



RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia

Andreia Micaela Moreira Magalhães
Nº 23540

Agradecimentos

À orientadora de estágio, pela fantástica orientação prestada ao longo do estágio, pela confiança, disponibilidade, partilha, boa disposição e apoio prestado sempre que necessário.

À supervisora de estágio, que em momentos de maior angústia me ensinou a olhar para os casos de forma mais clara e clínica através da partilha das suas experiências e conhecimentos. Pela disponibilidade, conselhos e apoio prestado ao longo deste percurso.

A todos os profissionais de Psicologia e da secretaria do hospital, que sempre foram impecáveis ajudando-me sempre que necessário.

À Ana Rita, minha amiga e colega de estágio, pela sua presença incansável em todos os momentos deste percurso, pelos desabafos, pela amizade e cumplicidade.

À minha família e amigos, que me suportaram nos momentos mais difíceis com toda a compreensão e amor.

Muito obrigada a todos!

Índice	Páginas
Introdução.....	1
I. Caracterização do local de estágio.....	2
a) Setting Terapêutico: As principais limitações.....	7
II. O papel do psicólogo em contexto hospitalar.....	9
III. Descrição das atividades de estágio.....	12
a) Reuniões de Supervisão e Orientação.....	12
b) Observação de consultas/avaliações psicológicas.....	13
c) Relatórios de avaliação psicológica.....	13
d) Integração em grupos terapêuticos.....	14
e) Integração de outras atividades.....	14
f) Formações.....	15
g) Atividades de investigação.....	15
IV. Acompanhamento de Casos Clínicos.....	17
V. Estudo de caso.....	20
a) Anamnese.....	21
b) Enquadramento do caso clínico.....	25
c) Processo de avaliação e intervenção psicológica.....	29
d) Conclusão.....	39
VI. Conclusão.....	41
VII. Referências Bibliográficas.....	42

Índice de Tabelas	Páginas
Tabela 1- <i>Grupos de intervenção psicoterapêutica do centro hospitalar....</i>	6
Tabela 2- <i>Casos clínicos de acompanhamento psicológico.....</i>	17
Tabela 3- <i>Casos clínicos de avaliação psicológica.....</i>	18

Índice de Gráficos	Páginas
Gráfico 1- <i>Organigrama do DPSM</i>	3
Gráfico 2- <i>Genograma Familiar</i>	23
Gráfico 3- <i>Plano de Avaliação e Intervenção psicológica</i>	39

Introdução

O presente relatório serve para explicar as atividades desenvolvidas ao longo do estágio curricular do Mestrado de Psicologia da Saúde e Neuropsicologia do Departamento de Ciências Sociais e do Comportamento do Instituto Universitário de Ciências da Saúde (CESPU) do ano letivo 2019/2020.

Durante a formação académica atravessamos por diferentes momentos de aprendizagem, um deles diz respeito ao estágio curricular. O estágio curricular é uma etapa fundamental no percurso académico, uma vez que constitui um momento de ensino-aprendizagem privilegiado para a construção da identidade e do perfil profissional. Dessa forma, permite articular a componente teórica com a componente prática, promovendo o desenvolvimento de competências de avaliação e intervenção na prática clínica.

O meu estágio curricular foi realizado em duas unidades de um centro hospitalar entre o período de Setembro de 2019 e Março de 2020.

Inicialmente, numa fase de observação, o horário de estágio foi estabelecido de acordo com o horário da minha orientadora, cumprindo um total de quatro dias por semana distribuídos de forma igualitária pelas duas unidades do hospital. Posteriormente, aquando do acompanhamento individual dos casos clínicos, o horário diminuiu para três a dois dias por semana. Contudo o horário foi-se ajustando de acordo com as necessidades que foram surgindo.

Devido à fase pandémica COVID 19, cumprindo as medidas preventivas estabelecidas pela CESPU e pelo centro hospitalar, o estágio foi suspenso a Março de 2020.

Com o objetivo de descrever as atividades desenvolvidas ao longo do período de estágio, o atual documento apresenta, numa perspetiva pessoal, a seguinte estrutura: 1) caracterização do local de estágio, 2) o papel do psicólogo em contexto hospitalar, 3) as atividades realizadas durante este período, 4) os casos clínicos de acompanhamento 5) o estudo de caso e 6) a reflexão final.

I. Caracterização do Local de Estágio

O centro hospitalar é uma edificação hospitalar constituída por duas unidades hospitalares e possui uma variedade de serviços de forma a proporcionar um atendimento humanizado, completo, próximo, confiável e transparente aos utentes responsabilizando-se assim pela prestação de cuidados de saúde à população da sua área geodemográfica de influência, bem como de doentes originários de outras áreas geográficas.

Os serviços clínicos oferecidos pelo centro hospitalar englobam vários departamentos, nomeadamente:

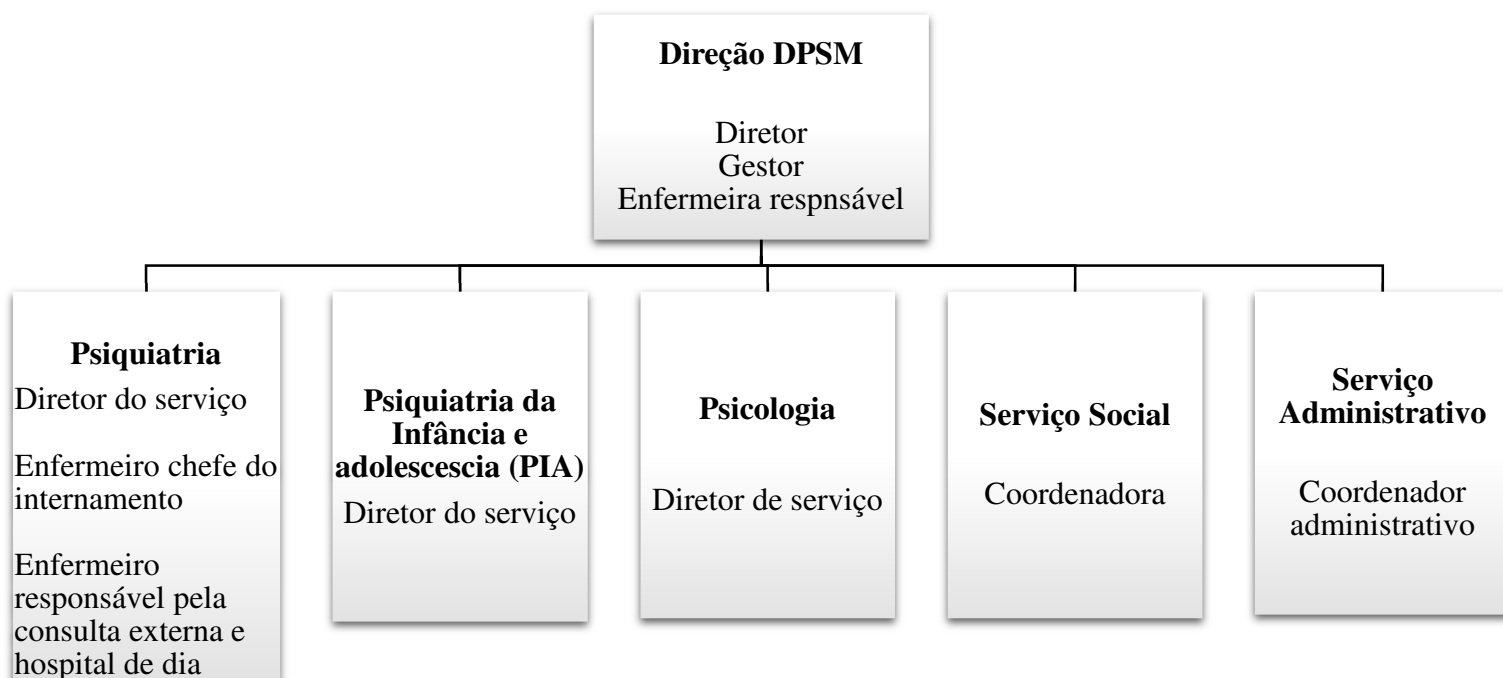
- Departamento Cirúrgico
- Departamento da Mulher e da Criança
- Departamento de Ambulatório e Ligação Funcional
- Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental
- Departamento de Urgência e Emergência, Cuidados Intensivos
- Departamento Médico
- Unidade de Estomatologia e Medicina Dentária

O estágio curricular está a ser realizado no Departamento de Psiquiatria e Saúde mental (DPSM) de ambas as unidades hospitalares e tem como principal objetivo a aproximação ao utente e aos seus cuidadores, a articulação com os Cuidados de Saúde Primários, uma abordagem sob a perspetiva biopsicossocial e a promoção da Saúde Mental. No ano de 2018, neste departamento, foram registadas 8200 primeiras consultas e 26.900 subsequentes nas duas unidades hospitalares. Contudo este serviço não possui serviço de urgência. Mensalmente uma equipa deste departamento desloca-se à urgência de Psiquiatria de outro hospital.

Este departamento organiza-se da seguinte forma:

Gráfico 1

Organigrama do DPSM



O **serviço de psiquiatria** é composto por um diretor de departamento, um diretor de serviço e vinte e nove médicos psiquiatras. No momento presente, trinta e dois médicos psiquiatras estão a laborar no centro hospitalar. A principal função dos psiquiatras passa pelo diagnóstico e prescrição medicamentosa ao paciente. Para além disso, caso achem pertinente, alguns pacientes são encaminhados para Psicologia. Neste centro hospitalar maior parte dos utentes são encaminhados por motivos de ansiedade, luto e depressão.

O **serviço de Psiquiatria da Infância e adolescência (PIA)** é constituído por quatro pedopsiquiatras e duas estagiárias que realizam consultas apenas sob orientação dos médicos. O cargo da direção de serviço é atribuído a um dos quatro pedopsiquiatras.

- Estes profissionais exercem as mesmas funções que o Psiquiatra, mas apenas com crianças.

O **serviço de Psicologia** é formado por um total de oito psicólogos. Dos oito psicólogos é nomeado um diretor do serviço.

De momento, os pedidos para consultas de Psicologia são acionados pelos psiquiatras ou pedopsiquiatras para avaliação psicológica ou acompanhamento psicológico.

O **Serviço Social** é constituído por três assistentes sociais. A principal função destes profissionais passa pela integração social do paciente através de ajudas financeiras como atribuição de subsídios, habitações, entre outros. Para a realização do atendimento ao utente é-lhes disponibilizado um gabinete em cada uma das unidades hospitalares.

O **Serviço Administrativo** é responsável pelo registo de entrada dos utentes, pelas marcações de consultas e todos os procedimentos que promovam uma efetiva acessibilidade dos utentes aos cuidados de saúde. - É composto por um total de dez administrativos dos quais um deles é nomeado diretor do serviço.

Para a realização das consultas de Psiquiatria, Psicologia e outros serviços são disponibilizados vinte seis gabinetes no cento hospitalar. Cada gabinete é composto por uma secretaria, computador, cadeiras e os restantes materiais necessários para o efeito.

O internamento psiquiátrico é dividido em:

Internamento completo quando os pacientes permanecem no hospital por um ou mais dias. No presente, o internamento completo ocorre apenas numa das unidades do centro hospitalar onde possui uma capacidade de quarenta e quatro camas. Colaboram aqui dezanove enfermeiros sendo que um dez é enfermeiro chefe.

Internamento parcial quando os pacientes se deslocam ao hospital para a realização de algumas atividades. Este último denominado de Hospital de dia.

Em ambas as unidades hospitalares o hospital de dia funciona das 9h às 16h apresentando uma capacidade total de 8 pessoas.

Durante este período o utente tem acesso às refeições, a administração da medicação prescrita pelo médico e a realização de atividades lúdicas, cognitivas e físicas que são realizadas por enfermeiros.

Nas duas unidades hospitalares colaboram dez enfermeiros na consulta de psiquiatria que auxiliam o hospital de dia e a sala de profusão. São disponibilizadas 4 salas de enfermagem para o efeito.

Nas duas unidades hospitalares existe uma **sala de profusão** onde é administrada via venosa a medicação prescrita ao utente em questão quando se verifica que a medicação oral não surtiu os efeitos esperados. São realizadas duas sessões por dia uma vez que a sala apresenta uma capacidade máxima de quatro pessoas em cada sessão. Embora seja um tratamento proposto pelos médicos psiquiatras é realizado por enfermeiros e apresenta uma duração entre 2h a 2.30h.

Numa das unidades hospitalares são realizadas **consultas de ligação** de Psicologia ou Psiquiatria. Estas consultas são direcionadas a doentes internados no edifício principal por questões psicossomáticas, de adaptação à doença e pós cirurgias. Os pedidos são efetivados por médicos gerais ou cirurgiões e discutidos pela equipa multidisciplinar das consultas de ligação. De acordo com as necessidades do paciente são também estabelecidos os profissionais que realizarão a consulta. Quando são pedidos de ajuste farmacológico, a consulta é realizada por um psiquiatra e quando é solicitado suporte terapêutico é um psicólogo que se desloca até ao paciente. As consultas de ligação podem colaborar com qualquer um dos serviços do hospital, contudo a maior parte dos pedidos são médicos ou cirúrgicos.

Para além da intervenção psicológica individual, o departamento de Psiquiatria e Saúde Mental das duas unidades hospitalares realizam intervenção de grupo em pacientes com perturbações do foro psicofisiológico.

Estes grupos permitem o desenvolvimento de técnicas de socialização, altruísmo, catarse, aprendizagem interpessoal e partilha de experiências.

Atualmente existem os seguintes grupos:

Tabela 1*Grupos de intervenção psicoterapêutica do CHTS*

GRUPO	UNIDADE	
	HOSPITALAR A	HOSPITALAR B
<i>Relaxamento</i>	X	X
<i>Relaxamento para grávidas</i>	X	
<i>Luto</i>	X	X
<i>Pós- alta de internamento</i>	X	
<i>Psicóticos e Familiares</i>	X	X
<i>Pós Cirurgia Bariátrica</i>	X	
<i>Familiares de pacientes demenciados</i>	X	
<i>Incredible years (crianças)</i>	X	
<i>Depressivos</i>	X	X
<i>Latência (Hospital de dia para crianças)</i>	X	
<i>Psicodrama</i>	X	
<i>Intervenção Neuropsicológica</i>		X
<i>Adolescentes</i>		X
<i>Treino de Competências</i>		X

A intervenção em grupo é realizada na sala de psicoterapias. A frequência e duração dos grupos permitem o ajustamento entre os diversos grupos que existem uma vez que existe apenas uma sala disponível para o efeito. Os grupos com uma frequência semanal são os grupos de relaxamento, o psicodrama, *incredible years*, o grupo de latência e o grupo de depressivos. Com frequência quinzenal decorrem os grupos de doentes psicóticos, luto, pós-alta, treino de competências e familiares de doentes com demência. Mensalmente decorrem os grupos de cirurgia barátrica e o grupo de suporte de luto. Na sala estão disponíveis cadeirões, colchões, música, bolas de ginástica e mantas conforme as atividades que são realizadas em grupo.

a) **Setting Terapêutico: As principais limitações**

A realização do estágio no centro hospitalar tem-me possibilitado observar algumas divergências em termos daquilo que denominamos de *setting* terapêutico.

O *setting* abrange o ambiente físico e mental onde a relação terapêutica se estabelece, onde as condições operativas pré-estabelecidas pelo terapeuta e paciente se verificam como variáveis que condicionam o espaço-tempo em que decorre a psicoterapia (Etchegoyen, 1987; Leal, 2000, cit in Ribeiro, 2010).

Atualmente, o psicólogo atua em instituições que, por vezes, não possuem condições físicas adequadas para um tratamento eficaz (Moreira & Esteves, 2012).

Algumas normas que constituem essas variáveis são puramente técnicas como, por exemplo, o tempo de duração da sessão, os gabinetes de consulta, as interrupções e os ruídos.

Na realidade hospitalar, nem sempre é possível o Psicólogo possuir um único gabinete de consulta. Isto deve-se ao facto de a Unidade de Saúde Mental deste centro hospitalar ter sido edificada para dar resposta a um certo número de casos. Desde então, o número de pacientes psiquiátricos tem aumentado e, conseqüentemente, os profissionais necessários para operar na área também e daí ser difícil manter um gabinete fixo devido à necessidade de flexibilidade e rotatividade das salas existentes. Contudo, na outra unidade hospitalar já não são verificadas tais necessidades, uma vez que o mesmo foi contruído recentemente e não possui todos os serviços médicos.

A mudança de sala pode gerar desconforto ou uma oportunidade para novas revelações, isso irá depender da saúde mental de cada paciente. Todos esses efeitos externos sobre o interno do paciente devem ser considerados pelo terapeuta (Sandler, 1990, como referido em Moreira & Esteves, 2012).

Outro aspeto que é comum é o Psicólogo em consulta ser interrompido por outros profissionais. Segundo Chiatone & Sebastiane (1991) na prática hospitalar o psicólogo é constantemente interrompido por médicos e enfermeiros, tendo assim de se adaptar a esta situação adaptando-se de forma que o seu trabalho não seja prejudicado (Silva, 2012).

Outro aspecto a ser considerado é a presença de estagiários nas consultas que acaba por limitar processos importantes como o sigilo gerando uma série de angústias no indivíduo que recebe o atendimento (Azevedo, Moraes & Marafon, 2017, como referido em Moraes et al., 2017). Além disso, pode ser necessário atender o paciente no meio de outros vários pacientes, se for numa grande enfermaria. Nesses casos, pode haver a impossibilidade de se assegurar o sigilo (Almeida & Malagris, 2011).

Muitos dos atendimentos psicológicos no hospital é o psicólogo que se desloca até ao paciente que está internado, contando sempre com a possibilidade de interrupções e adiamentos. A flexibilidade do psicólogo neste contexto é fundamental (Romano, 1999, como referido em Vieira, 2010).

Perante os dados da literatura citados, acredito que mais importante do que o espaço físico do *setting*, é o “espaço mental do setting” exercido pelo profissional de forma a manter os papéis, as regras, a ética em qualquer espaço de atuação, sem ficar dependente do ambiente físico. Na maioria dos casos, não é possível modificar o espaço que nos é disponibilizado e o profissional de saúde tem de encontrar formas de o contornar de modo a não interferir com a sua intervenção e tratamento. Portanto, mesmo com a pouca exposição do tema e enfrentando muitas dificuldades para se adaptar, o setting terapêutico mostra-se versátil dentro da organização hospitalar.

II. O Papel do Psicólogo em Contexto Hospitalar

Entre os diversos campos de atuação, a psicologia hospitalar aplica os conhecimentos científicos de Psicologia em situações que englobam processos de doença, internamento e tratamento e ainda as relações entre o paciente, família e equipa de profissionais de saúde.

Segundo Santos & Ribeiro (2018) o trabalho do psicólogo hospitalar é especificamente direcionado ao restabelecimento do estado de saúde do paciente ou ao controlo dos sintomas que comprometem o seu bem-estar. Segundo estes autores, existem seis tarefas básicas do psicólogo hospitalar:

- Coordenação das atividades com os funcionários da instituição;
- Intervenção na qualidade do processo de adaptação e recuperação do paciente internado;
- A função de inter consulta: auxiliando outros profissionais a lidarem com o paciente;
- A função de enlace, de intervenção, por meio de delineamento e execução de programas com os demais profissionais, para modificar ou instalar comportamentos adequados dos pacientes;
- Assistência direta: atua diretamente com o paciente;
- A função de gestão de recursos humanos: aprimora os serviços dos profissionais da instituição, o que contribui de forma significativa para a promoção de saúde.

Desta forma, o psicólogo em contexto hospitalar necessita de adaptar as teorias e técnicas voltadas especificamente para as pessoas hospitalizadas, que comumente apresentam questões psicológicas associadas ao processo do adoecimento (Almeida & Malagris, 2011; cit in Cunha, Cremasco & Gradvohl, 2016).

São inúmeras as dificuldades de acesso dos utentes aos serviços de saúde, nomeadamente a consultas de Psicologia. Em contexto hospitalar os pacientes são sempre encaminhados para **acompanhamento/avaliação psicológica** pelo médico psiquiatra que os referencia para o efeito, já com o diagnóstico estabelecido. Desta

forma, na realidade é o médico quem pede ajuda psicológica para o doente (Roque, 2014). O mesmo acontece no centro hospitalar, em que os pacientes seguidos em psicologia ou pedopsicologia são pacientes alvo de consultas psiquiátricas em simultâneo. - Devido ao elevado número de pacientes e à dificuldade da própria instituição hospitalar em disponibilizar espaços e tempo, surge a necessidade de se realizarem intervenções breves que se traduzem no tempo que o psicólogo está com o paciente em cada sessão e na frequência das sessões realizadas. Desta forma, na maioria dos casos utilizam-se técnicas cognitivo-comportamentais (Pereira, 2001; cit in Roque, 2014). Em segundo plano, o psicólogo hospitalar pode ainda realizar a **formação de grupos** com o objetivo de informar, culminando num espaço de reflexão e expressão dos sentimentos, minimizando o impacto emocional e stress vivenciados pelos pacientes (Meiado & Fadini, 2014).

Para além do acompanhamento individual em consultório, os psicólogos intervêm a nível do **internamento psiquiátrico e geral**. Estes pedidos são solicitados por outro profissional de saúde e referem-se a visitas esporádicas de acordo com necessidades específicas do paciente. Estes pedidos são solicitados quando existem conflitos que envolvem a família e a equipa ou nas situações em que os pacientes estão em crise, deprimidos, e se recusam a fazer tratamento. Aqui é o psicólogo que se desloca até ao doente (Tonetto & Gomes, 2005).

Com estas **consultas de psicologia de ligação**, em que o psicólogo colabora em diversos contextos de doença torna-se fundamental a formação de equipas multidisciplinares para a discussão dos casos clínicos com os profissionais de saúde envolvidos.

Em contexto hospitalar, cada vez mais, o Psicólogo integra **equipas multidisciplinares** onde são discutidos os casos em seguimento. Estas reuniões permitem que a equipa reflita acerca do estado atual do paciente e possíveis futuras intervenções garantindo sempre o princípio da confidencialidade (Pereira, 2001; cit in Roque, 2014). No centro hospitalar, é habitual reunirem-se semanalmente em equipa para discussão dos casos. As equipas podem ser compostas por psicólogos, psiquiatras, médicos, enfermeiros e assistente social dependendo da área de intervenção. Vale ressaltar ainda que a inserção do psicólogo numa equipa multidisciplinar tem como objetivo somar o saber e o fazer aos demais cuidados, para que se possa promover um amplo suporte ao paciente numa esfera biopsicossocial (Meiado & Fadini, 2014).

Nestas equipas o psicólogo pode sistematizar a realização de grupos que permitam clarificar o papel de cada profissional e de atividades que reduzam o stress cada vez mais observado nos profissionais da área da saúde (Chiattonne, 2003; cit in Santos & Ribeiro, 2018).

Uma das funções do psicólogo em contexto hospitalar passa pelo **acompanhamento psicológico dos funcionários** da instituição. O atendimento é individual no caso de se tratar de problemas de carácter pessoal e em grupo quando envolve outras pessoas do ambiente de trabalho (Tonetto & Gomes, 2005). Neste centro hospitalar é facilitado aos profissionais o acompanhamento psicológico sempre que necessário bem como a intervenção em grupos geralmente constituídos apenas por membros que laboram no hospital.

O psicólogo hospitalar pode ainda estar envolvido na prática de **supervisão de estagiários** que permite criação de um espaço de aprendizagem, de partilha que propicia a troca de experiências vivenciadas na prática hospitalar, o debate de textos relacionados com as atividades realizadas e desenvolvimento do pensamento crítico com relação a atuação do psicólogo em hospitais (Tonetto & Gomes, 2005).

Desta forma a tarefa do psicólogo passa pela capacidade de apoio, compreensão e direcionamento humanizado das diferentes situações pelas quais passam os pacientes e os seus familiares, culminando um programa terapêutico eficaz e humano (Santos & Ribeiro, 2018).

III. Descrição das atividades de estágio

Ao longo do período de estágio integrei e desenvolvi várias atividades. Grande parte dessas atividades seguiram um formato presencial e ocorreram no centro hospitalar onde me inseria. Contudo, devido à fase pandêmica COVID-19 e respeitando as medidas de prevenção e contenção decretadas, o estágio curricular de caráter presencial foi suspenso.

As novas medidas no âmbito COVID-19 permitiram continuar a experiência de estágio em formato online. Desta forma foi possível dar continuidade à intervenção psicológica dos casos clínicos já iniciados através de serviços e plataformas digitais. De forma global, a minha experiência de estágio foi composta pelas seguintes atividades:

a) Reuniões de Supervisão e Orientação

Todo o estágio curricular decorreu sob a orientação de uma psicóloga do hospital. Inicialmente, em fase de observação clínica, no final de cada consulta debatíamos o caso em questão e da intervenção que estava ou iria ser realizada com cada paciente. Frequentemente, e assim que necessário, reuníamos para debate dos casos de acompanhamento individual, para análise e correção conjunta dos testes aplicados aos pacientes e dos respetivos relatórios de avaliação, para análise de questões de logística acerca do projeto de investigação conjunta que estávamos a desenvolver e para esclarecer possíveis dúvidas em relação a horários e regras do hospital onde me inseria.

Para além disso, o estágio foi supervisionado pela Professora Doutora Susana Lêdo. Foram realizadas reuniões mensais no Instituto Universitário de Ciências da Saúde para sintetizar as atividades que estávamos a desenvolver no estágio. Em todas

reuniões debatíamos os casos clínicos de acompanhamento individual de forma a refletir e clarificar a problemática e a intervenção que estava ou que poderia ser realizada. Tal como Donaldson-Feilder & Bush (2008) e Zorga (2003) referem a reflexão, a exposição de assuntos específicos e o aconselhamento integram os principais objetivos da supervisão.

A orientação e supervisão teve um papel fulcral na construção da minha identidade profissional. Os desafios e as dificuldades vivenciadas facilitaram a descoberta e desenvolvimento dos meus conhecimentos e competências enquanto profissional.

Durante o período de isolamento social a orientação e supervisão foi realizada regularmente via email, Skype e telefone.

b) Observação de Consultas e Avaliações Psicológicas

Após a fase de integração no estágio e na unidade hospitalar em que me inseri, comecei por assistir às consultas da minha orientadora com a devida permissão dos utentes. Esta fase de observação de aproximadamente três meses, permitiu-me conhecer e analisar a intervenção terapêutica aplicada a pacientes com diferentes diagnósticos. Maioritariamente surgiam em consulta pacientes adultos com perturbações de ansiedade, perturbações de personalidade e lutos complicados. Esporadicamente surgiam casos clínicos para acompanhamento psicológico por problemas de disfunção familiar, problemas conjugais, problemas de assédio laboral, problemas de sexualidade e depressão. Ao longo do meu percurso académico estudei as várias abordagens terapêuticas utilizadas em consulta de psicologia, contudo, com esta observação foi possível compreender como é que estas funcionavam e eram aplicadas na prática clínica. Aragão e Silva (2012) e Piconez (1991) argumentam que a fase de observação permite ao estagiário compreender como a teoria se aplica na prática profissional favorecendo a reflexão sobre a prática vivida e a teoria estudada. Em consulta, a psicoterapia seguia uma linha cognitivo-comportamental, onde eram aplicadas várias técnicas consoante a perturbação apresentada pelo paciente. Para além das consultas de acompanhamento também assisti a algumas avaliações psicológicas que me permitiram, numa primeira fase, conhecer os testes mais administrados no centro hospitalar e a forma como eram aplicados. Esta fase de observação foi fundamental para a minha

experiência de estágio uma vez que me instruiu o conhecimento necessário para o acompanhamento de casos clínicos de forma autónoma e individual.

c) **Relatórios de Avaliação Psicológica**

Numa fase inicial, e na impossibilidade de assistir às consultas dos pacientes da minha orientadora, foi possível rever e praticar a aplicação de testes, realizando vários role-play em conjunto com uma colega de estágio que permitiu aumentar a prática de aplicação dos testes antes mesmo de prosseguir para as avaliações com os pacientes. Para além disso, durante esta fase realizei a cotação de testes aplicados em consulta pela minha orientadora. Posteriormente realizava um relatório que era corrigido e analisado pela doutora antes de ser submetido. Estas tarefas ampliaram as competências práticas dos instrumentos de avaliação e de elaboração de relatórios.

d) **Integração em Grupos Terapêuticos**

Durante o estágio foi possível integrar e participar em alguns dos grupos terapêuticos que decorrem nas duas unidades do hospital.

Como observadora, participei **no grupo de suporte a pais que perderam filhos** no hospital padre américo e no **grupo de depressivos**. O grupo de depressivos permitiu-me trabalhar com outros psicólogos do hospital e ter um papel mais ativo. Neste grupo terapêutico fiquei responsável pela elaboração de uma tabela para o registo das presenças, marcação das sessões seguintes e administração e cotação de testes de avaliação dos níveis de depressão.

Particpei como paciente no **grupo de relaxamento** das duas unidades hospitalares. Esta experiência permitiu-me praticar as técnicas de relaxamento aplicadas em consulta a pacientes com transtornos de ansiedade experienciando na primeira pessoa os efeitos da terapia.

Em conjunto com a orientadora do estágio, foi criado um **grupo de luto complicado por perda de conjugues**, no qual participei como co-facilitadora. Esta intervenção surge como resultado da investigação que estava a ser realizada no âmbito da tese de mestrado.

Devido à fase de pandemia COVID-19, não foi possível concluir as sessões inicialmente propostas para o grupo de depressivos e para o grupo de luto.

e) Integração de Outras Atividades

De forma a alargar a minha experiência de estágio e com a colaboração de outros profissionais, foi possível integrar outras atividades, nomeadamente:

- Participar como observadora numa sessão do grupo de pacientes pós alta facilitado por uma psicóloga do hospital.
- Observar as consultas de acompanhamento psicológico dos pacientes em internamento geral.
- Participar nas reuniões multidisciplinares de internamento e cuidados paliativos onde me foi dada a possibilidade de interagir com outros profissionais de saúde como médicos, psiquiatras e enfermeiros.
- Elaboração de um panfleto de sensibilização na fase de pandemia.

f) Formações

Paralelamente ao estágio, participei em ações de formação organizadas pelo Centro Hospitalar, nomeadamente:

- Workshop Felicidade e inteligência emocional
- Palestra famílias prematuras
- Palestra reflexões sobre a morte
- Palestra fora da caixa

No meu ponto de vista, estas formações foram essenciais e benéficas para a minha atividade profissional atual e futura uma vez que me permitiram olhar para cada uma das problemáticas do ponto de vista clínico e principalmente multidisciplinar.

Ainda em contexto de estágio, participei em ações formativas realizadas fora do hospital, nomeadamente:

- Os Preconceitos Sociais e o Papel Judicial na atuação do Crime de Violência Doméstica
- IV Jornadas do Movimento Saúde

g) Atividades de Investigação

No estágio, foi-me dada a possibilidade de aceder às investigações anteriormente realizadas no centro hospitalar, nomeadamente a nível do grupo de relaxamento e

analisar estatisticamente os dados obtidos. Como resultado destas investigações surgiram dois posters para submissão em jornadas ou congressos futuros, nomeadamente:

- Grupo De Intervenção Psicológica Nas Perturbações De Ansiedade
- Impacto Dos Grupos De Relaxamento Na Insónia

Para além de análises estatísticas realizadas em trabalhos em co-autoria, tive a oportunidade de desenvolver a investigação no âmbito da minha tese de mestrado em contexto de estágio. Essa investigação contou com a colaboração da minha orientadora de estágio, da orientadora da tese e de uma colega de curso, originando um dos grupos terapêuticos do centro hospitalar intitulado de **“Grupo de luto complicado por perda de cônjuge”**.

Neste sentido elaborei um projeto de investigação para submissão ao conselho de ética do hospital, um plano de intervenção das sessões do grupo e um folheto informativo para os participantes.

Nesse sentido, ao longo do período de estágio integrei as sessões do grupo terapêutico de frequência quinzenal, ficando responsável pela aplicação dos instrumentos de avaliação (pré-teste) e pela realização de entrevistas semi-estruturadas aos pacientes do grupo com o intuito de desenvolver um estudo de investigação de carácter quantitativo e qualitativo. Infelizmente, devido à fase pandemia COVID-19 o grupo foi suspenso. Devido ao alargado tempo de interrupção e suspensão do grupo não foi possível dar continuidade ao mesmo, uma vez que iria colocar em causa a fiabilidade da investigação.

IV. Acompanhamento de Casos Clínicos

Após a fase de observação, fiquei responsável pelo acompanhamento psicológico de três casos clínicos e pela avaliação de dez pacientes do centro hospitalar. As consultas eram marcadas consoante a disponibilidade de horário do utente e das salas disponíveis para a realização da consulta no serviço de Psicologia do centro hospitalar.

Nas seguintes tabelas (**Tabela 2 e Tabela 3**) encontra-se uma breve descrição dos casos clínicos seguidos:

Tabela 2

Casos Clínicos de Acompanhamento Psicológico

<i>Motivo</i>	<i>Identificação</i>	<i>Consultas</i>	<i>Intervenção</i>	<i>Instrumentos de Avaliação</i>	<i>Desfecho</i>
<i>Ansiedade</i>	N	12 sessões	Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC)	Escala de Autoavaliação da Ansiedade de Zung (ZSAS)	Alta Clínica
<i>Depressão</i>	O	11 sessões	Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC)	Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) Escala De	Alta Clínica

			Psicoterapia de Apoio	Ansiedade E Depressão Hospitalar (HADS)	
Fobia específica	A	1 sessão	Terapia Cognitivo Comportamental (TCC)	-	Acompanhamento cancelado devido a fase pandêmica COVID-19

As intervenções realizadas nos casos clínicos de acompanhamento seguiram uma linha cognitivo-comportamental. Para além da elevada eficácia desta abordagem na redução de sintomas e taxas de recorrência, com ou sem medicação, numa ampla variedade de transtornos psiquiátricos (Knapp & Beck, 2008) era também uma das linhas mais utilizadas pela minha orientadora o que contribuiu para a aplicação da mesma em contexto clínico.

Tabela 3

Casos Clínicos de Avaliação Psicológica

Pedido	Identificação	Consultas	Instrumentos de Avaliação	Conclusão
Avaliação Neuropsicológica	D E F J	1 sessão para cada paciente	Addenbrooke's Cognitive Examination (ACE-III)	Alta
Avaliação Intelectual	M P B	2 sessões para cada paciente	Escala de Inteligência de Wechsler (WAISS-III)	Alta
Avaliação Neuropsicológica e Psicopatologia	C	2 sessões	Addenbrooke's Cognitive Examination (ACE-III) SCL 90-R Mini	Alta
Avaliação de Personalidade	L	1 sessão	International Neuropsychiatric Interview	Alta

<i>Avaliação de Personalidade, Funcionalidade e Psicopatologia</i>	(MINI)		
	T	1 sessão	Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) SCL 90-R Disability assessment for dementia scale (DAD) Instrumental activities of daily living scale (IADL)

Os casos clínicos para avaliação psicológica eram encaminhados com pedidos específicos do domínio que se pretendia avaliar. Desta forma, e como não se tratava de casos de acompanhamento, era realizada uma breve anamnese e posteriormente aplicados os instrumentos de avaliação que não estendiam mais do que duas sessões. O processo de avaliação psicológica é fundamental para o desenvolvimento de planos de tratamento mais eficientes (Capitão, Scortegagna & Baptist, 2005). Grande parte dos casos de avaliação psicológica realizadas no hospital dirigiam-se a pacientes que procuravam a obtenção de subsídios sociais e pensões.

V. Estudo de caso

Após a fase de observação tive a oportunidade de iniciar o acompanhamento de casos clínicos que me foram atribuídos pela minha orientadora de estágio. Dos três casos que acompanhei, este, em particular, foi o que mais exigiu de mim enquanto pessoa e profissional motivando-me, a cada dia, a explorar novas técnicas e instrumentos. Este caso fez-me perceber que independentemente da intervenção que é realizada, o grande trabalho está sempre nas mãos do paciente.

Dados de Identificação:

NB, paciente do sexo feminino, 18 anos, solteira. Nacionalidade Portuguesa. No momento encontrava-se a terminar o 12ºano de escolaridade. Habita com a mãe e o padrasto.

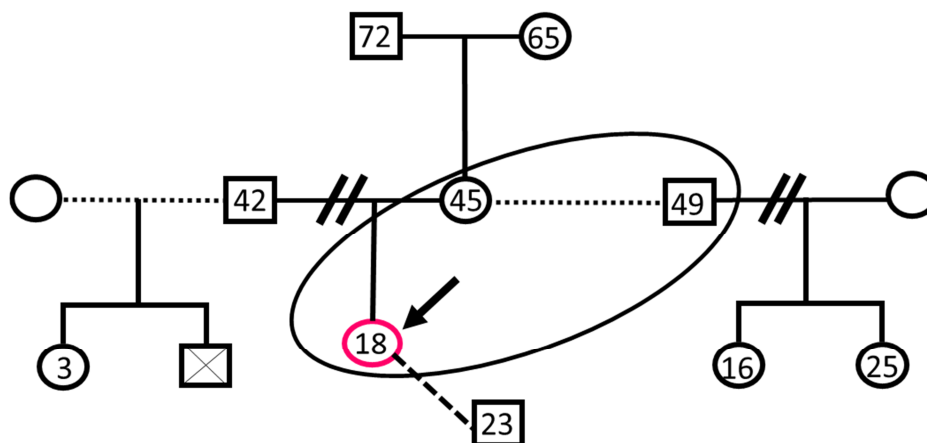
Motivo e pedido de consulta

A paciente foi encaminhada para o serviço de Psicologia pelo médico psiquiatra devido a crises de ansiedade e ataques de pânico que ocorrem desde os seus 14 anos.

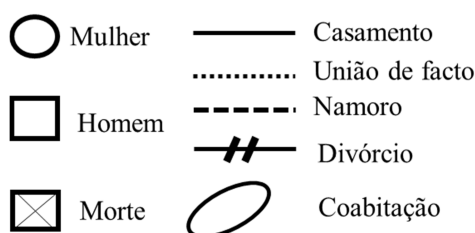
Gráfico 2

Genograma Familiar

Genograma



Legenda



a) Anamnese

História Familiar

NB, filha única, habita com a mãe de 45 anos com o 12º ano escolaridade e o padrasto de 49 anos com o 4º ano de escolaridade. Refere ter uma relação próxima com a mãe "é a minha melhor amiga" (SIC). Padrasto com duas filhas, uma com 24 anos e outra com 16 anos que habitam com a mãe. NB não estabelece relação com as filhas do padrasto "A mais nova não aceitou a mãe porque achava que os pais se iriam reconciliar, ficaram com raiva da minha mãe" (SIC). Mãe e padrasto trabalhavam na agricultura, mas recentemente a mãe dedicou-se apenas tarefas domésticas "-deixou isso só para o meu padrasto" (SIC).

Tem dois cães, o Patudo de 1 mês e o Mikey de 1 ano oferecido pelo padrasto quando fez 17 anos "eles ajudam-me bastante quando estou em baixo" (SIC).

Pai de 42 anos, com o 6º ano de escolaridade, emigrado na Angola há 11 anos onde trabalha no ramo da construção civil. Atualmente em união de facto com uma mulher de nacionalidade angolana com quem teve dois filhos, uma rapariga de 3 anos e um rapaz que faleceu com um ano e meio de idade devido ao vírus HIV contraída pelos pais.

Refere que teve a oportunidade de conhecer pessoalmente a meia-irmã com quem neste momento mantém uma relação.

Pais biológicos de NB separados há 4 anos, altura em que iniciaram as primeiras crises de ansiedade. A paciente descreve que sempre manteve uma relação distante com o pai uma vez que este trabalhava fora do país desde os seus 7 anos, "trabalhava fora e sempre que vinha cá não queria saber de nós, saía com os amigos" (SIC). Descreve o pai como uma pessoa manipuladora e agressiva com quem era difícil de lidar "Se não for tudo a maneira dele ele é difícil" (SIC). - Refere que desde os seus 7 anos que se recorda de ver os pais a discutir e que chegou a achar melhor que os pais se separassem "eu queria que eles se divorciassem" (SIC).

A paciente refere que após o divórcio, o pai tornou-se mais exigente com ela a nível das notas escolares que não era comum anteriormente "antes só sabia das notas porque eu lhe dizia e agora era ele a perguntar-me" (SIC). Sente que o pai nunca aceitou bem a separação conjugal e que a usava como veículo para atingir a mãe, fazendo alguma pressão a nível escolar e abordando assuntos desagradáveis sobre a família materna que a afetavam "O meu pai para atingir a minha mãe fazia-me sentir mal. Quando ela iniciou um relacionamento com o atual companheiro ele veio tirar satisfações comigo... ele sempre foi assim, quando havia problemas ligava para mim" (SIC).

NB, revela que o pai tem problemas de toxicod dependência com consumo de estupefacientes, nomeadamente cocaína e heroína. Refere que o mesmo já realizou tratamento, mas sem sucesso.

"Eu era bastante nova, mas ele fez bastantes tratamentos em diferentes locais, onde acabava por fugir. Nunca conseguiu estar limpo, a minha mãe sempre me tentou esconder e nunca me confirmou isso, mas eu suspeitava. Só me confirmou quando já estavam divorciados. Ficava preocupada de pensar que fosse realmente verdade" (SIC).

A paciente alega que o pai teve uma relação extraconjugal antes de se separar da mãe e que tomou conhecimento pelo próprio.

Na altura em que o pai começou a trabalhar no continente africano a mãe foi diagnosticada com neoplasia da mama, fase que refere ter sido difícil para ambas.

Atualmente não estabelece contacto com o pai há 2 anos. Refere um episódio em que tinha combinado passear com ele e este lhe mentiu para não ir “sentia-me rejeitada, só chorava e tive um ataque de ansiedade, telefonei para a minha mãe e ela veio buscar-me” (SIC).

Desde a separação dos pais que a paciente não estabelece contacto com a família paterna devido aos conflitos com o pai.

Antecedentes médicos e psiquiátricos

Luxação congénita da anca. Sem internamentos e sem medicação crónica.

Em 2017, a paciente teve uma perda abrupta de peso, perto da anorexia, que associa ao divórcio dos pais.

Em 2018, com 16 anos, é encaminhada para pedopsiquiatria pelo médico de família devido a perda de peso abrupto num curto espaço de tempo com perdas de apetite e dificuldades do sono.

Em 2017 teve acompanhamento psicológico numa clínica particular devido à separação dos pais onde lhe foi diagnosticada ansiedade e depressão. A paciente acabou por abandonar a consulta. Refere que nesta altura se sentia frágil chegando a ter pensamentos suicidas “seria melhor eu desaparecer e não ser um fardo para mais ninguém” (SIC).

Em 2020 recebeu acompanhamento psiquiátrico e psicológico devido a crises de ansiedade e ataques de pânico evidenciadas durante esse período. Nesta altura encontrava-se a realizar um ansiolítico e um antidepressivo prescrito pelo médico psiquiatra.

História Pessoal

A mãe da paciente refere que a gravidez foi planeada, desejada e sem intercorrências. NB nasceu na Alemanha, parto distócico (cesariana) com um peso de 2850g e 51cm de altura. Foi amamentada com leite materno até aos 2 anos de idade e partir daí começou a ser alimentada com suplemento artificial. Refere algumas

dificuldades de alimentação nesta fase “a minha mãe diz que eu era difícil na alimentação, comia muito mal” (SIC).

Teve um desenvolvimento psicomotor normativo. Início da marcha aos 12 meses, da fala aos 16 meses e abandono do biberão aos 3 anos de idade. Refere que dorme sozinha desde os 8 anos e que a partir dessa altura que escolha a roupa que veste.

Percurso escolar

NB residiu com a mãe e o pai na Alemanha até aos 18 meses. Depois regressa a Portugal onde ingressa no infantário. Refere ter tido uma boa adaptação e que os educadores diziam que ela se portava bem.

Aos 6 anos transitou para o 1º ano, com boa adaptação, mantendo os colegas do infantário.

No 5º ano transitou para a escola básica, com bons resultados escolares, mas com algumas dificuldades de adaptação “eu não gostei muito de lá andar, tinha muitas zangas com as colegas de turma” (SIC). No 7º ano transitou para a escola secundária onde manteve os colegas referindo que “foi uma mudança boa” (SIC).

No 10º ano ingressou no curso de ciências e tecnologias evidenciando dificuldades de adaptação “não era bem a minha área” (SIC), acabando por mudar para a área de Humanidades, “Senti-me um pouco frustrada na mudança de área...houve pessoas que disseram que eu era burra” (SIC). Refere que no futuro gostava de seguir direito, relações internacionais ou psicologia.

Atualmente encontrava-se a frequentar o 12º ano do curso de Línguas e Humanidades.

Do 2º ao 6º ano de escolaridade a paciente foi vítima de *bullying* por parte dos colegas de turma devido aos bons resultados escolares que tinha na altura, “Sempre que eu tinha uma nota melhor elas diziam-me que eu estava a mostrar-me. Cheguei a dizer à minha mãe que queria tirar más notas para poder ter amigos” (SIC). Refere que se sentia excluída, “volta e meia eu era posta de parte, falavam mal de mim e diziam que estava sozinha por me armar (SIC).

Refere que na altura em que a mãe teve cancro os colegas lhe diziam coisas como “ela vai morrer” (SIC).

História atual

Recentemente mudou de residência, para um lugar mais afastado da cidade, devido a problemas com o senhorio. Refere que se sente bem com a mudança e que a mesma lhe permitiu voltar às rotinas anteriores, como por exemplo andar de autocarro.

A paciente é batizada pela igreja católica e fez catequese até ao 10º ano, mas no momento considera-se uma pessoa irreligiosa, “revoltei-me com deus na altura em que os pais se divorciaram... eu não fiz nada de mal e porque é que eu fui escolhida para estar assim?” -Refere que tem frequentado cultos adventistas, evangélicos, igreja universal e templos.

Aos 16 anos iniciou um relacionamento amoroso com um rapaz de 23 anos, de nacionalidade brasileira com o qual descreve a relação como saudável “ele dá-me muito apoio” (SIC). NB refere que se conheceram pela internet, através de uma aplicação, meio pelo qual mantiveram contacto e se foram conhecendo. Mais tarde o rapaz viajou para Portugal com o objetivo de se encontrarem pessoalmente. Atualmente o namorado trabalha no Brasil como supervisor, mas está a ponderar entrar na universidade para o curso de engenharia eletrotécnica. Atualmente encontram-se de meio em meio ano, ou ele viaja para Portugal ou ela viaja até ao Brasil.

No ano de 2019, quando foi visitar o namorado, fez voluntariado no Brasil, em São Paulo, onde auxiliou pessoas com dificuldades financeiras “dei sopa aos pobres e senti-me bem com isso” (SIC).

No momento apresentava queixas intestinais e problemas de digestão que se agravaram após o início da medicação psiquiátrica. -Refere passou a ter mais cuidado com a alimentação desde então. Não realiza atividade desportiva.

Para além disso evidenciava dificuldades a nível do sono presentes mesmo com a medicação “acordo ao meio da noite” (SIC).

Refere que desde a sua infância sente demasiada pressão familiar em relação à escola e aos resultados que obtinha “Desde criança me diziam que eu tinha de ser a melhor, que tinha de ter boas notas, que era a única coisa que tinha de fazer.

Revela que na zona onde vivia a família e os vizinhos faziam concursos de notas escolares com os miúdos “Faziam um concurso na aldeia para ver quem tinha melhores notas” (SIC).

NB refere que a família alargada tinha a mesma atitude com ela e com os primos. No passado, a mãe da paciente costumava comparar as notas dela com a das

colegas, mas atualmente já não o faz, pois percebeu que essa atitude estava a magoar a filha “A minha mãe comparava-me com os outros, mas agora mudou, e agora para me fazer sentir bem deixou de o fazer” (SIC).

b) Enquadramento do Caso Clínico

Na minha perspetiva, as crises de ansiedade apresentavam-se como consequência de vários acontecimentos de vida passados que não foram emocionalmente resolvidos e que, no presente, estavam a interferir com o funcionamento psicológico da paciente.

Na medida em que se estabeleceu uma relação terapêutica com a paciente, foi possível conhecer algumas características da sua personalidade e compreender a forma como esta influenciava o seu funcionamento. A paciente apresentava-se como uma pessoa perfeccionista, muito exigente consigo mesma, com medo de falhar, orgulhosa e competitiva. Várias vezes em consulta mostrou-se descontente com a sua prestação escolar sem razão aparente que justificasse esse sentimento, uma vez que, tinha bons resultados e era considerada a melhor aluna da sua turma.

Durante a infância e adolescência as figuras parentais pressionavam a paciente a ter boas notas escolares, a ser a melhor chegando a compará-la com os colegas “A minha mãe comparava-me com os outros. Desde a infância me diziam que tinha de ser a melhor, que eu tinha de ter boas notas porque era a única coisa que tinha de fazer, era uma coisa que o meu pai me dizia muito” (SIC).

Esta exigência, inicialmente imposta pela família, foi moldando o funcionamento da paciente de tal forma que, no presente, é ela própria que exige muito de si mesma colocando fasquias muito altas causando insatisfação pelos seus resultados “Eu sempre fui de ganhar, eu não aprendi a perder porque não perdia” (SIC).

Estas características apresentam-se como fatores predisponentes que geram ansiedade e que predizem comportamentos disfuncionais por parte da paciente. Toda a vivência na infância e a exigência a que foi exposta levaram à criação de pensamentos e crenças irrealistas em relação a si e em relação aos outros, aumentando os sentimentos de insatisfação e frustração devido à impossibilidade de atingir a perfeição desejada.

O perfeccionismo patológico encontra-se associado a várias perturbações de ansiedade e mostra-se como um dos principais fatores predisponentes e de manutenção desta problemática (Boivin & Marchand,1996). Para estes indivíduos nenhum esforço

ou resultado é satisfatório, uma vez que sempre consideram que podem e devem fazer melhor (Lapointe, 2002).

Os indivíduos que constantemente duvidam do seu desempenho, possuem uma baixa auto-estima e são incapazes de experienciar satisfação plena pelo seu trabalho, mesmo que seja um trabalho bem realizado (Lapointe, 2002)

A problemática da auto-estima surge associada a estas características e às vivências da infância. A auto-estima diz respeito à avaliação que a pessoa faz de si mesma podendo ser negativa ou positiva (Korman, 1967), refletindo-se na capacidade de compreender e lidar os problemas e desafios da vida.

As constantes avaliações negativas de si mesma influenciaram negativamente a auto-estima da paciente, uma vez que nada do que fazia era suficientemente bom, repercutindo-se no seu funcionamento atual.

Outro fator gerador de ansiedade identificado em consulta foi a vivência de bullying a que foi exposta do 2º ao 6º ano de escolaridade por parte das colegas de turma. Refere que as colegas a colocavam de parte devido aos seus bons resultados escolares “Volta e meia eu era posta de parte, falavam mal de mim e diziam que me deixavam sozinha porque eu me armava. Sempre que eu tinha uma nota melhor elas diziam me que eu me estava a mostrar” (SIC). Para além disso refere em consulta que a forma como se vestia também era alvo de críticas por parte dos colegas.

No estudo de Zwierzynska, Wolke & Lereya (2013) foi verificado que as vítimas de bullying desenvolvem com mais frequência transtornos de ansiedade e de depressão.

Tudo parece indicar que a auto-estima influenciou negativamente a propensão a esta experiência de bullying. O estudo de Andreou (2000) mostra que em situações de bullying, tanto as vítimas como os agressores apresentam baixa auto-estima. Consonante a estes dados O’Moore e Kirkham (2001), no seu estudo com crianças e adolescentes, concluíram que, quer as vítimas, quer os agressores têm uma perceção sobre si mesmos mais baixo do que as crianças que não vivenciam o fenómeno de bullying.

A exposição a esta experiência teve a duração de aproximadamente 4 anos. Embora seja uma vivência passada revela-se como uma experiência traumática com consequências no atual funcionamento da paciente “Quando vejo a líder do grupo ainda sinto ansiedade. Isto ainda mexe comigo, existem certas roupas mais chamativas que fico com medo de usar” (SIC).

Outro fator importante a ter em conta é o facto de, durante esta fase, a mãe da paciente ter sido diagnosticada com cancro da mama. Era de esperar que esta situação desencadeasse medos e angústias na paciente criando alguma ansiedade face à iminente separação.

A figura materna desempenha um papel fundamental numa dinâmica familiar. A possibilidade da iminente perda da mãe despoleta na criança o medo de ser abandonada (Franco & Mazorra, 2007). Desta forma, é importante avaliar como é o comportamento do filho durante o processo de doença da mãe, uma vez que podem surgir indícios de ansiedade, depressão e stress decorrentes da forma como ele lida com a percepção de morte, além de outras questões relacionadas a perturbações no funcionamento familiar (Welch, Wadsworth, & Compas, 1996).

Nesta fase, o pai manteve-se ausente, devido ao trabalho que mantinha na Angola. Em consulta a paciente mostrou-se descontente face ao relacionamento distante que sempre manteve com o mesmo "Trabalhava fora e sempre que vinha cá não queria saber de nós, saía com os amigos" (SIC).

A ausência paterna pode desencadear alguns problemas comportamentais que surgem na pré-escola e que se podem manter ao longo da vida escolar, nomeadamente, dificuldades de relacionamento com os pares, depressão, ansiedade, labilidade emocional e a externalização de comportamentos-problemas (Cia, Williams & Aiello, 2005).

O aparecimento das primeiras crises de ansiedade, coincidiram com o momento de divórcio dos pais. Posteriormente ao período de divórcio, a maioria das crianças vivencia problemas do foro comportamental e emocional, incluindo raiva, ressentimento, exigência, ansiedade, depressão e dificuldades em lidar com as mudanças do estilo de vida que decorrem da separação (Hetherington & Stanley-Hagan, 2002).

Segundo a paciente, as discussões entre os pais eram frequentes referindo que, desde os seus 7 anos se recorda de ver os pais a discutir. Esta situação acabou por gerar ansiedade uma vez que uma relação parental conflituosa se apresenta como um fator gerador de um elevado grau de stress na paciente.

O conflito parental persistente afeta negativamente o bem-estar da criança, desencadeando distúrbios de comportamento, ansiedade e agressividade (Houseknecht & Hango, 2006).

Esta situação acabou por resultar numa separação conjugal que a paciente manifestou ter aceitado bem "eu queria que eles se divorciassem" (SIC). Contudo, esta atitude da paciente em relação ao divórcio dos pais pode estar relacionada com a tomada de conhecimento de problemas de conduta por parte do pai, nomeadamente relações extraconjugais e problemas de toxicodependência.

O impacto da toxicodependência dos pais na criança pode manifestar-se através de alterações a nível comportamental. Os estudos demonstram que estas crianças estão mais vulneráveis ao desenvolvimento de comportamentos de internalização nomeadamente: isolamento, ansiedade e depressão (Brook, Tseng, & Cohen, 1996; Moss, Clark & Kirisci, 1997; Stewart, Kelley, Fincham, Golden, & Logsdon, 2004).

A ausência do pai tornou-se mais evidente após a situação de divórcio uma vez que a paciente ficou ao encargo da mãe. Consequentemente o pai diminuiu as viagens de regresso ao país de origem permanecendo por um período mais alargado no país onde se encontrava em trabalho. Esta situação foi criando mágoas e angústias na paciente que em consulta revelou descontentamento e incompreensão desta distância do pai. Segundo Waldemar (1996), uma das consequências da separação é que a mulher tende a assumir a responsabilidade dos filhos e o homem tende a distanciar-se, embora o contrário também seja possível não é tão frequente.

Contudo, as ocorrências das crises aumentaram após o divórcio. Em consulta a paciente refere que o pai nunca aceitou bem a separação e que a usava como veículo para atingir a mãe, exercendo alguma pressão a nível da escola e falando coisas desagradáveis acerca da família materna que a afetavam. O divórcio, mais que um evento isolado, é um longo e complexo processo, envolvendo múltiplas mudanças. As crianças de famílias divorciadas apresentam um risco mais elevado de apresentar problemas de ajustamento (Amato, 2001 & Schick, 2002).

A paciente descreve o pai como uma pessoa manipuladora e agressiva "Se não for tudo à maneira dele é difícil" (SIC). Refere que o pai só adotou estes comportamentos após a separação "antes só sabia das minhas notas porque eu lhe dizia e agora é ele que está sempre a pressionar-me" (SIC) e que isto lhe estava a criar ansiedade.

O período de pandemia desencadeou a alteração das habituais rotinas da paciente e influenciou negativamente a sua ansiedade. Nesta fase a paciente manifestou problemas de insónia que derivaram da alteração dos ritmos circadianos e um aumento

da ansiedade relacionada à interrupção da atividade letiva. A escola, e os resultados escolares eram de máxima importância para a paciente uma vez que se mostrava bastante focada em ingressar na faculdade. A paragem letiva e a indefinição acerca do seu futuro profissional foi gerando ansiedade na paciente.

Durante a pandemia, é expectável um aumento dos sintomas de ansiedade e de stress, bem como sintomas depressivos, irritabilidade, sofrimento emocional e insónia (OPP, 2020).

c) Processo de Avaliação e Intervenção Psicológica

Após consulta de Psiquiatria, a paciente foi encaminhada para consulta de psicologia com a referência de crises de ansiedade e ataques de pânico. Numa primeira consulta procedeu-se a uma entrevista de avaliação psicológica. Nesta entrevista foi recolhida toda a informação do paciente contextualizando a sua situação atual, as principais queixas e sintomas de modo a confirmar o pedido psiquiátrico, facilitando assim a decisão da intervenção psicoterapêutica mais adequada, nomeadamente a necessidade ou não da mesma. Não se considerou necessária a administração de escalas de avaliação psicológica.

A partir dos aspetos abordados e aprofundados na primeira consulta, nomeadamente com base na entrevista de avaliação e a recolha anamnésica, e correspondendo aos objetivos terapêuticos e queixas apresentadas pelo paciente, foi delineada uma intervenção psicoterapêutica breve de 12 sessões, com o objetivo de dotar a paciente das técnicas e ferramentas necessárias para a resolução dos sintomas presentes. A intervenção seguiu uma linha cognitivo-comportamental, que atualmente apresenta uma elevada eficácia no tratamento dos sintomas apresentados, nomeadamente em ataques de pânico e crises de ansiedade (Mitte, 2005).

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) mostra ter uma elevada eficácia no tratamento destes transtornos (Mitte, 2005), uma vez que possui boa aceitabilidade pelos pacientes, um início relativamente rápido de ação, forte manutenção dos ganhos do tratamento e forte custo-benefício (Manfro, Heldt, Cordioli & Otto, 2008). Alguns estudos mostram efeitos aditivos quando se articula a TCC com o tratamento farmacológico (Barlow, Gorman, Shear & Woods, 2001; Beurs, Balkom, Lange, Koele & Dyck, 1995).

Esta terapia utiliza várias técnicas: psicoeducação, técnicas para lidar com a ansiedade (relaxamento muscular e respiração abdominal ou diafragmática), reestruturação cognitiva, exposição interoceptiva e exposição in vivo gradual (Manfro, Heldt, Cordioli & Otto, 2008).

1ª Consulta

No decorrer da entrevista de avaliação, quando a paciente apresentou as suas queixas e sintomas, realizou-se **psicoeducação**. Esta técnica tem como objetivo desmistificar as crenças e perceber o conhecimento que o paciente detém relativamente a estas problemáticas, de forma a corrigir interpretações distorcidas sobre os próprios sintomas. Esta correção deu oportunidade ao paciente para procurar novos significados para os seus pensamentos, compreendendo-os, de forma mais racional e funcional (Baère, 2015). A psicoeducação incluiu a abordagem dos conceitos de ansiedade, pânico, as influências biológicas e psicológicas, os sintomas, as causas, as complicações e explicações sobre a terapia cognitivo-comportamental. Esta técnica foi utilizada ao longo de toda a intervenção. Segundo Manfro, Heldt, Cordioli & Otto (2008), a psicoeducação é executada em sessões iniciais e repetida em qualquer fase do tratamento.

Posteriormente foi estabelecido o **contrato terapêutico** com a paciente com o objetivo de clarificar para ambas as partes, psicólogo e paciente, a intervenção que iria ser realizada, a sua periodicidade, duração, horários, gestão de faltas, assim como o estabelecimento de objetivos terapêuticos, expectativas e dificuldades.

Foi explicado à paciente que iria ser realizada uma psicoterapia breve, com recurso a técnicas cognitivo-comportamentais, com o objetivo de minimizar a ansiedade presente.

2ª Consulta

De seguida, foram introduzidas as **técnicas respiratórias** para lidar com a ansiedade, nomeadamente a respiração abdominal e diafragmática. No início da sessão, realizou-se psicoeducação com o objetivo de clarificar à paciente que a respiração influenciava de forma negativa a sua sintomatologia e que uma das fases do tratamento passava por aprender a respirar de forma correta.

Padrões de respiração impróprios levam à hiperventilação que conduzem ao aumento significativo da oxigenação sanguínea que dá origem a sintomas fisiológicos como: tonturas, sufocação e taquicardia (Manfro, Heldt, Cordioli & Otto, 2008).

Nesse sentido, foram ensinadas as técnicas à paciente, exemplificando como funcionava cada uma das respirações. Foi-lhe explicado que ao inspirar a entrada do ar provoca a subida da barriga e a saída a descida da mesma, sem movimentar os ombros. Foi reforçada a importância da prática contínua desta técnica no seu dia-a-dia (4/5 vezes por dia) explicando que a mesma não deveria ser utilizada apenas em momento de crise.

Estas explicações foram reforçadas num panfleto que foi entregue à paciente de forma a facilitar a prática do exercício em casa.

Posteriormente, introduziu-se a **reestruturação cognitiva**, nomeadamente a identificação e registo dos pensamentos automáticos negativos/disfuncionais (PAS).

Foi explicado à paciente que os nossos pensamentos influenciavam os nossos comportamentos e que nesse sentido era importante trabalhar, mentalmente, os pensamentos negativos através da substituição imediata dos PAS por pensamentos mais racionais, lógicos e tranquilizadores. Foi exemplificado em consulta como funcionava este exercício.

De seguida foi entregue à paciente uma **tabela de auto-registo dos PAS** na qual o paciente anota o momento em que o pensamento surge, a situação em que ocorreu, qual emoção vivenciada, o pensamento automático e a resposta racional para cada pensamento automático registado. Após ser explicado à paciente como funcionava o preenchimento da tabela, a qual treinou em consulta, foi solicitado que repetisse o exercício, como tarefa de casa.

O **registo de pensamentos automáticos disfuncionais** tem o objetivo de ajudar os pacientes a descobrir, esclarecer e alterar os significados que atribuem a eventos perturbadores de modo a realizar respostas mais racionais (Moura, Rocha, Bergamini, Samuelsson, Joner, Schneider & Menz, 2018).

A ativação dos esquemas disfuncionais dá origem a distorções cognitivas, que são interpretações incorretas que indivíduo tem de si mesmos e do mundo. A identificação dessa distorção permite aumentar a consciência do paciente acerca da disfuncionalidade dos seus pensamentos (Baère, 2015).

Foi também sugerido que a paciente iniciasse alguma atividade desportiva reforçando a sua importância para a redução da sintomatologia ansiosa. Vários estudos comprovam a eficácia do exercício físico para a redução de sintomas de ordem psicológica (Brown, Morgan & Raglin, 1993); (Hammer & Wilmore, 1993); (O'Connor, Petruzzello, Kubitz & Robinson, 1995); (Broman-Fulks, Berman, Rabian &

Webster, 2004); (Cassiano de Araújo, Mello & Leite, 2007); (Cheik, Reis, Heredia, Ventura, Tufik, Antunes & Mello, 2003).

3ª, 4ª e 5ª Consultas

Posteriormente foi realizada a **análise da tabela dos PAS** a fim de proceder à reestruturação cognitiva a partir da identificação dos pensamentos automáticos, das emoções e das crenças disfuncionais do paciente.

Em simultâneo com esta atividade foi inserida a **técnica de relaxamento muscular de Jacobson**.

O **relaxamento** proporciona o alívio dos sintomas ligados ao componente fisiológico da ansiedade de forma a alcançar um estado de relaxamento físico e mental. O relaxamento pode ser diafragmático, muscular, visual e meditativo (Moura, Rocha, Bergamini, Samuelsson, Joner, Schneider & Menz, 2018).

Na técnica de **relaxamento muscular de Jacobson**, o paciente é instruído de forma a obter progressivamente uma discriminação muscular entre contração e relaxamento. Os grupos musculares são trabalhados na seguinte ordem: braços, pernas, abdômen, tórax, ombros, pescoço, testa, olhos e boca (Shinohara, 2005).

A sessão de relaxamento era realizada numa sala própria para o efeito tendo uma duração de aproximadamente 30 minutos. Foi entregue ao paciente um documento em papel e um ficheiro áudio com as instruções para a realização dos exercícios em casa de forma periódica. Foi reforçada a importância da prática contínua dos exercícios e não só nos momentos de crise.

Ao longo das consultas intercalou-se o relaxamento muscular com o **relaxamento imagético**. Este formato de relaxamento utilizava essencialmente técnicas de imaginação guiada.

As técnicas de visualização ajudam o paciente a gerir o stress através da reprogramação mental. A imagem mental é um processo psicobiológico natural ao homem, que através dos pensamentos, imagens, crenças, memórias e emoções, pode alterar a estrutura bioquímica e o sistema nervoso, sendo esta interação constante e involuntária (Muller, Calvetti, Reditivo, Geyer & Jarros, 2009).

Segundo Epstein (1990) as imagens mentais representam uma forma de pensamento que dá acesso à com nossa realidade subjetiva interna, sendo a expressão mental de um sentimento que também se apresenta no físico.

O treino imagético, consistia na indução da imaginação e visualização de imagens que conduziam a paciente para um determinado espaço. Um dos exercícios de visualização realizados foi o **exercício do lugar seguro** baseado na terapia centrada na compaixão.

Este exercício dá forma a um espaço mental securizante e aconchegador onde nos podemos sentir mais calmos, tranquilos e em segurança. As técnicas imagéticas foram aplicadas em consulta e para trabalho de casa. Foram entregues à paciente exercícios de imaginação em formato de papel e em formato de áudio formulados por mim.

A criação de uma relação terapêutica e empática com o paciente ao longo das consultas permitiram conhecê-lo de forma mais aprofundada e identificar outras problemáticas relevantes para o processo de intervenção psicoterapêutica. O estabelecimento de um relacionamento terapêutico é uma tarefa clínica fundamental e pode assumir uma importância equivalente a qualquer outro tratamento curativo ou paliativo (Braga, 2013).

Embora a problemática principal fosse a sintomatologia ansiosa, considerou-se necessário entender quais as situações que estariam a contribuir negativamente para o aumento dessa sintomatologia.

Segundo a Teoria da Gestalt, não podemos valorizar uma realidade em si, mas sim a interação e o significado que essa realidade tem para cada pessoa, assim como o facto de o todo ser diferente da soma das suas partes, ou seja, não devemos isolar um acontecimento ou uma realidade, devemos analisar o todo (Freitas, 2005 & Richard, 2001).

Ao longo das consultas a paciente abordou uma serie de acontecimentos que estavam a interferir com o seu funcionamento presente nomeadamente, a experiência passada de bullying “Quando vejo a líder ainda sinto ansiedade” (SIC), a relação disfuncional com o pai “O meu pai já não me cria ansiedade, eu é que não estou a conseguir deixar ir...não sei se estou a espera que alguma coisa mude” (SIC) e os problemas de auto-estima e autoconceito “Sinto que se eu conseguisse ultrapassar as coisas do passado me sentiria melhor comigo mesma (SIC).”.

Dessa forma, e com base nos princípios desta teoria considerou-se importante trabalhar as problemáticas nomeadas anteriormente.

Considerou-se fundamental e necessário dar continuidade ao exercício das técnicas cognitivo-comportamentais ao longo da intervenção. Consoante o tempo, estas

técnicas eram aplicadas em consulta ou para trabalho de casa. Contudo, considerou-se importante introduzir exercícios mais direcionados para as problemáticas em questão.

6ª Consulta

Com o objetivo de minimizar o impacto e as consequências da vivência da experiência de bullying no paciente e do relacionamento disfuncional com a figura paterna foi realizado o **exercício da cadeira vazia**. Esta é uma das técnicas mais utilizadas na **Terapia Gestalt** e consiste em colocar uma cadeira vazia à frente do paciente para que ele possa imaginar uma pessoa significativa, mas real da sua vida, sentada naquela cadeira. Nesta situação o paciente poderá transmitir a essa pessoa tudo aquilo que gostaria de dizer na realidade, mas que não teve capacidade para o fazer. Juntamente com este exercício, foi utilizada outra técnica da Gestalt denominada de **monodrama**. Esta técnica consiste em fazer com que o próprio paciente desempenhe alternadamente os diferentes papéis da situação por ele evocada. Ou seja, depois de falar com a personagem que colocou na cadeira à sua frente troca para esse lugar e veste o papel da pessoa com quem falou (Pessoa, Sturmer & Piason, 2014).

Segundo Monteiro (2010) esta técnica aumenta a percepção do próprio sentimento, à medida que este surge na encenação, sem interferência do outro. Em consulta aplicou-se os dois exercícios em simultâneo de forma adaptada.

7ª Consulta

Uma das técnicas que integra a Terapia cognitivo-comportamental é a **descoberta guiada** realizada por meio do **questionamento socrático** que tem o objetivo de direcionar o paciente a um pensamento mais consciente aumentando assim a sua compreensão acerca do seu pensamento distorcido (Moura, Rocha, Bergamini, Samuelsson, Joner, Schneider & Menz, 2018).

Estas foram as técnicas utilizadas na problemática da autoestima com a paciente. Inicialmente foi-lhe pedido que numa **tabela** anotasse os seus **pontos fracos e pontos fortes**. Posteriormente, em consulta, realizou-se a análise da tabela dando início à técnica do questionamento socrático. Desta forma procurou-se apurar as evidências que sustentavam ou não a coerência do pensamento da paciente para que fosse possível desenvolver interpretações alternativas.

A realização desta técnica implica que o paciente e o psicólogo façam um teste das evidências que sustentam o pensamento e as evidências contrárias para que, desta forma, o paciente consiga entrar em contacto com os seus pensamentos distorcidos e

interprete as suas sensações físicas de modo a alterar o seu pensamento em relação a isso (Baère, 2015).

Concomitantemente a este exercício foram trabalhados **pensamentos positivos e realistas** com o paciente. Esta técnica consiste em anotar pensamentos positivos num cartão que o paciente pudesse visualizar de forma periódica no seu dia-a-dia.

A presença de pensamentos positivos e estimulantes, por meio do processo de colocação de cartões com frases diante si mesmo, cria resultados positivos a nível da segurança e confiança que possuímos em nós próprios (Peale, 1957).

8ª Consulta

Outra técnica utilizada na problemática da autoestima foi o **Treino da imagem idealizada (ISI)** (Susskind, 1970). Nesta técnica é pedido ao paciente que siga no sentido ascendente uma série de exercícios práticos. Foi realizado em teleconsulta e entregue um documento escrito com as respetivas instruções para realização do exercício em casa. Este exercício foi gerado com o intuito de propiciar uma identidade mais positiva e melhorar a auto-estima. O mesmo promove a confiança do paciente, valorizando os aspetos positivos da sua personalidade e capacitando o paciente a utilizar as suas frustrações, erros e falhas de maneira construtiva nos planos futuros. Para além disso, este treino fornece os meios para a auto-identificação e ajuda o paciente a manter a sua identidade e objetivos dentro dos limites da realidade (Susskind, 1970).

Com vista ao desenvolvimento do auto-conceito, foi pedido ao paciente que escrevesse um **texto reflexivo** acerca de si próprio em resposta a uma pergunta: **“Quem sou eu?”**. Este exercício teve o objetivo de promover a capacidade de introspeção do paciente tornando-o mais consciente do seu próprio self. Segundo Schaffer (2000), a melhor forma de definir o autoconceito é saber responder a esta questão. A perceção e definição de si, ou seja, o autoconceito é sustentado por uma estrutura cognitiva (Guimarães, 2012). Desta forma, procurou-se desconstruir algumas crenças irrealistas que mantinha acerca de si mesmo. A técnica de **reestruturação cognitiva** procura modificar ou substituir as crenças irracionais ou disfuncionais por outras mais adaptativas (Rey & Pacini, 2006).

De modo a trabalhar o relacionamento disfuncional com a figura paterna introduziu-se uma técnica da **terapia Narrativa** denominada de **cartas terapêuticas**. Neste exercício o paciente escreve cartas seja para si, para outras pessoas ou para determinado objeto.

No contexto da saúde, Brouwers (2001) destaca que o uso das cartas terapêuticas estimula o insight e promove a reflexão em pacientes com bulimia. O estudo de Kress, Hoffman e Thomas (2008) com vítimas de abuso sexual demonstra que a construção destas cartas atua como um veículo para a criação de mudanças no futuro, o que inclui forças individuais, pensamentos motivadores e conselhos.

As contingências restritivas decretadas em função da fase pandémica COVID-19 impossibilitou a continuidade das habituais intervenções psicológicas presenciais. Assim, depois de ponderadas as concomitantes consequências e benefícios da intervenção psicológica à distância e de modo a dar continuidade a um trabalho terapêutico já iniciado, foi aprovada e autorizada a utilização de recursos alternativos e adequados para a realização da intervenção online. As teleconsultas foram realizadas via ZOOM.

9ª Consulta

Inicialmente foi administrado ao paciente um **consentimento informado** redigido pela Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP) com o objetivo de garantir que o paciente foi informado de todas as limitações e especificidades decorrentes da intervenção psicológica à distância. O documento servia como prova de que autorizava e concordava com a continuidade do acompanhamento psicológico em formato não presencial.

Devido ao período de interrupção do acompanhamento psicológico, na primeira teleconsulta foi aplicada a da **Escala de Auto-Avaliação da Ansiedade de Zung (ZSAS)** com o objetivo de monitorar a ansiedade do paciente face a esta fase de isolamento profilático. Este instrumento foi construído por Zung (1971) e tem como objetivo avaliar a ansiedade estado nas suas quatro dimensões: cognitiva, motora, vegetativa e sistema nervoso central (Vinhas, 2008).

As medidas de contingência e o confinamento a que a sociedade foi exposta impossibilitou a manutenção das rotinas pré-estabelecidas. Nesse sentido considerou-se benéfico aplicar algumas técnicas baseadas na terapia **Mindfulness**.

O mindfulness pode ser entendido como “a consciência que surge quando prestamos atenção ao momento presente, no aqui e agora, sem julgamento. Desta forma permite promover as capacidades de auto-regulação, controlo atencional e de comportamentos pró-sociais (Kabat-Zinn, 2003).

As técnicas utilizadas basearam-se essencialmente na **meditação** e na **respiração** mindfulness. Os estudos demonstram que a meditação diminui os sintomas de ansiedade e produzem no organismo um estado de relaxamento mais rápido e profundo que o sono (Saide et al., 2017).

A situação decorrente da pandemia é por si só emergente e pode agravar alguma sintomatologia pré-existente. Assim, é natural que sintomas de ansiedade, pânico, medo, tristeza aumentem durante este período. Com o objetivo de contornar as limitações causadas pela fase pandémica e ajudar a paciente a contornar estas limitações, foi elaborado um **plano de atividades semanal**.

Este exercício permitiu programar um conjunto de atividades a desenvolver para alcançar as metas previamente estabelecidas. Nesse plano consta um **termómetro emocional (TE)** para avaliar o nível de ansiedade sentida ao longo da semana. Este instrumento avalia os níveis de sofrimento emocional, ansiedade, depressão, revolta, duração e impacto de tais sintomas e a necessidade de ajuda sentida pelo paciente (Bizarro, Patrão & Deep, 2012).

Para além disso, este plano inclui o registo dos pensamentos disfuncionais (**reestruturação cognitiva**) e as mudanças e dificuldades sentidas pelo paciente.

O plano era analisado em conjunto com a paciente na consulta seguinte.

Nesta fase, a orientação terapêutica integrou a realização de atividades de leitura. A **biblioterapia**, através da leitura, é uma técnica utilizada em processo terapêutico que promove o auto-conhecimento através da reflexão, reforça padrões sociais desejáveis, proporciona o desenvolvimento emocional, estimula a criatividade, alivia a tensão e o stress, permite a projeção e catarse, ajuda a diminuir a sensação de isolamento, estimula novos interesses, aumenta a auto-estima que conseqüentemente desencadeia a mudança de comportamento (Lucas, Caldin & Silva, 2006).

10ª Consulta

As mudanças de comportamentos e de hábitos desencadeadas pela fase de isolamento profilático levaram a alterações dos padrões do sono por parte da paciente. Como em consulta foram manifestadas queixas nesse sentido considerou-se importante realizar a **higiene do sono**. Desta forma foram sugeridas à paciente algumas estratégias formuladas pela Associação Portuguesa do Sono (2020) com o objetivo de otimizar o sono em período que quarentena. A higiene do sono integra um conjunto de comportamentos que otimizam e promovem a qualidade do sono assim como um bom funcionamento durante o estado de vigília (Noland, Price, Dake & Telljohann, 2009).

As estratégias abordadas em teleconsulta foram entregues à paciente um documento escrito.

11ª Consulta

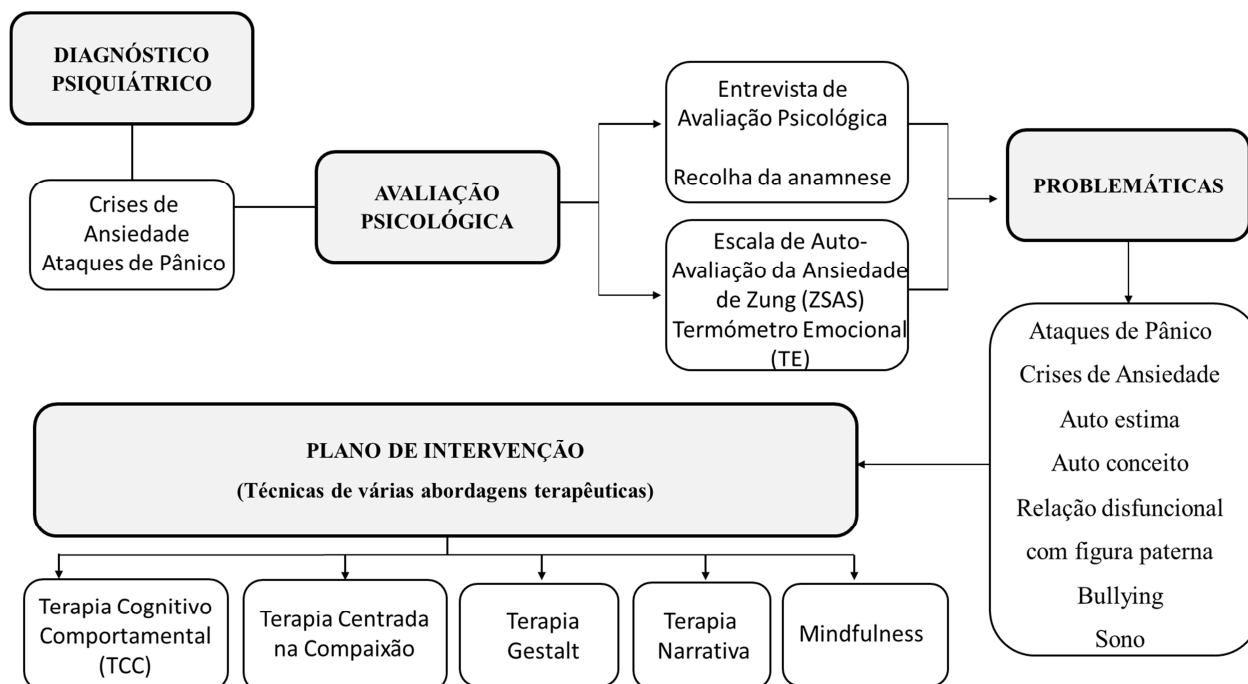
Quando observada a remissão da sintomatologia ansiosa da paciente foi discutida em consulta a possibilidade de dar início a um processo de alta. Ao alcançar esta fase de tratamento inicia-se o processo de **prevenção da recaída**.

A prevenção da recaída, baseada no modelo cognitivo-comportamental, permite dotar o paciente das estratégias e técnicas necessárias para prevenir o retorno da sintomatologia inicial. Desta forma, nas sessões que se aproximam do fim do tratamento, o terapeuta e o paciente identificam e avaliam os ganhos que ocorreram ao longo do processo terapêutico (*Segalla, Bicca, 2016*). Assim o objetivo principal da abordagem é auxiliar o paciente a identificar situações pessoais de alto risco, em que é vulnerável à recaída, e incentivar o uso das estratégias aprendidas em tais situações (Alves, 2013).

Inicialmente foi proposto o alargamento do espaço entre consultas, reforçando a importância de dar continuidade às estratégias aprendidas. Foi deixado em aberto a possibilidade de contacto para remarcação de consulta caso necessário, dando possibilidade de esclarecer e expor dúvidas ou medos existentes. Ao longo das sessões foi-se realizando com a paciente o **registo da prevenção da recaída** abordando todas as etapas que contemplam esta abordagem.

Gráfico 3

Plano de Avaliação e Intervenção psicológica



d) Conclusão

Em consulta a paciente manteve-se orientada auto alopsiquicamente, com uma postura colaborante, vígil e com juízo crítico preservado. Apresentou um discurso fluente, lógico e coerente. Boa ressonância afetiva e bom contacto ocular.

Ao longo do processo terapêutico mostrou-se motivada, empenhada e em cumprimento das atividades propostas. A positiva adesão terapêutica da paciente permitiu observar uma redução da sintomatologia ansiosa e diminuição da frequência das crises de ansiedade no decorrer da intervenção.

Intervir a nível de outras problemáticas revelou-se fundamental uma vez que, estavam a interferir indiretamente com a sua sintomatologia ansiosa. Nas últimas consultas foi possível observar os impactos positivos da intervenção sob esses aspetos que contribuíram para alguns progressos da paciente, nomeadamente: restabelecer contacto com o pai que era algo que já não fazia há 2 anos, voltar a vestir roupas que não vestia devido ao bullying, voltar a realizar atividades que gostava e que tinha deixado de fazer e iniciar a prática de atividade física. Concomitantemente a isto, a

paciente foi dotada de técnicas para gerir de forma mais adaptativa os seus traços perfeccionistas e de ansiedade.

A intervenção psicológica contribuiu para o crescimento pessoal da paciente tornando-a mais madura e capaz de lidar com os seus problemas de forma autónoma e funcional “Voltar a falar com o meu pai foi a decisão mais madura que eu tomei, assim vou conseguir perdoar para seguir em frente” (SIC).

De um modo geral, foi possível concluir que a paciente evoluiu favoravelmente com as técnicas aplicadas evidenciando redução da problemática inicialmente apresentada. Contudo, foi necessário e fundamental reforçar a importância da realização da autoterapia de modo a dar continuidade trabalho terapêutico iniciado em contexto hospitalar

Embora tenha sido dada alta à paciente não se pode descartar a possível necessidade de acompanhamento psicológico no futuro. Assim, foi deixada em aberto a possibilidade de regressar ao acompanhamento caso necessitasse.

VI. Conclusão

O presente relatório procurou, de forma sintetizada, descrever todas as experiências e atividades vivenciadas ao longo do período de estágio curricular.

Na minha perspectiva, esta experiência foi enriquecedora a todos os níveis. Para além de me dar a possibilidade de crescer pessoal e profissionalmente deu-me também a oportunidade de estar em contacto direto com bons profissionais de saúde mental que me deixaram o legado.

Chegar aqui deu sentido a todos os anos de estudo e trabalho teórico. Sem dúvida que sem isso, seria muito mais difícil de acompanhar a atividade de Psicologia numa unidade hospitalar. Com esta experiência consegui perceber as limitações ainda existentes na especialidade de Psicologia. Porém, são admiráveis os esforços dos profissionais no sentido de dar resposta a uma numerosa e crescente população que cada vez mais procura ajuda por estes meios.

A integração das atividades realizadas por outros psicólogos, que não a minha orientadora, permitiram-me conhecer novas formas de exercer a psicologia. Cada profissional segue a sua abordagem, o que na minha opinião, foi benéfico para mim contactar com diferentes abordagens e ampliar o meu conhecimento e prática nesse sentido.

Não obstante, foram sentidas algumas dificuldades durante este período. Trabalhar na área do luto representou um dos maiores desafios durante este estágio. Para além da prática e competência profissional é preciso acima de tudo humanização para gerir uma realidade tão dolorosa como esta.

A situação pandémica COVID-19 alterou por completo o programa das atividades propostas no início deste estágio. Contudo, foi possível contornar os obstáculos que esta fase acarretou de modo a dar continuidade a parte do trabalho já iniciado.

Apesar da dificuldade que senti em gerir esta situação foi em simultâneo uma fase que me possibilitou dedicar mais tempo a cada uma das pacientes que acompanhei de forma a colmatar ao máximo as limitações colocadas pela intervenção online.

De um modo geral, levo comigo para o futuro experiências, -vivências e ensinamentos que delinearão a minha atividade profissional futura.

Referências Bibliográficas

Aragão, R., Silva, N. M. (2012). A Observação como Prática Pedagógica no Ensino de Geografia. *Geosaberes: Revista de Estudos Geoeducacionais*, 3(6), 50-59.

Alves, A. (2013). *Prevenção De Recaída*.

Andreou, E. (2000). Bully/victim problems and their association with psychological constructs in 8 to 12 year old Greek school children. *Aggressive Behavior*, 26, 49-56.

APA-American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5—Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. (5.ª Edição). Climepsi Editores

Amato, P. R. (2001). Children of divorce in the 1990s: an update of the Amato and Keith (1991) meta-analysis. *Journal of family psychology*, 15(3), 355.

Almeida, R. A. D., & Malagris, L. E. N. (2011). A prática da psicologia da saúde. *Revista da SBPH*, 14(2), 183-202.

Brown, D. R., Morgan, W. P., & Raglin, J. S. (1993). Effects of exercise and rest on the state anxiety and blood pressure of physically challenged college students. *The Journal of sports medicine and physical fitness*, 33(3), 300-305.

BIZARRO, J., PATRÃO, I., & Deep, C. L. Á. U. D. I. A. (2012). Contributo para a validação do TE (Termómetro Emocional) numa amostra portuguesa com diagnóstico de cancro. In Pais-Ribeiro, JL et al. Desafios à promoção da saúde em doenças crónicas: atas do 9º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde. Placebo, 152-159.

Boivin, I., & Marchand, A. (1996). Le perfectionnisme et les troubles anxieux. *Revue québécoise de psychologie*, 17(1), 125-152.

Brook, J. S., Tseng, L. J., & Cohen, P. (1996). Toddler adjustment: Impact of parents' drug use, personality, and parent-child relations. *The Journal of genetic psychology*, 157(3), 281-295.

Brouwers, M. (1994). Bulimia and the Relationship With Food: A Letters to Food Technique. *Journal of Counseling & Development*, 73(2), 220-222.

Braga, R. (2013). A relação terapêutica. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 29(3), 146-147.

Broman-Fulks, J. J., Berman, M. E., Rabian, B. A., & Webster, M. J. (2004). Effects of aerobic exercise on anxiety sensitivity. *Behaviour research and therapy*, 42(2), 125-136.

Barlow, D. H., Gorman, J. M., Shear, M. K., & Woods, S. W. (2000). Cognitive-behavioral therapy, imipramine, or their combination for panic disorder: A randomized controlled trial. *Jama*, 283(19), 2529-2536.

De Beurs, E., Van Balkom, A. J. L. M., Lange, A., Koele, P., & Van Dyck, R. (1995). Treatment of panic disorder with agoraphobia: comparison of fluvoxamine, placebo, and psychological panic management combined with exposure and of exposure in vivo alone. *American Journal of Psychiatry*, 152(5), 683-691.

de Baère, T. D. (2015). Técnicas Cognitivas-Comportamentais Para O Tratamento Do Transtorno Do Pânico.

Cunha, F. A., da Silva Cremasco, G., & Gradvohl, S. M. O. (2016). O papel do psicólogo hospitalar segundo os pacientes hospitalizados. *Saúde & Transformação Social/Health & Social Change*, 7(2), 034-040.

Capitão, C. G., Scortegagna, S. A., & Baptista, M. N. (2005). A importância da avaliação psicológica na saúde. *Avaliação Psicológica: Interamerican Journal of Psychological Assessment*, 4(1), 75-82.

Cia, F., de Albuquerque Williams, L. C., & Aiello, A. L. R. (2005). Influências paternas no desenvolvimento infantil: revisão da literatura. *Psicologia Escolar e Educacional*, 9(2), 225-233.

Cheik, N. C., Reis, I. T., Heredia, R. A., Ventura, M. L., Tufik, S., & Antunes, H. K. (2003). Effects of the physical exercise and physical activity on the depression and anxiety in elderly. *Rev Bras Ciênc Mov*, 11, 45-52.

Araújo, S. R. C. D., Mello, M. T. D., & Leite, J. R. (2007). Anxiety disorders and physical exercise. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 29(2), 164-171.

Damiani, C. C., & Colossi, P. M. (2015). The father's physical and emotional absence in the perception of adult offspring. *Pensando familias*, 19(2), 86-101.

Donaldson-Feilder, E. & Bush, K. (2008). Achieving effective supervision for coaching psychologists: exploring a peer supervision/reflective learning group model. Workshop presented at the 1st European Coaching Psychology Conference.

Epstein, G. (1990). *Imagens Que Curam*. Xenon.

Franco, M. H. P., & Mazorra, L. (2007). Criança e luto: vivências fantasmáticas diante da morte do genitor. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 24(4), 503-511.

Freitas, S. P. (2005). *A Teoria Da Gestalt Por Max Wertheimer (1924)*.

Guimarães, J.V.C. (2012). Autoconceito, Autoestima E Comportamentos Desviantes Em Adolescentes. (Dissertação De Mestrado, Instituto Universitário De Ciências Psicológicas Sociais E Da Vida)

Hammer, W. M., & Wilmore, J. H. (1973). An exploratory investigation in personality measures and physiological alterations during a 10-week jogging program. *The Journal of sports medicine and physical fitness*, 13(4), 238.

Houseknecht, S. K., & Hango, D. W. (2006). The impact of marital conflict and disruption on children's health. *Youth & Society*, 38(1), 58-89.

Hetherington, E. M. & Stanley-Hagan, M. (2002). Parenting in Divorced and Remarried Families“, in M. Bornstein (2 ed.) *Handbook of Parenting*, 287–316. Lawrence Erlbaum.

Kress, V. E., Hoffman, R., & Thomas, A. M. (2008). Letters from the future: The use of therapeutic letter writing in counseling sexual abuse survivors. *Journal of Creativity in Mental Health*, 3(2), 105-118.

Kabat-Zinn, J. (2013). Full catastrophe living, revised edition: how to cope with stress, pain and illness using mindfulness meditation. Hachette uK.

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

Korman, A. K. (1967). Self-esteem as a moderator of the relationship between self-perceived abilities and vocational choice. *Journal of Applied Psychology*, 51(1), 65.

Lucas, E. R., Caldin, C. F., & Silva, P. V. (2006). Biblioterapia para crianças em idade pré-escolar: estudo de caso. *Perspectivas em ciência da informação*, 11(3), 398-415.

Lapointe, L. (2002). Étude des tendances suicidaires en fonction des dimensions du perfectionnisme chez les adolescents des deux sexes. (Dissertação de Mestrado, Chicoutimi: Université du Québec).

Moss, H. B., Clark, D. B., & Kirisci, L. (1997). Timing of paternal substance use disorder cessation and effects on problem behaviors in sons. *American Journal on Addictions*, 6(1), 30-37.

Monteiro Junior, F. D. B. (2010). Da teoria à terapia: o jeito de ser da gestalt. *Revista Interdisciplinar NOVAFAPI. Teresina*, 3(1), 49-53.

Muller, M. C., Calvetti, P. Ü., Redivo, L. B., Geyer, J. G., & Jarros, R. B. (2009). Técnicas de relaxamento e visualização na psicologia da saúde. *Revista de Psicologia da IMED*, 1(1), 39-45.

Moura, I. M., Rocha, V. H. C., Bergamini, G. B., Samuelsson, E., Joner, C., Schneider, L. F., & Menz, P. R. (2018). A terapia cognitivo-comportamental no tratamento do transtorno de ansiedade generalizada. *Revista Científica Da Faculdade De Educação E Meio Ambiente*, 9(1), 423-441.

Mitte, K. (2005). A meta-analysis of the efficacy of psycho-and pharmacotherapy in panic disorder with and without agoraphobia. *Journal of affective disorders*, 88(1), 27-45.

Manfro, G.G., Heldt, E., Cordioli, A.V & Otto, M.W. (2008). Cognitive-Behavioral Therapy In Panic Disorder. *Revista Brasileira De Psiquiatria*, 30, 1-7.

Moreira, L. M., & Esteves, C. S. (2012). Revisitando a teoria do setting terapêutico. *Portal dos psicólogos*, 1-8.

de Moraes, R. S., Lima, A. F. G., de Oliveira, D. T., Pereira, I. C., da Silva, J. C. T., dos Reis Custódio, L., & de Azevedo Soares, L. G. (2017). O Setting Terapêutico na realidade do Psicólogo Hospitalar. *Psicologia e Saúde em debate*, 3(2), 53-61.

Meiado, A. C., & Fadini, J. P. (2014). O papel do psicólogo hospitalar na atualidade: um estudo investigativo. *Rev Científica das Faculdades Integradas de Jaú*, 11(1).

Noland, H., Price, J. H., Dake, J., & Telljohann, S. K. (2009). Adolescents' sleep behaviors and perceptions of sleep. *Journal of school health*, 79(5), 224-230.

O'Connor, P. J., Petruzzello, S. J., Kubitz, K. A., & Robinson, T. L. (1995). Anxiety responses to maximal exercise testing. *British Journal of Sports Medicine*, 29(2), 97-102.

O'Moore, M., & Kirkham, C. (2001). Self-esteem and its relationship to bullying behaviour. *Aggressive Behavior: Official Journal of the International Society for Research on Aggression*, 27(4), 269-283.

Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2020). COVID-19: "Com 2,5 psicólogos por 100 mil habitantes não será possível responder ao impacto psicológico desta crise".

Pessoa, K.A.P., Sturmer, V.R & Piason, A. (2014). Técnicas Psicoterápicas Da Gestalt- Reflexões A Partir Do Documentário Caso Glória.

Peale, N. V. (1957). Poder Do Pensamento Positivo. Cultrix. Disponível Em: https://books.google.pt/books?hl=pt&lr=&id=Yiuvuy05phkc&oi=fnd&pg=PT2&dq=Pensamentos+Positivos&ots=Z-Zjx2z5wk&sig=Mzumoswwcwrflthp74seuxscdu&redir_esc=y#v=onepage&q=pensamentos%20positivos&f=false

Piconez, S. C. B. (2013). A prática de ensino e o estágio supervisionado. Papyrus.

D'El Rey, G. J. F., & Pacini, C. A. (2006). Terapia cognitivo-comportamental da fobia social: modelos e técnicas. *Psicologia em estudo*, 11(2), 269-275.

Richard, M. (2001). *As Correntes Da Psicologia*. Instituto Piaget.

Ribeiro., Santos, C.G. (2018). A atuação do psicólogo no contexto hospitalar. *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento*, 8, 80-87.

Roque, F.L.G. (2014). Indicadores Psicológicos e de Qualidade de Vida de Pacientes em Contexto Hospitalar Um contributo para o trabalho de equipa na psicologia da saúde. (Tese de doutoramento, Universidade da Madeira)

Ribeiro, M.M.C. (2010). O setting como fator terapêutico na prática clínica: Construção e validação de um instrumento de avaliação do manejo do setting. (Tese de doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.)

Schick, A. (2002). Behavioral and emotional differences between children of divorce and children from intact families: Clinical significance and mediating processes. *Swiss Journal of Psychology/Schweizerische Zeitschrift für Psychologie/Revue Suisse de Psychologie*, 61(1), 5.

Segalla, C.D & Bicca, C. (2016). Discharge and relapse prevention: a case report in psychology clinic. *Revista Saúde e Desenvolvimento Humano*, 4(1), 19-25.

Schaffer, H. R. (2000). *Desenvolvimento Social Da Criança*.

Susskind, D. J. (1970). *The Idealized Self-Image (ISI): A New Technique In Confidante Training*. *Behavior Therapy*, 1, 538-541.

Stewart, W. F., Kelley, M. L., Fincham, F. D., Golden, J., & Logsdon, T. (2004). "Emotional and behavioral Problems of Children Living with Alcohol-abusing and Non-Substance-Abusing Fathers". *Journal of Family Psychology*, 18 (2), 319-330.

Shinohara, H. (2005). Panic Disorder: From Theory To Practice. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 1(2).

Saide, O., Albuquerque, E & Vianna, T. (2017). A meditação como técnica complementar no tratamento dos quadros ansiosos. *Revista Debates em Psiquiatria*, 44-49. <http://dx.doi.org/10.25118/2236-918X-7-4-5>.

Silva, D.B.P. (2012). *Psicologia Hospitalar*.

Tonetto, A.M & Gomes, W.B. (2005). Prática psicológica em hospitais: demandas e intervenções. *Revista Psicologia*, 36 (3), 283-291.

Vieira, M. C. (2010). Atuação da psicologia hospitalar na medicina de urgência e emergência. *Revista Brasileira de Clínica Médica, São Paulo*, 8(6), 513-519.

Vinhas, R.S.A. (2008). *A Expressão Da Ansiedade E Da Depressão Em Pacientes Com VIH/SIDA. (Dissertação De Mestrado)*.

Welch, A. S., Wadsworth, M. E., & Compas, B. E. (1996). Adjustment of children and adolescents to parental cancer: Parents' and children's perspectives. *Cancer: Interdisciplinary International Journal of the American Cancer Society*, 77(7), 1409-1418.

Waldemar, J. O. (1996). Divórcios e recasamentos, enfrentando o desconhecido. Famílias e terapeutas: construindo caminhos. *Porto Alegre: Artes Médicas*, 173-188.

Zwierzynska, K., Wolke, D., & Lereya, T. S. (2013). Peer victimization in childhood and internalizing problems in adolescence: a prospective longitudinal study. *Journal of abnormal child psychology*, 41(2), 309-323.

Žorga, S. (2003). Stage and contextual approaches to development in professional supervision. *Journal of Adult Development*, 10(2), 127-134.

