização do estado de cada paciente através do registo semanal; Iniciação ao relaxamento.	- Treino de respiração; - Respiração diafragmática.
Sessão 4	Monotorização do estado de cada paciente através do registo semanal; Relaxamento.	-Relaxamento muscular progressivo de Jacobson; - Relaxamento imagético: A praia.
Sessão 5	Monotorização do estado de cada paciente através do registo semanal; Relaxamento.	-Relaxamento muscular progressivo de Jacobson;

		-Relaxamento imagético: O bosque.
Sessão 6	Monotorização do estado de cada paciente através do registo semanal; Relaxamento.	-Relaxamento muscular progressivo de Jacobson; -Relaxamento imagético: A criança interior.
Sessão 7	Monotorização do estado de cada paciente através do registo semanal; Relaxamento.	-Relaxamento muscular progressivo de Jacobson; -Relaxamento imagético: A lareira.
Sessão 8	Monotorização do estado de cada paciente através do registo semanal; Relaxamento.	-Relaxamento muscular progressivo de Jacobson; -Relaxamento imagético: A praia.
Sessão 9	Monotorização do estado de cada paciente através do registo semanal; Relaxamento.	-Relaxamento muscular progressivo de Jacobson; -Relaxamento imagético: A lareira.
Sessão 10	Monotorização do estado de cada paciente através do registo semanal; Prevenção de recaída; Enceramento da terapia.	-Exposição de um breve resumo de todas as técnicas aprendidas durante as sessões; -Avaliação dos níveis de ansiedade de todos os pacientes.

Anexo V – Registo Semanal dos Avaliação Níveis de Ansiedade

Registo Semanal dos Níveis de Ansiedade

0 = “Nenhuma Ansiedade”

50 = “Níveis Normais de Ansiedade”

100 = “Níveis extremamente elevados de ansiedade”

Semana (Data)	Segunda- feira	Terça- feira	Quarta- feira	Quinta- feira	Sexta- feira	Sábado	Domingo

Observações:

Anexo VI – Guião de Relaxamento Elaborado pela Estagiária

Treino de Relaxamento Muscular

Condições Ambientais: Luz apagada e colocar uma música relaxante.

Vamos agora relaxar de modo a que consiga ter momentos de maior tranquilidade e de bem-estar. Feixe os olhos e posiciona-se de forma a que se sinta o mais confortável possível. Respire de forma cada vez mais calma de modo a ficar cada vez mais e mais tranquilo.

Respiração Diafragmática:

Preste atenção à sua respiração à medida que vai inspirando e expirando. Sinta o ar entrar na ponta do seu nariz quando inspira e depois a sair quando expira.

Coloque as mãos na parte lateral das suas costas e, imagine que a sua barriga é um balão que se vai encher. Repara como a sua barriga se move para fora enquanto inspira e enche o balão. Depois vamos imaginar a soprar uma vela. Repare como a sua barriga se move para dentro.

Inspire profundamente como se estivesse a cheirar uma flor e expire calmamente como se estivesse a soprar uma vela.

Mantenha a sua respiração assim, calma e profunda.

Agora, a fim de conseguir relaxar precisamos de conhecer as diferenças entre estar contraído e relaxado.

1. Braço Esquerdo

“Gostaria que focalizasse a sua atenção no seu bíceps, braço e mão esquerda. Quando eu disser AGORA, vou pedir-lhe que contraia esses músculos, erguendo o para a sua frente, dobrando o cotovelo num ângulo de 45 graus e fechando o punho”.

AGORA ...

Sinta a tensão na mão, no braço e nos bíceps. (manter a contração durante 15 segundos).

RELAXE ...

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

Focalize as sensações nestes músculos à medida que vão ficando cada vez mais relaxados (manter a descontração durante 30-40 segundos).

2. Braço Direito

“Gostaria que focalizasse a sua atenção no seu bíceps, braço e mão direita. Quando eu disser AGORA, vou pedir-lhe que contraia esses músculos, erguendo o para a sua frente, dobrando o cotovelo num ângulo de 45 graus e fechando o punho”.

AGORA ...

Sinta a tensão na mão, no braço e nos bíceps. (manter a contração durante 15 segundos)

RELAXE ...

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

Focalize as sensações nestes músculos à medida que vão ficando cada vez mais relaxados (manter a descontração durante 30-40 segundos).

3. Rosto

Vamos passar agora para os músculos do rosto. Quando eu disser AGORA, vou-lhe pedir que contrai 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 toda no seu rosto ...

Repare com esta é desagradável ... (manter durante 15 segundos)

RELAXE ...

Deixe toda a tensão sair ...

Repare no que se passa no seu rosto à medida que os músculos vão ficando cada vez mais e mais relaxados (manter durante 30-40 segundos)

4. Pescoço e Garganta

Vamos focalizar agora a nossa atenção nos músculos do pescoço e garganta. Quando eu disser AGORA, vou pedir-lhe que contraia esses músculos puxando o queixo em direção ao peito, mas sem lhe tocar.

AGORA

Repare na tensão que tem nestes músculos ...

RELAXE

Repare com é a sensação, à medida que os músculos vão ficando cada vez mais e mais relaxados ... (manter durante 30-40 segundos)

De modo a descontrair estes músculos, rode muito lentamente a cabeça de forma a notar que todos os músculos do pescoço se vão gradualmente descontraindo. Faça-o muito lentamente de um lado para o outro. Note o seu pescoço a descontrair cada vez mais. Repare na diferença entre os músculos estarem contraídos e descontraídos.

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

Focaliza agora a sua atenção nos músculos do peito, ombro, parte superior das costas e abdómen. Quando eu disser AGORA, vou pedir-lhe que contraía esses músculos, inspirando bem fundo, prendendo a respiração, puxando as omoplatas uma contra a outra, enquanto que ao mesmo tempo, poe o estomago duro.

AGORA ...

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

RELAXE ...

Descontraia ...

Repare como estes músculos estão agora mais relaxados. Sinta a diferença de sensações à medida que vai ficando cada vez mais relaxado/a. (manter durante 30-40 segundos)

“A fim de descontrair os músculos do tórax vamos respirar lentamente ... o mais lento que conseguir. Quando está nervoso a respiração torna-se rápida e superficial. Tente agora fazer o contrário: uma respiração lenta e profunda, permitindo que o ar chegue abaixo dos pulmões de forma a levantar o abdómen. Respire lentamente, o mais lentamente que conseguir. O controlo da respiração é um meio poderoso para se conseguir relaxar. À medida que se vai sentido cada vez 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, o mais lento que conseguir”.

6. Perna Esquerda

Vamos passar agora para os músculos da coxa, barriga da perna e pé esquerdo. Quando eu disser AGORA, vou pedir-lhe que contraia esses músculos da perna levantando ligeiramente a perna esquerda, esticar os dedos do pé e virar para dentro.

AGORA ...

Sinta a tensão através da sua perna ... (manter durante 7 segundos)

RELAXE ...

Deixe a toda a tensão acumulada sair ...

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

7. Perna Direita

Vamos passar agora para os músculos da coxa, barriga da perna e pé direito. Quando eu disser AGORA, vou pedir-lhe que contraia esses músculos da perna levantando ligeiramente a perna direita, esticar os dedos do pé e virar para dentro.

AGORA ...

Sinta a tensão através da sua perna ... (manter durante 7 segundos)

RELAXE ...

Deixe a toda a tensão acumulada sair ... Repare como é a sensação, à medida que os músculos vão ficando cada vez mais e mais relaxados ... (manter durante 30-40 segundos)

Anexo VII – Guião de Treino de Respiração

Treino de Respiração

Existem diferentes métodos de respiração que envolvem movimentos de diferentes áreas do corpo. A **respiração diafragmática** consiste em movimentos do abdómen, que permitem uma troca mais eficiente de oxigénio e dióxido de carbono, e com menos esforço. Assim, o corpo vai expelir uma quantidade superior de dióxido de carbono e receber mais oxigénio, obtendo-se uma sensação aumentada de relaxamento e leveza. Uma respiração e um corpo mais relaxados potenciam uma mente mais relaxada.

Deve escolher um lugar calmo, tranquilo e o mais confortável possível para a realização dos exercícios de respiração. Quanto mais treinar, melhores vão ser os resultados.



1º Passo – Inspire profundamente pelo nariz;

2º Passo – Sustenha a respiração durante cinco segundos;

3º Passo – Expire o ar, o mais lentamente possível. Concentre-se em pensamentos e imagens que lhe transmitam calma e tranquilidade.

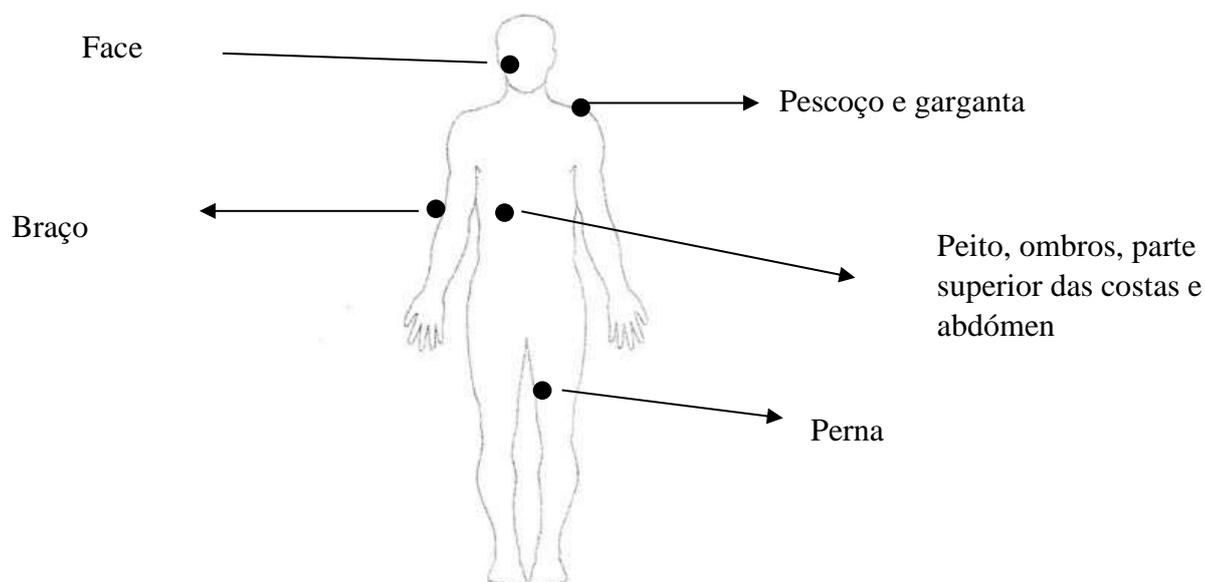
Anexo VIII – Guião de Treino de Relaxamento dos 7 grupos musculares

Treino de Relaxamento

Consiste num procedimento que procura diminuir os níveis de ativação e conseguir um estado de relaxamento através de uma série de exercícios de contração e descontração de vários grupos musculares (ver figura).

O principal objetivo do treino de relaxamento é permitir, de forma eficaz, que consiga relaxar, de modo a induzir estados de bem-estar e tranquilidade.

O relaxamento requer bastante prática pelo que é, fundamental, que seja treinado, de forma regular, escolhendo, para o efeito, um local apropriado e confortável.



De seguida apresentam-se os 7 grupos musculares que vão ser trabalhados ao longo do relaxamento. Para cada grupo muscular siga as instruções:

Grupo muscular	Instruções de contração/relaxamento
Braço dominante	<p>Focalize a sua atenção nos músculos do seu bíceps, braço e mão dominante.</p> <p>AGORA, contraia esses músculos, erguendo o braço à sua frente, dobrando o cotovelo num ângulo de 45° e fechando o punho.</p> <p>Sinta a tensão na mão, braço e bíceps.</p> <p>(Mantenha a contração durante alguns segundos)</p> <p>RELAXE....</p> <p>Repare na diferença entre a tensão e o relaxamento. Focalize as sensações no músculo à medida que ele vai ficando mais e mais relaxado.</p> <p>(Manter durante alguns segundos)</p>
Braço não dominante	<p>(O mesmo que para o braço dominante)</p>
Face	<p>Passa para os músculos de todo o seu rosto.</p> <p>AGORA contraia esses músculos levantando as sobrancelhas tanto quanto puder, trocando os olhos, franzindo o nariz, cerrando os dentes e puxando os cantos da boca para trás.</p>

Sinta a tensão em toda a área facial.

(Manter durante alguns 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 alguns segundos)

Foque a sua atenção nos músculos do pescoço e garganta.

AGORA contraia esses músculos, puxando o queixo para o peito sem o deixar tocar no peito.

Pescoço Aprecie a tensão nesses músculos

e (Manter durante alguns segundos)

garganta 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.

(Manter durante alguns segundos)

Focalize nos músculos do peito, ombros, parte superior das costas e abdómen.

Peito, ombros, AGORA contraia esses músculos, inspirando bem profundo, prendendo
parte superior a respiração e, ao mesmo tempo, puxando as omoplatas como se as
das costas e quisesse juntar; isto é, puxe os ombros para trás e tente que as omoplatas
abdómen se toquem, e contrai-a o estômago como se fosse dar uma pancada a si
 mesmo.

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

(Manter durante alguns segundos)

RELAXE...Descontraia-se...Repare como eles se sentem agora, comparando com anteriormente.

(Manter durante alguns segundos)

Passa para os músculos da sua coxa, barriga da perna e pé dominante.

AGORA contraia esses músculos levantando ligeiramente a perna da cadeira, enquanto estica os dedos dos pés e vira o pé para dentro.

Sinta a tensão através da sua perna.

**Perna
dominante**

(Manter durante alguns 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 alguns segundos)

Perna

**não
dominante**

(O mesmo que para a perna dominante)

Mantenha-se tão relaxado quanto possível.

Deixe que todo o seu corpo se torne mole e sinta todos os seus músculos relaxados.

Pratique estes exercícios diariamente para que consiga relaxar-se cada vez melhor. Uma boa altura para os praticar pode ser à noite antes de ir para a cama, num ambiente calmo, com pouca luz, não estar preocupado com a realização de tarefas e não ser interrompido.

Bom trabalho!!!

Anexo IX – Guião Relaxamento Imagético “A criança interior”

Ponha-se confortável.... descontraia.... feche os olhos e concentre-se na sua respiração..... no ar que inspira e expira.... repare na temperatura do ar quando entra e quando sai (pausa 30 segundos).

Neste momento pense só em relaxar cada musculo do seu corpo desde o topo da sua cabeça até à ponta dos dedos dos pés... e em breve ... vai reparar que confortável está o seu corpo...totalmente suportado por essa cadeira (ou colchão) ... por isso só precisa de relaxar todo o seu corpo.... concentre-se nos sons à sua volta... estes sons deixaram de ser importantes ... jamais irão perturbá-lo.... o que quer que ouça, a partir de agora, o vai ajudar a descontrair mais e mais... comece agora a deixar que todos os músculos da sua cara se descontraíam... especialmente os músculos dos maxilares...deixe que os seus dentes se entreabram um pouco... descontraia a língua... permita que este relaxamento se estenda até às suas têmporas e descontraia os músculos dessa parte da sua cabeça... e ao pensar em relaxar estes músculos... eles vão relaxar... sinta-os a relaxar... e enquanto relaxa vai conseguir flutuar e escorregar para um nível mais e mais profundo de relaxamento total.... Continue a relaxar... agora deixe que todos os músculos da sua testa se descontraíam... sinta os músculos calmos e descontraídos...e descanse os seus olhos agora...e imagine as suas pálpebras a sentirem-se tão confortáveis, tão pesadas...tão pesadas...tão descontraídas...e agora permita que todos os músculos da parte de trás do seu pescoço e dos seus ombros se descontraia... imagine a temperatura morna do sol a incidir sobre essa zona do corpo a aquecer os seus músculos...aquecendo os seus músculos do pescoço e dos ombros... e se houver qualquer tensão nervosa desnecessária nessa parte do seu corpo...à medida que os seus músculos aquecem... repare como derrete qualquer tensão ou stress...sinta-os a derretendo... e sinta este relaxamento tão quente e suave a descer pelas suas costas... a

descer...até à parte mais baixa das suas costas.... sinta todos estes músculos a aquecer... mais quentes...mais quentes e mais quentes....

A cada inspiração sinta o seu corpo a flutuar ... para mais fundo...mais profundo ... cada vez mais fundo chegando a um estado de relaxamento total...deixe descontrair os seus músculos ... mais e mais ... e sinta uma temperatura morna a descer pelos ombros ... pelos braços ... cotovelos ... antebraços ... pulsos ... mãos ... até à ponta dos dedos ... e os seus braços sentem-se tão pesados ... tão pesados ... tão confortáveis ... tão relaxados...que vai perceber que nem os consegue levantar tão descontraídos...tão pesados ... tão pesados e ao inspirar mais uma vez, permita que os músculos do seu peito se descontraíam ... e ao expirar sinta o seu estômago a relaxar ... à medida que respira livremente, suavemente ... descontraia todos os músculos do seu estômago...descontraia...descontraia ... e permita que aquela temperatura morna continue a descer até à sua cintura ... através das pernas sinta os músculos das suas pernas a relaxar ... até aos pés ... até à ponta dos dedos dos pés.

Repare como o seu corpo se sente confortável...a flutuar...a deslizar... cada vez mais profundamente... imagine umas escadas que descem.... com 10 degraus... que o levam a um local especial, bonito e pacífico.... e dentro de um momento você vai imaginar que começa a descer as escadas.... lentamente degrau a degrau.....que o leva a um sitio especial e seguro...totalmente seguro....pode ser qualquer sitio...um sitio que conheça bem...ou pode ser um sitio com o qual tenha sonhado...não importa qual...desde que você se sinta confortável e seguro.... o importante é que você se sinta seguro e confortável.

Dentro de um momento vou contar de 10 até 1, e você vai imaginar que começa a descer as escadas....e a cada degrau que descer....vai sentir o seu corpo a descontrair ainda mais e mais...sentindo-se a deslizar para um nível mais profundo...a cada degrau...mais profundamente relaxado.....e vou agora contar.....10 a descontrair mais profundamente.....

9.... mais fundo.... 8... 7... 6.... 5.... 4.... 3.... 2.... 1... profundamente descontraído...e veja-se no seu sítio especial e seguro... é o sítio mais pacífico do mundo para si... imagine-se lá e sinta um fluxo de paz através do seu corpo

E agora imagine um círculo de luz branca e pura à sua volta...é um círculo de proteção e ninguém pode entrar neste círculo sem a sua autorização...é o seu santuário...e aí você está completamente seguro e divinamente protegido...e agora se desejar, convide a sua criança interior a entrar no santuário...deixe que ela apareça como quiser...na idade que quiser...e repare no que ela tem vestido...a expressão da sua cara...repare como ela se sente...convide-a a aproximar-se.....pergunte-lhe o que ela quer de si neste momento.....deixe-o um momento em silêncio para comunicar com a sua criança interior.

PAUSA DE APROXIMADAMENTE 3 MINUTOS

E se ainda não o fez...convide a sua criança para se vir sentar no seu colo...repare na sua cara.....repare na expressão dos seus olhos....diga-lhe que a ama muito...e que lamenta não ter estado atento a ela no passado....mas prometa-lhe que a partir de hoje vai tomar conta dela...que a vai ouvir...que lhe vai dedicar tempo....diga-lhe a importância que ela tem na sua vida...que gosta dela tal como ela é....e agora...pergunte-lhe se ela quer voltar para casa consigo. Se não...diga-lhe que virá visitá-la em breve...e combine já o vosso próximo encontro....comprometa-se a visitá-la outra vez...se ela quiser ir para casa consigo pegue-lhe ao colo e imagine que ela se torna cada vez mais pequena...tão pequena que vai caber na palma da sua mão.....prometa-lhe que vai passar algum tempo com ela, todos os dias....e combine uma hora especial...e tome um compromisso.

PAUSA DE 30 SEGUNDOS

Agora...muito devagar...gentilmente...coloque a sua criança interior dentro do seu coração.....onde ela estará sempre segura...onde será sempre amada

E agora sinta uma presença divina de amor atrás de si....saiba que é uma presença de verdade.....de beleza....de bondade e amor incondicional.....é o seu ser superior que o ama para além de tudo...e sinta-se envolvido pelos braços divinos e amorosos....e permita que todo o seu ser receba esta energia de amor divino...alguns momentos mais banhado por este amor incondicional.

PAUSA 1 MINUTO

Saiba que pode voltar a este sitio sempre que quiser...e saiba que o seu ser superior está sempre consigo...PAUSA DE 20 SEGUNDOS...desfrute do seu sitio especial por mais uns momentos...e depois eu vou começar a contar de 1 até 10 e você vai poder começar a despertar, voltando a um estado de perfeita consciência...e vai sentir-se totalmente descansado...como se tivesse feito uma longa sesta...todas as partes do seu corpo vão estar bem despertas....voltando ao seu estado e peso normal...à sua temperatura normal.....sentindo-se bem desperto e descontraídová começando a voltar....1...2....a despertar345678 abra os olhos910 Bem desperto.... totalmente desperto.... aqui no consultório no dia xx de xxx de 20020. Completamente desperto.

Anexo IX – Panfleto sobre Cyberbullying em tempos de pandemia realizado pela estagiária

Cyberbullying em tempos de pandemia



Se for vítima de bullying, não aceite, procure ajuda!

Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental

**Diga não ao bullying!
Diga não à violência!**

Este tipo de bullying atinge qualquer pessoa independentemente da sua idade, sexo, profissão ou estatuto social, no entanto é mais bastante frequente em crianças e adolescentes.

Assim, é fundamental que os Pais, Cuidadores e Professores estejam atentos, especialmente nesta fase de pandemia em que o uso das tecnologias é maior aumentando assim a probabilidade de se tornar uma vítima.

Sinais:

Devemos estar particularmente atentos a alguns sinais das pessoas que nos rodeiam, em especial, em crianças e adolescentes:

- ✓ Mostrar-se aborrecido ou perturbado durante ou após a utilização do telemóvel/computador/tablet;
- ✓ Mostrar-se triste, ansioso, preocupado ou alheado da realidade;

- ✓ Fazer da sua vida digital um segredo ou tentar protegê-la a todo o custo;
- ✓ Minimizar “janelas” na presença de outra pessoa, pedir ajuda para eliminar contas ou bloquear amigos;
- ✓ Isolar-se e evitar a família, os amigos ou atividades habituais;
- ✓ Recusar assistir às aulas/ trabalho à distância ou participar em situações de grupo;
- ✓ Diminuição do rendimento escolar/ trabalho ou aparente aumento do número de horas de estudo/ trabalho, sem grandes melhorias de resultados;
- ✓ Mudanças de humor, comportamento, sono ou apetite, sem justificação aparente;

Em consequência desta situação, a vítima pode desenvolver problemas de saúde psicológica, como a ansiedade ou a depressão, tendo sido reportados em situações limite casos de suicídio.



Cyberbullying:

O cyberbullying é uma forma de bullying cada vez mais frequente, especialmente, em tempos de pandemia como esta que estávamos a viver.

Este consiste no uso da tecnologia nomeadamente das redes sociais para assediar, ameaçar, provocar, humilhar ou embaraçar alguém de forma repetitiva e intencional através de post ou mensagens, da criação de uma página falsa em nome de alguém, lançar boatos sobre uma pessoa, publicar uma imagem ou um vídeo desrespeitoso.

O cyberbullying pode acontecer em qualquer local, a qualquer hora e de forma persistente!

E se a criança ou jovem for vítima de cyberbullying? O que posso fazer?

- ✓ Manter a calma. Apoiar e ajudá-la a ultrapassar a situação e nunca culpar a criança/jovem. Não proibir de usar as tecnologias;
- ✓ Oferecer apoio e conforto. Recordar que não está sozinho e assegurar de que encontrarão uma solução em conjunto;
- ✓ Levar as ameaças a sério. Ouvir as suas queixas e estar sempre atento aos sinais emocionais;
- ✓ Guardar as provas;
- ✓ Bloquear/denunciar os agressores;
- ✓ Procurar ajuda psicológica quando necessário.



Anexo X - Questionário sobre o Auto-conceito

Instruções: a seguir vais encontrar várias questões sobre si. Apenas terá de as responder com sinceridade.

1. Quem sou eu?

2. Acha que a sua forma de pensar o torna feliz? Por que acha que é assim?

3. O que acha/pensa de si?

4. O que acha que os outros acham/pensam de si?

5. Acha que o que os outros pensam de si influencia a sua maneira de ser?

6. Como gostaria de ser?

7. O que mudaria em si?

8. Qual é a avaliação comportamental que faz de si? (O que mais gosto em mim? O que menos gosto em mim?).

9. Como avalia a sua imagem corporal?

10. Quais os seus principais objetivos a curto-prazo?

11. Quais os seus principais objetivos a longo-prazo?

12. Identifique os seus principais:

a. Pontos fortes:

;

;

;

.

▪ Pontos fracos:

;

;

;

.

- **Enumeração das qualidades:** o passo seguinte implica reconhecer as suas qualidades.

Enumeração das qualidades	
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	

Anexo XI – Tomada de decisão: Procedimentos passo a passo

Para realizar a próxima dinâmica focalize-se num problema pela qual esteja a passar na sua vida e que tenha de tomar uma decisão.

1.º Passo – identificar o problema: foco na compreensão do problema; promoção da identificação dos aspetos emocionais e sociais na situação problemática:

2.º Passo – determinar objetivos: “*O que gostava que acontecesse em lugar do que aconteceu?*”:

3.º Passo – gerar soluções alternativas: promover a antecipação de diferentes formas de resolução da situação – “*Quais são todas as formas possíveis para resolver esta situação? O que precisava acontecer para saber que a situação estava resolvida?*”. Nota: o registo das alternativas em listas pode ser útil:

4.º Passo – avaliar as consequências: determinar a curto e a longo prazo os custos e benefícios para cada solução encontrada. Através da lista prever as consequências de cada um dos comportamentos alternativos:

5.º Passo – escolher a solução: determinar a alternativa e planejar a sua implementação. Determinar a escolha – “*Qual a alternativa com maiores benefícios e menores custos?*”; “*Qual a alternativa que seria melhor para si?*”; “*Qual a alternativa que consegue aquilo que quer e evita o que não quer que aconteça?*”. Planejar a implementação da escolha:

6.º Passo – avaliar os resultados: “*Fiz o que tinha previsto? Alcancei os meus objetivos? Estou satisfeito com os resultados?*”:

Anexo XII – Relaxamento Imagético – “O meu paraíso secreto”

Coloque-se à vontade e o mais confortável possível!

Deite-se muito confortavelmente e procure, gradualmente, ir fechando os olhos, enquanto inicia a respiração diafragmática de um modo muito natural e muito, muito calmo...

À medida que vai respirando, inspirando e expirando lentamente (deixando o ar entrar suavemente pelas suas narinas e sair pela sua boca), pense na palavra “Relaxar” e foque a sua atenção na sensação de relaxamento e de descontração que começa a sentir...note como à medida que expira cada vez mais profundamente o seu corpo parece tomar-se mais leve e descontraído, a sua mente começa a esvaziar-se das preocupações, problemas e tensão acumuladas ao longo do seu dia-a-dia... Não pense em mais nada a não ser nessa sensação de bem-estar, conforto e de tranquilidade!

Deixe a respiração abrandar até atingir um ritmo confortável e uniforme à sua maneira e ao seu próprio ritmo e quando tal acontecer **comece a imaginar** que se encontra a passear numa praia completamente deserta, numa manhã repleta de sol, tendo por companhia apenas o mar e as gaivotas...

Olhe à sua volta e veja, **observe atentamente** a praia! Repare na extensão do seu areal e no modo como as palmeiras (altas e com ramos muito verdes) estão dispostas ao longo dela. O mar tem um imenso brilho cristalino, de uma tonalidade azul esverdeada...a sua água é tão transparente que você é capaz de ver o fundo do mar e até alguns peixes a se movimentarem. Para além disso observe como o mar está calmo, sem ondulação...

Como é bonita esta praia, como é bom estar num sítio tão especial como este, só seu, em que se sente completamente relaxada, leve e descontraído sítio especial que escolheu não existem preocupações, problemas, nem tensão, apenas tranquilidade, paz e muito bem-estar... Depois de ter observado bem a sua praia imagine que começa a caminhar à beira

mar...repare como os seus pés se enterram ligeiramente na areia molhada...sinta a sua textura e repare como ela é fininha e macia... Foque agora a sua atenção na temperatura da água quando esta chega até si...note como está morna e como sabe bem senti-la nos seus pés e tornozelos à medida que continua a caminhar ao longo da praia, à beira mar...

Sinta o sol a bater seu corpo...na sua face, nos seus braços, nas suas pernas...repare como a sua face está corada e quente...note como é agradável essa sensação de calor que é ligeiramente atenuada pelo sopro ligeiro do vento, que suavemente refresca a sua face e todo o seu corpo...

Centre-se agora nos sons...oiça o suave ruído do vaivém das pequenas ondas do mar, à medida que as suas águas sobem até si e aos seus pés, enrolam-se na areia e voltam para trás...oiça o ligeiro sopro e zunir do vento e o abano das folhas das palmeiras, e ainda os sons emitidos pelas gaivotas que sobrevoam a praia...

Agora, você vai observar um barco... e vai caminhar em direção a esse barco... agora que chegou a esse barco, consegue visualizar um baú... grande... com um cadeado à volta... e agora nesse baú vai depositar todas as suas preocupações... angústias... ansiedades... Agora que depositou tudo que a preocupa, vai fechar esse baú à chave e deitar fora... vai deixar que as ondas levem o barco... e à medida que vai observando esse barco a ir embora, vai sentindo-se mais tranquila... relaxada... calma.

Deixe-se permanecer nessa praia deserta, nesse seu sítio especial e só seu o tempo que quiser e considerar necessário!...

Aos poucos e lentamente comece a despertar, a voltar ao aqui e agora... isso...vá-se mexendo e acordando aos poucos...5, 4, 3, 2, 1...isso, acorde...abra os olhos quando lhe apetecer e espreguice-se à vontade, estique todo o seu corpo.