

Relatório de Estágio

Rosana Nunes Vieira

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

Gandra, outubro 2020

Rosana Nunes Vieira

Número de aluna: 23492

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

Relatório de Estágio

Trabalho realizado sob a orientação da Prof^ª Dra. Maria Emília Areias

Gandra, outubro 2020

Declaração de Integridade

Eu, Rosana Nunes Vieira, declaro ter atuado com absoluta integridade na elaboração deste trabalho, confirmo que em todo o trabalho conducente à sua elaboração não recorri a qualquer forma de falsificação de resultados ou à prática de plágio (ato pelo qual um indivíduo, mesmo por omissão, assume a autoria do trabalho intelectual pertencente a outrem, na sua totalidade ou em partes dele). Mais declaro que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros autores foram referenciadas ou redigidas com novas palavras, tendo neste caso colocado a citação da fonte bibliográfica.

Agradecimentos

À **minha orientadora de estágio**, pelo apoio, ajuda, partilha e carinho prestados nesta jornada. Pelo profissionalismo e transmissão dos melhores valores!

A todos os **profissionais do Serviço**, pelo acolhimento e carinho demonstrado ao longo do estágio.

À **Professora Doutora Maria Emília Areias**, pela orientação, disponibilidade ao longo da supervisão, bem como por toda a partilha profissional e pessoal ao longo desta etapa.

Um apreço muito especial à **Professora Doutora Joana Soares**, pelo apoio, carinho e disponibilidade que me proporcionou. Obrigada pelo seu reconhecimento em todos os momentos.

Aos **meus pais**, pela paciência, pelo amor, pela força que me deram e esforço que fizeram para eu concretizar esta etapa. Pelos valores transmitidos, sem dúvida que foram os melhores e que fizeram a diferença!

Ao **meu irmão**, por me apoiar à maneira dele.

À **Marta**, por ajudar-me a ser mais racional nos momentos certos e por acreditar sempre em mim.

Ao mais pequeno e puro amor, à **Matilde**, por me ensinar tanto sobre amor e gratidão!

À **minha família**, pelo carinho.

Aos **meus amigos**, pelo carinho, amizade e motivação. Pelos desabafos e pela partilha das minhas conquistas. Obrigada por demonstrarem o verdadeiro valor da amizade.

A todos os **pacientes**, por tudo aquilo que me ensinaram e por terem feito parte deste percurso enriquecedor.

Siglas

ARA – Atividades de Reabilitação em Ambulatório

AVLT – *Auditory Verbal Learning Test*

BSI – Inventário de Sintomas Psicopatológicos

CPSM – Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental

CH – Centro Hospitalar

DAD – Inventário de Ansiedade Geriátrica

FV – Teste Fluência Verbal

GDS – Escala de Depressão Geriátrica

HD – Hospital de Dia

HVLT-R – *Hopkins Verbal Learning Test Revised*

IADL – Escala das Atividades Instrumentais da Vida Diária

IFS – *INECO Frontal Screening*

IUCS – Instituto Universitário de Ciências da Saúde

IVG – Interrupção Voluntária da Gravidez

Mini-mult – versão reduzida do MPPI-2

MMSE – *Mini Mental State Examination*

MMPI-2 – Inventário Multifásico de Personalidade de Minnesota

MoCA – *Montreal Cognitive Assessment*

OPP – Ordem dos Psicólogos Portugueses

PII – Plano Individual de Intervenção

PAG – Perturbação de Ansiedade Generalizada

PB – Perturbações Borderline

PSPT – Perturbação de *Stress* Pós-Traumática

TCC – Terapia Cognitivo Comportamental

TMT - *Trail-Making Test*

UPC – Unidade de Psiquiatria Comunitária

URT – Unidade Residencial de Transição

URJ – Unidade Residencial para o Jovem

SPCS – Serviço de Psicologia Clínica e da Saúde

S.T.A.I. – *State-Trait Anxiety Inventory*

STROOP – Teste de STROOP

WAIS-III – Escala de Inteligência de Weshler para Adultos-III

Abreviaturas

et al. – Entre outros

i.e. – Por exemplo

Índice

INTRODUÇÃO.....	1
CAPÍTULO I - DESCRIÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO	2
1.1. Centro Hospitalar.....	2
1.2. Hospital associado ao estágio	3
1.3. Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental (CPSM)	3
1.4. Unidade de Psiquiatria Comunitária (UPC)	4
1.5. Serviço de Psicologia Clínica e da Saúde (SPCS).....	4
CAPÍTULO II - PAPEL DO PSICÓLOGO EM CONTEXTO HOSPITALAR	6
3.1. Planificação de tarefas	8
3.2. Atividades na Unidade.....	8
3.3. Treino de Competências Sociais.....	10
3.4. Grupo “Ler Com...” e Escrita Criativa	11
3.5. Estimulação Cognitiva.....	12
3.7. Reuniões Semanais da Unidade de Psiquiatria Comunitária e Científicas da CPSM	13
3.8. Consultas de Observação.....	14
3.9. Avaliação Psicológica e Acompanhamento Psicológico.....	15
CAPÍTULO IV – ATIVIDADES DESENVOLVIDAS DURANTE O ESTÁGIO	20
4.1. Reuniões de Supervisão.....	20
4.2. Apresentação de dois Casos Clínicos para os alunos do 3º ano de licenciatura em Psicologia	20
4.3. Atividades com os doentes da Unidade.....	20

CAPÍTULO V – APRESENTAÇÃO DOS ESTUDOS DE CASO	22
5.1. Estudo de Caso M.....	22
Identificação	22
Motivo e Pedido	22
Processo de Observação Clínica.....	22
Formulação do Caso	26
Objetivos.....	28
Enquadramento concetual e Processo de Intervenção Psicológica	28
Reflexão do Caso M	33
5.2. ESTUDO DE CASO C.....	35
Identificação	35
Motivo e Pedido	35
Processo de Observação Clínica.....	35
Diagnóstico Diferencial.....	39
Formulação do Caso	42
Enquadramento concetual e Processo de Intervenção Psicológica	44
Reflexão do Caso C	48
REFLEXÃO FINAL	50
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	52
ANEXOS	57

Anexos

Anexo A – Proposta para seguimento dos casos à distância

Anexo B – Plano de Estágio Curricular

Anexo B1 – Plano Semanal das Atividades em Estágio

Anexo C – Unidade

Anexo C1 – Folheto de Divulgação da Unidade

Anexo C2 – Atividades da Unidade

Anexo C3 – Treino de Competências Sociais em doentes com Doença Mental Grave

Anexo C4 – Exercício realizado com o Grupo de “Ler com...”

Anexo C5 – Exercícios realizado com o Grupo de Escrita Criativa

Anexo C6 – Exemplo de uma Sessão de Estimulação Cognitiva

Anexo C7 – Tabela com os resultados da Avaliação Inicial da Unidade

Anexo C8 – Tabela com os resultados da Avaliação Psicológica da Unidade

Anexo D – Sala de *Snoezelen*

Anexo E – Avaliação Psicológica

Anexo E1 – Relatórios de Avaliação

Anexo E2 – Exemplar de Informação Clínica

Anexo F – Atividades desenvolvidas durante o Estágio

Anexo G – Estudo de caso M

Anexo G1 – Mapeamento do espaço pessoal

Anexo G2 – Registo no diário

Anexo G3 – Registo de atividades e a classificação do humor

Anexo H – Estudo de caso C

Anexo H1 – Critérios de Diagnóstico para Perturbação de Ansiedade Social

Anexo H2 – Critérios de Diagnóstico para Agorafobia

Anexo H3 – Critérios de Diagnóstico para Perturbação de Ansiedade Generalizada

Anexo H4 – Critérios de Diagnóstico para Perturbação Relacionada com Trauma e Fatores de *Stress* com Outra Especificação

Anexo H5 – Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI) e resultados

Anexo H6 – Folha informativa da respiração diafragmática

Anexo H7 – Respostas “Escala de Sensações Corporais”

Índice de Tabelas

Tabela 1. Casos de Avaliação Psicológica	18
Tabela 2. Casos de Acompanhamento Psicológico	19

Índice de Figuras

Figura 1. Genograma de M.....	26
Figura 2. Genograma de C.	38

Introdução

O presente relatório insere-se no âmbito do Estágio Curricular do Mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia, realizado no Serviço de Psicologia do respetivo Centro Hospitalar (CH), sob a orientação da psicóloga nesta instituição, e a supervisão da Prof. Dra. Maria Emília Areias, docente no Instituto Universitário de Ciências da Saúde (IUCS). Tem como principal objetivo descrevê-lo quanto à instituição, definir o papel do psicólogo no contexto em que fui inserida, assim como as atividades realizadas durante o estágio.

O estágio teve início no dia 1 de outubro de 2019 e terminou oficialmente no dia 5 de março de 2020, contabilizando seis meses, com uma assiduidade de três dias por semana. O horário semanal foi distribuído por atividades na Unidade com intervenções em grupo, reuniões semanais da UPC e científicas da CPSM e por fim, consultas externas.

O momento do estágio é o ápice pela qual ansiamos cada vez mais quando chegamos ao último ano de mestrado. Claramente, é o complemento mais importante quer a nível académico quer a nível pessoal, que um aluno pode experienciar ao longo do percurso da sua formação. Iniciamos esta trajetória, onde é-nos possível consolidar os conhecimentos adquiridos durante a formação académica, assim como contactar pela primeira vez com a experiência profissional.

O centro hospitalar enfrentou um grande desafio, na resposta ao combate da pandemia atualmente vivida. A construção de estratégias para assegurar o apoio psicológico quer nos doentes infetados quer nos profissionais de saúde, foi fulcral para a recuperação e confronto com todas as questões conhecidas e desconhecidas da doença, bem como a prevenção do risco de desenvolvimento de *Burnout* e cansaço emocional e psicológico de toda a equipa multidisciplinar.

Embora o percurso deste estágio tenha sido imobilizado devido ao surto da COVID-19, considero que o meu trabalho foi fundamental no período que permaneci, tanto para a instituição como para todos os doentes. Apesar do incentivo e vontade em ter um papel continuamente ativo, não foi possível prestar trabalho à distância, pois os grupos foram suspensos e, desse modo, não havia atividades a realizar. Foi feita uma proposta¹ para acompanhar os casos em seguimento à distância, contudo, devido a burocracias, questões éticas e de rigor na prática clínica, a proposta foi negada.

¹ Anexo A – Proposta para seguimento dos casos à distância

Capítulo I - Descrição do local de estágio

1.1. Centro Hospitalar

O Hospital, foi criado pelo Decreto-Lei 22917/1943, de 31 de julho, com a designação de Hospital Escolar, com ligação à Faculdade de Medicina. Deve-se ao resultado de um extenso processo na qual teve início nos anos 30, uma nota *publicada no Diário de Notícias em julho de 1933*, onde António de Oliveira Salazar teve o intencionalismo em criar nas cidades de Lisboa e Porto, dois centros hospitalares em contexto escolar. Assim, a 24 de julho de 1959, o edifício do hospital, foi oficialmente inaugurado pelo chefe de Estado, Almirante Américo Tomás. A sua criação foi idealizada para contexto escolar, na qual se tornou uma referência nacional, quer no ensino e na investigação da medicina, quer na assistência dada à população.

O CH é considerado um dos maiores e mais bem concetualizados hospitais da região norte e do nosso país. Está muitíssimo diferenciado, tal como referenciado em várias especialidades, sendo pioneiro em diversas áreas de assistência médica e na execução de procedimentos cirúrgicos de alta complexidade.

Como missão, prestigia os melhores cuidados de saúde, assegurando competência, excelência e rigor, incrementando a formação pré e pós-graduada e a investigação, honrando o princípio da humanização e promovendo o orgulho e sentimento de pertença dos profissionais. Pretende ser exemplo, na perspetiva do crescimento sustentável, no seu comprometimento, sentido de mudança e de diferença, ambicionando sempre a criação de valores para os seus públicos e um ponto de referência no setor da saúde. Relativamente ao exercício da sua atividade o CH, bem como os profissionais inseridos nas suas equipas de trabalho, regem-se pelos seguintes valores: 1) competência; 2) humanismo; 3) paixão; 4) rigor; 5) transparência; 6) união; 7) solidariedade; e 8) ambição. Por outro lado, também regem os seguintes princípios: 1) reconhecimento da dignidade e do carácter singular de cada pessoa que o habita; 2) a centralidade do doente e promoção da saúde na comunidade; 3) postura e prática com elevados padrões éticos e 4) o respeito pela natureza e procura de práticas ecologicamente sustentáveis.

O serviço de urgência é diferenciado em pediátrico e de adultos, ginecologia e obstetrícia. Todavia, existem algumas especialidades em que os serviços são em comum, tal como estomatologia, oftalmologia e otorrinolaringologia. Os serviços clínicos do CH estão agrupados em 8 unidades de Produção Clínica: Cirurgia, Medicina, Urgência e Medicina Intensiva Mulher, Psiquiatria e Saúde Mental, Centro de Imagiologia, Centro de Medicina Laboratorial e Centro Pediátrico. Existem áreas de apoio à produção clínica, como é o caso do

Centro de Epidemiologia Hospitalar e o Centro de Ambulatório, que engloba, outros serviços, como as consultas externas e os hospitais de dia.

Resultado de uma negociação entre o CH e a Ordem dos Psicólogos Portugueses, foi criada uma Unidade Autónoma de Gestão de Psicologia coordenada por uma psicóloga.

1.2. Hospital associado ao local de estágio

O Hospital, foi inaugurado em 29 de abril de 1905, aquando da homenagem da população ao mesmo, conferindo a gestão e propriedade do Hospital ao cargo da Santa Casa da Misericórdia. Com a criação do Serviço Nacional de Saúde, a gestão do Hospital transfere-se da Misericórdia para o Estado, passando a designar-se Hospital Distrital referente à localidade inserido. Na última década, dado o seu estado de degradação foi totalmente remodelado e aumentada a sua capacidade física e de prestação de cuidados de saúde. Presta cuidados, desde que foi integrado no CH, aos utentes de várias freguesias. É dotado de internamento de Medicina Interna, Medicina Física e Reabilitação, Psiquiatria e Unidade de Cuidados Prolongados (antiga Unidade de Convalescença). Recentemente, foi criada a Unidade de Cirurgia de Ambulatório, onde se realiza a cirurgia de ambulatório dos dois polos que compõem o CH (atualmente com as valências de Oftalmologia e Clínica de Hemodialise).

1.3. Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental (CPSM)

O serviço de Psiquiatria, teve a abertura de consulta externa em janeiro de 1963. Com a criação do Hospital de Dia (HD) a junho de 1970, possibilitou a prestação de tratamentos em regime de hospitalização parcial, isto é, o doente comparece de manhã e permanece até meio da tarde com tratamentos médicos, assim como em atividades grupais de cariz psicoterapêutico e ocupacionais, tendo sido um dos primeiros em Portugal a integrar esta modalidade de tratamento. No ano 1978, abre o internamento e desde 2006, foi constituído como uma Unidade Autónoma de Gestão, fundindo-se, com a constituição do CH, com o Serviço de Psiquiatria do Hospital associado ao local de estágio, mantendo-se como uma estrutura intermédia de gestão, atualmente, designada como CPSM.

É constituída pelo Serviço de Psiquiatria que integra cinco Unidades: Psiquiatria do Adulto e do Idoso, Psiquiatria do Jovem e da Família, Psiquiatria Comunitária, Psiquiatria de Ligação e Psiquiatria Forense; engloba, ainda, os Gabinetes de Coordenação Transversal e de Coordenação Profissional, destacando-se neste último o Serviço de Psicologia. Concede auxílio no campo da Psiquiatria e da Pedopsiquiatria à população residente no contexto hospitalar

(internamento de agudos e ambulatório), em ligação com a Medicina Geral e Familiar e num programa comunitário de atenção à intervenção em crise (prevenção) e ao acompanhamento do doente psiquiátrico crónico (reabilitação). Atende, ainda, do ponto de vista psiquiátrico e psicológico, no modelo de Psiquiatria de Ligação englobando a Psicologia da Saúde, os doentes em tratamento (consulta ou internamento) no CH, independentemente da área de residência. Inclui consultas específicas (i.e., Perturbações do Comportamento Alimentar, Perturbações do Espectro Obsessivo, Perturbações de Pós-Stress Traumático [PPST], Perturbações Borderline [BD] e Sexologia Clínica), podendo estabelecer com outros hospitais, onde tais consultas não existam, acordos para o atendimento de doentes das suas respetivas áreas de referenciação.

1.4. Unidade de Psiquiatria Comunitária (UPC)

A UPC é constituída por uma equipa multidisciplinar, da qual fazem parte médicos, enfermeiros, psicólogos e técnicos de Serviço Social e de Terapia Ocupacional.

A Unidade de Psiquiatria Comunitária oferece atendimento psiquiátrico de proximidade, em colaboração com os Centros de Saúde da área de referência capazes de orientar as situações psiquiátricas comuns (ansiedade e depressão) e outras estruturas locais, com o objetivo preventivo da cronificação ou psiquiatrização de novos casos de natureza reativa, incluindo as situações de crise, catástrofe e *stress* pós-traumático e de apoio à reabilitação do doente mental grave que permita uma melhor inserção socioprofissional, evitando internamentos repetidos ou a institucionalização continuada. Abrange os sectores de Intervenção em Crise, Consultoria em Cuidados Primários e Reabilitação Psiquiátrica e Psicossocial e o Gabinete de Terapias Expressivas e engloba atividades de Hospital de Dia, Consulta Externa, Unidade Socio-Ocupacional, Unidades Residenciais de Treino de Autonomia e de Apoio Moderado e Equipa de Visita Domiciliária e Tratamento Assertivo na Comunidade.

1.5. Serviço de Psicologia Clínica e da Saúde (SPCS)

O serviço que integrei, depende direta e hierarquicamente da Direção Clínica do CH, situando-se organicamente na área dos Serviços de Apoio à Produção Clínica. De acordo com o modelo organizacional do CH, associado às necessidades das Unidades Autónomas de Gestão, dos Serviços e Centros de Referência, e potencialidades de intervenção desta especialidade, os Psicólogos do serviço em que estagiei, desenvolvem a sua ação em articulação com as Unidades Autónomas de Gestão, Serviços e Centros de Referência.

O presente serviço tem como missão a prestação de cuidados de saúde na área da Psicologia, regendo a qualidade, a eficácia e equidade, assim como a contribuição para uma resposta consistente para as necessidades da comunidade interna e dos serviços que integram o CH. Nota-se que o seu principal valor, assenta, essencialmente pelo seu aperfeiçoamento técnico e valorização profissional. Estabelece como princípios orientadores essenciais, a promoção e garantia do progresso contínuo da qualidade dos cuidados e serviços prestados e contribuiu de forma diferenciadora a profissão do Psicólogo e da Psicologia Clínica e da Saúde, enquanto especialidade inserida em equipas multidisciplinares de prestação de cuidados de saúde de excelência. Com a integração do serviço no CH, este orienta-se por 3 linhas de ação primordiais e determinantes quanto à sua missão e competência: 1) é da competência do serviço a realização da avaliação psicológica e diagnóstico; 2) efetuar aconselhamento psicológico individual, familiar ou em grupo, bem como intervenções psicológicas e psicoterapia; e 3) participa em projetos de investigação e/ou formação, de modo a valorizar a formação profissional, o ensino e o desenvolvimento científico.

A autonomização do serviço ampliou de forma muito significativa o papel do psicólogo no centro hospitalar. A gestão autónoma do serviço tem vindo a crescer e a estabelecer respostas mais individuais e de mais ganhos para os psicólogos, desde que se desvinculou do serviço de Psiquiatria. A independência da psicologia permitiu que os psicólogos deste serviço tivessem mais autonomia nas suas decisões não carecendo da autorização do serviço de psiquiatria, que até recentemente acontecia. A sua independência tem vindo a mostrar que o seu papel deve ser valorizado por todos os serviços da instituição e que é fulcral na intervenção do paciente.

Capítulo II - Papel do psicólogo em contexto hospitalar

A psicologia hospitalar, tem vindo a ser considerada uma das áreas de destaque quando nos referimos ao hospital e à sua dinâmica. Dadas as grandes mudanças que se vão sentindo na sociedade, atualmente exige que o perfil do psicólogo seja mais atualizado, assegurando confiança, eficácia e que domine os aspetos teóricos e práticos. Acrescentado a estes aspetos, o profissional deve encarar o paciente de forma holística. Os objetivos do psicólogo hospitalar, destaca-se quanto à minimização do sofrimento causado pela hospitalização, a procura da humanização sentidas no contexto inserido, assim como a promoção, coordenação, integrativa e interativa para a contribuição multidisciplinar. Um dos pontos essenciais a ter em relação ao atendimento psicológico é a avaliação psicológica. A intervenção psicológica prevê a concretização de uma avaliação psicológica, visto que em contexto hospitalar, é considerada como sendo um instrumento importante para permitir que a intervenção seja clara e focalizada (Almeida, 2019).

A psicologia da Saúde tem como objetivo a compreensão dos fatores biológicos, comportamentais e sociais que afetam a saúde e a doença do ser humano (Castro & Bornholdt, 2004). O futuro da psicologia da saúde no nosso país, assenta na relação com a realidade dos dias de hoje, contribuindo para a boa qualidade de vida. Por isso, a investigação e a intervenção passam por estratégias, tais como: 1) promoção da saúde; 2) prevenção e controlo de problemas de saúde prioritários; 3) saúde de grupos de maior vulnerabilidade; 4) comunicação em saúde; 5) utilização dos serviços e recursos de saúde; 6) satisfação dos pacientes; 7) doenças crónicas; 8) humanização e qualidade e 9) participação dos cidadãos e da comunidade (Teixeira, 2002).

Nos últimos 20 anos, a Associação para o Estudo e Integração Psicossocial, tem procurado sumariar os contributos da Psicologia Comunitária, de modo a investigar e contribuir para a modernização do sistema de saúde mental em Portugal. O método de mudança tem como base dois eixos distintos: a) um eixo estrutural, focalizado em recursos e serviços: uma estrutura capaz de oferecer com base nos recursos disponíveis; e b) um segundo eixo, numa abordagem ecológica da intervenção individual focada na mobilização ou expansão dos contextos pessoais e sociais, de modo a que os indivíduos com doença mental possam ter uma postura ativa na sociedade. A nível da promoção da participação em atividades sociais, a manutenção de relações sociais, o aumento ao acesso de rede de interações sociais, assim como o fortalecimento do sentimento de comunidade ou de pertença. Os profissionais devem defender a integração social das pessoas com doença mental: nas empresas, nas escolas, no desempenho

dos seus direitos ou deveres cívicos e políticos (como por exemplo, em heranças familiares, na manutenção de contas bancárias, seguros de vida ou de saúde) (Ornelas, 2007).

O psicólogo integra equipas multidisciplinares constituídas por médicos psiquiatras, terapeutas ocupacionais, enfermeiros e serviço social. Os psicólogos deste serviço atuam na intervenção, prevenção e promoção do bem-estar a nível individual, grupal, organizacional e familiar. Para além destes serviços, também são disponibilizados grupos de apoio ao doente em luto patológico, técnicas de relaxamento, reuniões clínicas e promoção da articulação com outros meios nas comunidades. Com base nos serviços prestados pelo Serviço de Psicologia, realizei avaliações psicológicas (personalidade, desempenho intelectual, deterioração mental), acompanhamento psicológico no jovem adulto e adulto (perturbações depressivas e de ansiedade) e em grupo (grupo com doença mental grave).

Para além disso, o facto da minha formação académica ser focada na neuropsicologia e psicologia da saúde e de deter conhecimentos teóricos e práticos nestes domínios, permitiu que o meu papel fosse igualmente reconhecido. Ao longo da avaliação, foi possível realizar a avaliação do funcionamento comportamental e cognitivo em pacientes com sequelas de lesões cerebrais como o AVC, dificuldade de memória e dificuldades de aprendizagem. Para os dois primeiros casos, considero ter sido uma mais valia os meus conhecimentos relativamente aos instrumentos, bem como entender quais as questões mais pertinentes a fazer, de modo a obter a informação mais relevante do paciente.

No envolvimento do processo de avaliação e intervenção, o psicólogo confronta-se constantemente com o cumprimento de questões éticas e deontológicas, tais como: a responsabilidade, a competência, o respeito pelos outros, a confidencialidade, a avaliação e intervenção e relações profissionais.

Capítulo III - Descrição das atividades de estágio

3.1. Planificação de tarefas

O meu estágio, teve início a 18 de setembro de 2019 para integração do local e dos doentes que futuramente iria trabalhar em contexto de grupo. De acordo com o plano de estágio curricular², oficialmente, iniciou-se a 1 de outubro de 2019, onde decorria três vezes por semana, com uma média de 23h30 semanais, na qual foram contabilizadas na sua totalidade de 430 horas presenciais na instituição. O término foi a 5 de março de 2020, inicialmente com suspensão da atividade devido ao surto da COVID-19. Mais tarde, foram dadas orientações que o estágio curricular a decorrer chegaria oficialmente ao fim.

A planificação das tarefas no estágio³, focou-se essencialmente nas atividades inseridas na: 1. Unidade, com atividades como: a) treino de competências sociais, b) estimulação cognitiva, c) grupo “ler com...”, d) escrita criativa e e) outras atividades; 2. Reuniões semanais da UPC e científicas da CPSM; 3. Consultas externas, inicialmente em fase de observação e posteriormente com autonomia: a) acompanhamento psicológico e b) avaliação psicológica.

3.2. Atividades na Unidade

As minhas atividades começavam às terças e quartas-feiras e eram destinadas a atividades em grupo com os doentes que integravam a Unidade.

Primeiramente, irei contextualizar a mesma e de seguida, a descrição das atividades inseridas.

Surgiu no ano de 2012, visando dar uma resposta importante aos Cuidados Continuados Integrados em Saúde Mental, de forma cooperativa, personalizada e individual⁴. O seu funcionamento é compreendido no horário das 10h às 16h (dias úteis), com a capacidade de receber 25 doentes, com idades compreendidas dos 18 e os 60 anos, diagnosticadas com doença mental grave, estabilizadas clinicamente, com incapacidade cognitiva de grau moderado a reduzido, mas que apresentem défices nas áreas relacional, ocupacional e de integração social. De maneira que, prima pelos seguintes objetivos: 1) Promover o desenvolvimento de ações que visem a reabilitação psicossocial-profissional e comunitária de pessoas portadoras de doença mental crónica; 2) Promover o desenvolvimento de ações que visem o apoio às famílias fragilizadas pela doença mental; e 3) Promover o desenvolvimento de ações que valorizem a

² Anexo B – Plano de Estágio Curricular

³ Anexo B1 - Plano Semanal das Atividades em Estágio

⁴ Anexo C1 – Folheto de informação da Unidade

desinstitucionalização de pessoas portadoras de doença mental. A coordenadora e colaboradora desta unidade é psicóloga clínica, que conta com mais duas psicólogas, uma técnica de Terapia Ocupacional e um técnico de Serviço Social.

De acordo com os objetivos descritos, a intervenção é realizada em 3 níveis: 1) nível *individual*, é efetuada uma avaliação das dificuldades e necessidades da Pessoa com doença mental grave de forma a desenvolver um Plano Individual de Intervenção (PII) ajustado às suas capacidades e competências; 2) nível *familiar* existe uma articulação entre os diferentes elementos familiares promovendo a expressividade de sentimentos, diminuição do *stress* e reequilíbrio do sistema familiar; e 3) ao nível *social* e *comunitário*, procura aproximar a Unidade da comunidade, dando a conhecer o potencial das pessoas com doença mental grave, fomentando a sua integração social e desenvolver ações de combate ao estigma na doença mental. Conta com uma participação ativa em iniciativas propostas pela própria comunidade e intervenção na Rede Social da Câmara Municipal.

A Unidade tem como atividades envolvidas⁵: Grupo Psicoeducativo, Treino de Atividades de Vida Diárias, Treino de Competências Vocacionais, Treino de Competências Sociais, Sessões de Movimento, Dinâmicas de Grupo, Informática, Estimulação Cognitiva, Reabilitação Cognitiva, Relaxamento, Grupo de Famílias, Newsletter e Acompanhamento Individual. Para além destas atividades, alguns elementos do grupo têm atividades fora da unidade, como a Terapia em Meio Aquático, Equitação Terapêutica e Desporto. Uma vez por mês, têm a visita a Serralves que visa a promoção da proximidade do paciente com a comunidade e o contacto com a área cultural.

O envolvimento na Unidade ofereceu a experiência de contactar com uma diversidade de atividades e a forma como estas eram desenvolvidas. Pela comemoração do dia da Saúde Mental, tive a oportunidade de contactar com a atividade de Equitação Terapêutica, orientada por técnicos do Centro Hípico e pela terapeuta ocupacional, promovendo o trabalho dinâmico e estimulante na reabilitação dos doentes, contribuindo para o desenvolvimento do domínio motor, cognitivo, social e emocional, tornando-se assim uma intervenção dinâmica, num ambiente estimulante e descontraído. Abaixo, irei descrever as atividades na qual estive envolvida.

⁵ Anexo C2 - Atividades da Unidade

3.3. Treino de Competências Sociais

No início do estágio, foi-me proposto elaborar um programa de treino de competências sociais. Tem como objetivo desenvolver competências de interação social, utilizando estratégias de role-play e técnicas sociodramáticas que permitam a análise dos comportamentos relacionais (nos seus aspetos verbais e não verbais), o treino de assertividade e treino de resolução de problemas, numa vivência de situações em contexto protegido com redução do *stress* e ansiedade. São várias as características que visam para uma competência social: a capacidade de compreensão e perceção social das relações interpessoais; capacidade de tradução das perceções, ou seja, um processo cognitivo; e a necessidade de dar o feedback, utilizando a comunicação verbal e não-verbal (Marques, 2000).

A proposta de intervenção foi realizada para oito doentes, constituída por 30 sessões, sensivelmente com a duração de 8 meses, sendo uma vez por semana, com sessões de 60 minutos de duração⁶. Para o sucesso da realização das sessões, foi necessário um espaço tranquilo (sala da Unidade), cadeiras, mesas, quadro e material de projeção, assim como fichas de trabalho para o paciente alargar a sessão para casa ou trabalhar durante as sessões. O local para a intervenção das sessões foi realizado em contexto hospitalar. O programa elaborado teve como objetivos gerais: 1) Avaliação inicial e final da intervenção; 2) Competências sociais; 3) Treino de observação e Interação Social; 4) Sinais vocais das emoções; 5) Emoções; 6) Assertividade; 7) Elogio e 8) Resolução de problemas. Devido à suspensão do estágio consequente da situação da pandemia por COVID-19, interrompeu-se a continuidade do programa.

Desenvolver este grupo, permitiu-me a aquisição de aptidões e ferramentas no que concerne à sua intervenção. Considero ter sido uma experiência enriquecedora, pois enquanto futura profissional na área da saúde mental, proporcionou que desenvolvesse competências teóricas e práticas face a um quadro psicopatológico e, ainda, várias reflexões no que refere ao meu desenvolvimento pessoal nas competências sociais (como por exemplo, lidar com o silêncio). O silêncio, foi efetivamente um desafio para mim, dado que os doentes em questão revelavam dificuldades no processamento da informação e em comunicar as suas ideias. Logo, era visível que a intervenção ou era inexistente ou acontecia de forma tardia. Além dos ganhos nos conhecimentos teóricos, enquanto estagiária, estes doentes ensinaram-me olhar para a sua individualidade e particularidade que a mesma doença tinha em cada um. Aprendi a colocar-

⁶ No anexo C3, consta o enquadramento concetual, protocolo para a intervenção, instrumentos escolhidos para a avaliação inicial e final e reflexão final.

me num papel de escuta mais ativa, menos interventiva e mais observadora. Sobretudo, entender que cada um tem o seu tempo.

3.4. Grupo “Ler Com...” e Escrita Criativa

De quinze em quinze dias, era realizado o grupo ler com... ou a escrita criativa antes da estimulação cognitiva com os elementos destinados para os seguintes grupos de atividades:

1) O Grupo “Ler Com...”, potencializa o conhecimento e cultura da leitura e da escrita, promovendo momentos de reflexão e exploração de sentimentos usando a poesia como objeto intermediário. A atividade concedia oportunidade ao doente de escolher um escritor ou cantor e trazer na sessão de grupo seguinte, a referência biográfica do mesmo e uma pesquisa de frases ou poemas para posteriormente analisarmos em conjunto. Possibilitava a partilha de informação da recolha de vida e da interpretação individual e em grupo, assim como o contacto com ferramentas de informática⁷.

2) A escrita criativa, proporciona um momento de autonomia de expressão usando a escrita como intermediário à imaginação e criatividade. Através de exercícios ou proposta de temas é proporcionado ao grupo explorar conceitos, emoções e experiências numa área imaginária. Essencialmente tem o objetivo de promover a dinâmica de sair da “caixa”, de darem asas à imaginação relativamente a uma temática. Por exemplo, no início da atividade, eram apresentadas determinadas palavras ou frases de modo o doente dar continuidade usando sempre a criatividade e não o lado lógico. Outro exercício podia ser a escolha de um objeto e era sugerido que dessem vida ao próprio⁸.

Embora estas atividades continuem a ser no contexto de grupo, a experiência vivenciada foi diferente. Mais uma vez, a aquisição de novos conhecimentos é notória, pois nunca tinha estabelecido e desenvolvido atividades como as descritas. Foi muito desafiante para mim tentar fazer as atividades, particularmente, a escrita criativa. Constatei que apesar destes pacientes terem uma doença mental grave e todas as dificuldades cognitivas implicadas, a capacidade de saírem literalmente da caixa é deslumbrante e comparável. A prática desta atividade regularmente tem um impacto significativo quando comparada com os doentes que estão há mais tempo no grupo e com os que inicialmente foram inseridos.

⁷ Anexo C4 – Exercício realizado com o “Grupo Ler com...”, no momento de integração do estágio

⁸ Anexo C5 – Exercícios realizados com o Grupo de Escrita Criativa, no momento de integração do estágio

3.5. Estimulação Cognitiva

Semanalmente, era realizado a estimulação cognitiva com os doentes acima mencionados e após a sessões das atividades referidas. Esta atividade visa inicialmente a restauração clínica de funções e, depois, a compensação de funções, com o objetivo de minimizar as perturbações de atenção, de linguagem, de processamento visual, memória, raciocínio e resolução de problemas, além das funções executivas (Sousa & Sequeira, 2012). Na doença mental, os défices cognitivos são frequentemente notáveis no indivíduo com Esquizofrenia, Perturbação Afetiva Bipolar e na Perturbação Depressiva *Major* contribuindo para uma diminuição da capacidade de ser autónomo no seu dia-a-dia (Silva & Seabra, 2017). Segundo a revisão de literatura, os domínios que se apresentam estarem mais afetados nos doentes com esquizofrenia são: a memória verbal, vigilância e atenção, a memória de trabalho, défices no quociente intelectual e ao nível da linguagem e do funcionamento executivo (Vaz-Serra, et al., 2010; Vieira, 2013). Para a realização destas sessões, planei um conjunto de exercícios de modo a trabalhar os domínios mais afetados. Essencialmente, o material pesquisado e utilizado foi a partir de atividades *online* e exercícios de manuais à qual fui adaptando segundo a heterogeneidade do grupo⁹.

Ao longo da elaboração das sessões, o grau de dificuldade era adaptado às dificuldades cognitivas individuais. Esta questão foi sentida com dificuldade ligeira, pois, para além de adotar a quantidade e exigência dos exercícios aos doentes, fui ensinando técnicas para tornar o exercício mais fácil. Por exemplo, no exercício de sopa de letras, procurei explicar-lhes que seguir uma direção podia ser uma boa opção. Antes de cada exercício, explicava o domínio que era pretendido avaliar e evidenciava sempre com uma situação do dia a dia que fosse aplicável.

3.6. Avaliação e Acompanhamento da Unidade

A intervenção da Unidade conta com uma avaliação e acompanhamento psicológico: são realizadas avaliações psicológicas através da aplicação de um protocolo que integra a avaliação multidisciplinar.

As psicólogas destacadas, faziam a gestão de casos e acompanhamento individualizado, que consiste na construção dos objetivos globais de reabilitação, efetuando-se uma avaliação do doente tendo em conta a sua funcionalidade, recursos de suporte e áreas em défice no sentido da elaboração de um PII que permita ao doente adaptar-se à sua condição, recuperar e

⁹ Anexo C6 – Exemplo de uma sessão de estimulação cognitiva

desenvolver competências tendo em vista melhorar a autonomia e qualidade de vida. De maneira a monitorizar estes planos, semanalmente, era realizado uma reunião entre a equipa técnica para discussão dos PII, assim como, o planeamento e organização de toda a dinâmica estabelecida na Unidade.

Deste modo, os doentes contam com uma Avaliação Multidisciplinar, com aplicação de um protocolo de avaliação no momento de admissão dos doentes. Este protocolo é constituído por: 1) *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA; Freitas, Simões, Alves, & Santana, 2011); 2) Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI; Canavarro, 1999); 3) Perfil de Competências de Vida (LSP; Rocha, Queirós, Aguiar, & Marques, 2006); 4) Escala de Avaliação da Qualidade de Vida, abreviada (WHOQOL-BREF; Canavarro et al., 2007); 5) Escala de Avaliação da Adaptabilidade e Coesão Familiares (FACES III; Curral et al., 1999); e 6) Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS; Ribeiro, 1999)¹⁰.

Para além disso, era realizada a avaliação psicológica de modo a avaliar os domínios da aprendizagem e memória, atenção/concentração, velocidade de processamento e funcionamento executivo. Assim, são administrados os seguintes instrumentos: 1) *Hopkins Verbal Learning Test Revised* (HVLRT-R) – (versão portuguesa e reduzida do AVLT); 2) *Trail-Making Test* (TMT) (aferição portuguesa de Cavaco et al., 2013); 3) Teste de STROOP (adaptação portuguesa de Fernandes, 2011). Numa segunda sessão, os subtestes de sequência letra-número e sequência espacial da Escala de Memória de *Weshler* (WMS-III) (adaptação portuguesa: Ferreira, Machado, & Rocha, 2005) e o *Wisconsin Card Sorting Test* (WCST)¹¹. A aplicação dos instrumentos, permitiu aperfeiçoar a prática como fortalecer a relação terapêutica estabelecida com cada um deles.

Por último, de intervenções psicoterapêuticas, cujos principais objetivos passam pela psicoeducação relativamente à doença; resolução de áreas problemáticas (relações familiares, sociais e profissionais); monitorização da ansiedade e/ou depressão, aprendizagem de estratégias de *coping*, entre outros.

3.7. Reuniões Semanais da Unidade de Psiquiatria Comunitária e Científicas da CPSM

As reuniões da UPC e científicas decorriam todas as quartas-feiras no período da manhã na CPSM do CH. É de salientar a importância de as reuniões da UPC acontecerem no Hospital

¹⁰ Anexo C7 – Tabela com os resultados da Avaliação Inicial da Unidade.

¹¹ Anexo C8 - Tabela com os resultados da Avaliação Psicológica da Unidade

onde realizei o estágio, pois permite a dinamização dos profissionais entre os dois centros e a valorização do serviço. Era iniciado com o pedido voluntário para a escrita da ata. Nas reuniões da UPC era integrado uma equipa multidisciplinar (médicos psiquiátricos, enfermeiras, psicólogas, técnicos de terapia ocupacional e serviço social) contava ainda com outros elementos (médicos internos da psiquiatria, estagiários da psicologia, da terapia ocupacional e do serviço social). Tinham como objetivo discutir as evoluções dos pacientes e adaptações do plano de intervenção dos mesmos. Em cada reunião, era proposto um tema a ser debatido entre todos, evoluindo: 1. Unidade; 2. Residências (URT – Unidade Residencial de Transição – e URJ – Unidade Residencial para o Jovem; 3. Hospital de Dia, 4. Terapeutas de Referência e 5. Equipas Comunitárias.

Enquanto que as reuniões científicas tinham outro objetivo e eram realizadas por profissionais do serviço de psiquiatria da CPSM, na qual ocorriam a apresentação de casos clínicos e a apresentação de conteúdos que aprofundassem o conhecimento na área da saúde mental. Em alguns casos, era apresentado relatórios de estágios dos médicos internos da psiquiatria. Para ambas as reuniões, era reservado um momento final para a discussão de ideias ou esclarecimento de dúvidas.

A presença nas reuniões foram uma mais valia em termos de aprendizagem, pois foi possibilitado o contacto com diferentes profissionais que integravam as equipas e perceber a sua organização nas intervenções multidisciplinares na qual estavam inseridas. As reuniões científicas promoveram o contacto de diferentes experiências quanto aos casos clínicos, estágios, componente teórica e a sua terminologia técnica.

3.8. Consultas de Observação

Na fase inicial do estágio fiz a observação de consultas realizadas pela orientadora, de modo a preparar-me para iniciar a prática clínica de forma autónoma. O doente é encaminhado para a consulta de psicologia pelo seu médico psiquiatra, na qual faz a solicitação apresentando a informação clínica do paciente resumida e a sua sugestão quanto à intervenção.

No fim de cada consulta de acompanhamento psicológico, eu e a orientadora, debatíamos e refletíamos acerca do caso observado. Ao longo deste período, tive a oportunidade de observar casos essencialmente no adulto e direcionados para as Perturbações Depressivas, Perturbações de Ansiedade, Perturbações de Obsessiva-Compulsiva. Para além disso, pude observar duas consultas diferenciadoras: 1) observação de dois casos de pacientes grávidas, na qual era pretendida a intervenção na sintomatologia ansiosa, de modo a que a paciente pudesse

desvincular-se significativamente da medicação prescrita pelo seu psiquiatra. Uma das técnicas usadas para a iniciação específica no treino de relaxamento, foi a Terapia de *Snoezelen*¹². O *Snoezelen* deriva de duas palavras de origem holandesa, “*snuffelen*” (procurar) e “*doezelen*” (relaxar). Este conceito aplicado de forma controlada e segura, promove o uso de estímulos multidimensionais podendo ser usados individualmente ou combinados com a estimulação auditiva (efeitos da música), a estimulação visual (luz, cor), a estimulação tátil (colchão de água quente, texturas diferentes) e a estimulação olfativa (aromas). A sala multissensorial oferece uma sensação de segurança e melhora o comportamento de autocontrole dos indivíduos (Manesh et al., 2015; Momeni et al., 2020); por último, a 2) observação da consulta de acompanhamento psicológico a um paciente jovem adulto na qual a problemática envolvia a sua orientação/identidade sexual.

A possibilidade de ter uma sala como esta, permite efetuar intervenções na unidade de residência do idoso, especificamente, no idoso com demência, promovendo o bem-estar e diminuição do sentimento de abandono que podem sentir, bem como no seu humor e estimulação cognitiva, sem o uso das capacidades intelectuais. No caso das grávidas, é uma mais valia no que diz respeito à redução dos níveis de ansiedade, quer em grávidas com diagnóstico de ansiedade quer nas que apresentem sintomatologia ansiosa implicada por questões associadas ao parto, ligações emocionais com o feto e/ou companheiro ou por não terem planeado a gravidez.

A observação é um espaço importante, pois é nesse momento que se institui o primeiro contacto com o paciente, adquirimos estratégias e uma visão ampla da prática clínica.

3.9. Avaliação Psicológica e Acompanhamento Psicológico

As consultas de **avaliação psicológica** eram pedidas pela parte do médico psiquiátrico. Para todos os casos de avaliação psicológica, nas primeiras consultas, foram realizadas entrevistas clínicas aos pacientes, na qual pretendia-se a recolha de anamnese e a explicação do processo de avaliação. Para cada um, a escolha dos instrumentos foi feita segundo o pedido de avaliação e de instrumentos que permitissem obter uma resposta segundo as características do paciente, como a idade e as queixas. No fim de cada avaliação, procedia-se à cotação dos testes e interpretação, e proceder à última consulta, a devolução dos resultados.

¹² Anexo D – Sala de *Snoezelen*. Esta sala é utilizada nas sessões de relaxamento na URT do idoso e na consulta externa do serviço com doentes grávidas.

Deste modo, de forma a dar resposta aos pedidos e consoante as queixas do doente, eram aplicados os seguintes instrumentos: 1. Rastreio cognitivo e inteligência: *Mini-Mental State Examination* (MMSE; Freitas, Simões, Alves, & Santana, 2015); *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA; Freitas et al., 2011); Escala de Avaliação da Demência-2 (DRS-2; Cavaco, & Teixeira-Pinto, 2011); Escala de Inteligência de *Wechsler* para Adultos-3ª Edição (WAIS-III; Ferreira, Machado, & Rocha, 2008). 2. Memória: Teste de Aprendizagem Auditivo-Verbal (AVLT; Cavaco et al., 2015); *Hopkins Verbal Learning Test Revised* (HVLT-R) – (versão portuguesa e reduzida do AVLT). 3. Funções executivas: Testes de Fluência Verbal Semântica e Fonémica (Cavaco et al., 2013b); *Trail Making Test* (TMT – A e B; Cavaco et al., 2013a); STROOP – Teste de Cores e Palavras (Fernandes, 2013); *INECO Frontal Screening* (IFS; Moreira, Lima, & Vicente, 2014). 4. Emocional: Escala de Depressão Geriátrica (GDS; Barreto, Leuschner, Santos, & Sobral, 2008); Inventário de Ansiedade Geriátrica (GAI; Ribeiro, Paúl, Simões, & Firmino, 2011); Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI; Canavarro, 1999). 5. Personalidade: Inventário Multifásico de Personalidade de Minnesota-2 (MMPI-2; Silva, Novo, Prazeres, & Pires, 2006).; *Mini-mult* – versão reduzida do MPPI-2 6. Funcionalidade: Escala das Atividades Instrumentais da Vida Diária (IADL; Araújo, Ribeiro, Oliveira, Pinto, & Martins, 2008).

Para todos os casos terminados apresentados na tabela 2, foram realizados relatórios finais da avaliação psicológica que posteriormente eram submetidos no *SClínico* de forma a estarem acessíveis ao médico psiquiatra¹³. Ainda tive a oportunidade de elaborar uma informação clínica, com pedido feito pelo paciente, para fins de prova (reforma por invalidez). Nesta nota informativa, apresenta-se os dados do paciente, o número de sessões, o diagnóstico, instrumentos utilizados e a conclusão do relatório de avaliação psicológica¹⁴. Em alguns casos, o pedido não era apenas para avaliação psicológica, mas também para acompanhamento psicológico. Este pedido era usualmente comum nos pedidos de estudo da personalidade, na qual o médico ou o doente pedem para serem seguidos na psicologia.

As consultas de avaliação psicológica, permitiram a resposta a vários pedidos de avaliação e o contacto prático e real dos instrumentos, maioritariamente estudados durante o percurso académico. A realização dos relatórios foi um aspeto bastante importante, pois implicava que a sua redação fosse sistematizada quanto à história clínica, avaliação, cotação dos instrumentos e considerações finais, tendo sempre em conta o pedido. No início, existiram dificuldade no que diz respeito à quantidade de informação descrita e aos termos técnicos.

¹³ Anexo E1 – Exemplos de relatórios de Avaliação Psicológica

¹⁴ Anexo E2 – Informação Clínica

Contudo, estas consultas permitiram aperfeiçoar a aplicação dos instrumentos. Alguns pedidos sugeriam os instrumentos a administrar, o que considero proporcionar a inflexibilidade da avaliação face à problemática e na minha opinião, desconsideração pelo papel do psicólogo, pois este tem a competência e o conhecimento de providenciar os instrumentos que observa serem mais apropriados para a avaliação. Assim, realizei a avaliação com base nos conhecimentos adquiridos nas áreas que cada instrumento pretendia avaliar, contribuindo para uma avaliação rigorosa e clara dos domínios afetados ou não no doente.

Após o momento de observação, iniciei autonomamente as consultas de **acompanhamento psicológico**. Iniciei três casos clínicos como se constata na tabela 3 e os dois casos destacados a negrito, foram os escolhidos para a apresentação do estudo de caso. A razão da minha escolha assenta pelo número de sessões realizadas e pela problemática. Os casos foram refletidos com a orientadora e supervisora, no que concerne à sua informação clínica bem como ao enriquecimento que poderia fornecer enquanto aluna estagiária. Em março, iria dar início a novos casos de acompanhamento. Um deles, a pedido da paciente, visto que foi enviada apenas para a realização da avaliação psicológica, outro, no seguimento da avaliação psicológica e um outro caso, com pedido de acompanhamento psicológico pela parte do médico psiquiatra.

Para todas as consultas o objetivo primordial era estabelecer a relação terapêutica com o paciente. Nas primeiras consultas, era explicado o meu papel enquanto psicóloga estagiária, como seriam realizadas as consultas, a problemática principal do paciente, a existência de contacto anterior com a psicologia e recolha de anamnese. No fim de cada sessão, era registado no diário do paciente aspetos que considerava importantes e que ao longo da consulta não tinha oportunidade de o fazer, pois valorizei mais manter contacto ocular de forma pouco invasiva, a escuta ativa e a observação do paciente tanto ao nível da expressão corporal e facial.

Ao longo das consultas de acompanhamento psicológico, fui evidenciando que a intervenção foi uma das minhas maiores dificuldades, visto que a maioria das vezes os objetivos previamente ambicionados para a consulta seguinte eram reformulados, devido aos doentes exporem novas temáticas ou acontecimentos significativamente importantes para si. O silêncio por vezes causava alguma angústia, contudo, o facto de já ter identificado esta dificuldade e iniciado um trabalho pessoal, permitiu praticar a observação não verbal do doente e estar mais atenta às suas expressões.

Tabela 1.*Casos de Avaliação Psicológica*

Identificação	Motivo da Consulta/Problemática	Número de sessões	Instrumentos	Situação do caso
A. R., 70 anos	Avaliação Cognitiva “ <i>Esquecimentos</i> ” (sic)	3	MoCA; BSI; WAIS-III; AVLT; DRS-2	Terminado
P.S., 31 anos	Avaliação Personalidade “ <i>Eventual alteração da personalidade</i> ” (sic) / Avaliação Personalidade	3	MoCA; BSI; MMPI -2	Terminado
T.P., 34 anos	Avaliação Intelectual “ <i>Dificuldades de aprendizagem – Quantificar o grau de atraso</i> ” (sic)	1	MoCA; WAIS-III	Terminado
F.A., 24 anos	Avaliação Intelectual “ <i>Sintomatologia ansiógena / Tiques / Impulsividade/ Agressividade</i> ” (sic)	3	MoCA; BSI; WAIS-III	Terminado
M.N., 50 anos	Avaliação Cognitiva “ <i>Cefaleias e queixas de Esquecimentos</i> ” (sic)	3	MoCA; BSI; WAIS-III; AVLT; FV; STROOP; TMT.	Terminado
D.G., 47 anos	Avaliação Cognitiva “ <i>Esquecimentos</i> ” (sic)	1	MoCA; BSI; WAIS-III; AVLT; FV; STROOP; TMT.	Terminado
J.F., 70 anos	Avaliação Cognitiva “ <i>Esquecimentos</i> ” (sic)	4	MMSE; DAD; IADL; GDS; IFS; HVLT-R; DRS-2.	Terminado
P.N., 74 anos	Avaliação Cognitiva “ <i>Perturbação Bipolar, com atenção à fase de mania</i> ” (sic)	3	MMSE; DAD; IADL; GDS; HVLT-R; INECO.	Terminado
A.N., 69 anos	Avaliação Cognitiva “ <i>Perturbação do Equilíbrio e Esquecimentos</i> ” (sic)	3	MoCA; WAIS-III; AVLT; FV; STROOP; TMT; INECO	Terminado
R.B., 56 anos	Avaliação Cognitiva “ <i>Esquecimentos</i> ” (sic)	3	MoCA; BSI; WAIS-III; AVLT; FV; STROOP;	Terminado
F.S., 48 anos	Avaliação Personalidade “ <i>Alteração do Comportamento, sintomas psicóticos ... dissociação</i> ” (sic)	2	MoCA; BSI; S.T.A.Y.; Mini-mult	Terminado
A.S., 27 anos	Avaliação Personalidade “ <i>Transtorno Depressivo / Transtorno Generalizado Ansiedade + Acompanhamento</i> ” (sic)	3	MoCA; BSI; MMPI	Por terminar (Não conseguiu terminar o MMPI)
T.B., 51 anos	Avaliação Personalidade “ <i>Transtorno Esquizofrénico e Perturbação Afetiva da Personalidade após surto psicótico</i> ” (sic)	1	MoCA	Faltou à 2ª consulta e não pediu Remarcação
H.S., 39 anos	Avaliação Perturbação Espectro de Autismo “ <i>Suspeita de Perturbação Espectro de Autismo</i> ” (sic)	1	MoCA;	Interrupção do estágio
I.D., 45 anos	Avaliação Cognitiva “ <i>Atraso Mental” - Para efeitos Sociais</i> ” (sic)	1	MMSE	Interrupção do estágio

Tabela 2.*Casos de Acompanhamento Psicológico*

Identificação	Motivo da Consulta/Problemática	Número de sessões	Abordagem Terapêutica	Situação atual
M., 43 anos	“Perturbação Depressiva” (sic)	4	Abordagem TCC, reestruturação cognitiva	Seguido
C., 40 anos	“Agorafobia; Fobia Social” (sic)	4	Respiração Diafragmática; Abordagem TCC, reestruturação cognitiva	Seguido
C.S., 61 anos	“Problemas relacionais com a filha. Proposta de estratégias de <i>coping</i> ” (sic)	3	Terapia de Apoio estratégias de <i>coping</i>	Seguido
P.S., 31 anos	Avaliação Personalidade “Eventual alteração da personalidade” (sic) Fez pedido de acompanhamento psicológico	-	-	Por iniciar face à interrupção do estágio
A.S., 27 anos	Avaliação Personalidade “Transtorno Depressivo / Transtorno Generalizado Ansiedade + Acompanhamento” (sic)	-	-	Não foi iniciado face à interrupção do estágio
C.D. 25 anos	Perturbação Depressiva/ Obesidade	-	-	Não foi iniciado face à interrupção do estágio

Capítulo IV – Atividades desenvolvidas durante o Estágio

4.1. Reuniões de Supervisão

A orientação decorreu ao longo do período de estágio com mais frequência no início e mais esporádica posteriormente, tendo em conta as dúvidas que existiam dos casos de acompanhamento ou das avaliações. Foram realizadas reuniões com a supervisora de estágio da instituição e com as colegas que também eram supervisionadas pela professora Maria Emília Areias. Estas reuniões tinham como principal objetivo o esclarecimento de dúvidas sobre os casos em seguimento. Este momento de discussão era realizado em grupo e seguia uma metodologia de reflexão muito própria, quando surgiam dúvidas, estas eram colocadas a todo o grupo no sentido que as diferentes perspetivas fossem apresentadas. Permitiu tomar consciência de diferentes formas de ver a problemática e a causa, proporcionando mais clareza, assim como as dúvidas iam se difundindo.

4.2. Apresentação de dois Casos Clínicos para os alunos do 3º ano de licenciatura em Psicologia

Durante as reuniões de supervisão, a professora e supervisora convidou as estagiárias a partilhar com a turma do 3º ano de Psicologia os estudos de caso. Apresentei dois casos clínicos diferenciadores no que diz respeito aos quadros psicopatológicos em seguimento. Para tal, foi proposto contextualizar o local de estágio quanto ao nosso percurso e experiência, descrição do caso clínico, o que desenvolvemos e o que ainda poderíamos fazer caso não tivesse ficado interrompido devido à pandemia¹⁵. Esta partilha trouxe um momento de reflexão que possibilitou ampliar a perspetiva da intervenção se fosse possível, assim como o levantamento de questões importantes acerca da recolha de informação clínica.

4.3. Atividades com os doentes da Unidade

Uma vez por mês e de forma alternada, a orientadora de estágio estava destacada para desenvolver atividade na Unidade. Eram desenvolvidas atividades como: caminhadas, visualização de um filme, trabalhávamos a memória através do reconhecimento de músicas, trabalhos manuais ou de cozinha quando estava presente a voluntária. Também eram realizadas as avaliações da

¹⁵ Anexo F1 - *Power-point*: apresentação de 2 casos clínicos

Unidade já referidas, dada a facilidade dos doentes se encontrarem no serviço. Além destas atividades, foram organizados momentos de convívio para festejar o magusto e o natal. Estes momentos proporcionaram a aproximação com o doente e a possibilidade de lhes oferecer sensações de bem-estar, alegria e a possibilidade de não deixar passar em branco, datas importantes, como o natal.

No dia 4 de dezembro de 2019, tive o privilégio de assistir à celebração do protocolo entre o CH e a Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP), na qual permitiu que esta instituição pudesse avaliar os riscos psicossociais dos seus colaboradores. No âmbito de prestar os melhores cuidados de saúde, com elevados níveis de competência, qualidade e rigor, com o objetivo de fomentar a formação pré e pós-graduada e a investigação, respeitar os princípios da ética e da humanização e promover a diferenciação e a realização profissional dos seus colaboradores. Deste modo, a OPP associou-se, na medida em que possui a responsabilidade de promover o papel do Psicólogo e da Psicologia na sociedade e de realizar o esclarecimento sobre as boas práticas que devem proteger todos os cidadãos. A sessão contou com a participação especial de David Ballard, diretor do Departamento de Psicologia Aplicada da Associação Americana de Psicologia, que abordou a importância do papel da psicologia nas organizações.

A ligação entre estas duas entidades, vem enfatizar a necessidade dos cuidados na saúde mental não só na população geral, mas também nos profissionais de saúde. A avaliação a esta população é fundamental tanto para o bem-estar emocional do colaborador da instituição, bem como para prevenir os riscos psicossociais, nomeadamente, o *Burnout*.

Capítulo V – Apresentação dos Estudos de Caso

5.1. Estudo de Caso M

Identificação

M é um senhor com 43 anos de idade e tem o 9º ano de escolaridade. O paciente tem dois filhos de uma relação que resultou em divórcio. No que diz respeito à situação profissional, o paciente encontra-se desempregado no momento atual.

Motivo e Pedido

O encaminhamento para a consulta de Psicologia foi realizado pelo seu médico(a) psiquiatra assistente. O pedido englobava: *“43 anos, divorciado com 2 filhos, desempregado, com sintomatologia depressiva arrastada com 2 anos de evolução. Com resposta parcial à medicação instituída, sentimentos de incapacidade.”* (sic). Quando abordei M sobre o seu problema atual este mencionou *“preciso de ajuda porque me sinto deprimido”* (sic).

Processo de Observação Clínica

O paciente compareceu às consultas sempre sozinho e exibiu um aspeto descuidado, com idade aparentemente congruente com a idade real. Encontrava-se orientado no tempo e no espaço. O seu estado de humor apresentou-se depressivo, sem grandes expectativas para o futuro. Mostrou um discurso adequado, organizado e claro. Foi objetivo quer na forma como se sentia, quer nas suas queixas. Por vezes, as suas respostas eram proferidas com um tom mais ríspido (i.e., bastante direto). Conseguia manter contacto ocular, com postura alternada a uma forma mais fechada ou descontraída, em poucos momentos.

Ao longo das sessões de acompanhamento psicológico, fui observando que o paciente apresentou oscilações no estabelecimento da aliança terapêutica e no humor. Com o decorrer da intervenção, veio a demonstrar mais descuidado com a sua imagem. Durante o seu discurso, verificou-se a presença de pensamentos derrotistas sobre si e a vida e pouco apelo ao processo de mudança. Sobre as atividades da vida diária do paciente refere alguns momentos de desorientação das ações que tem ao longo do dia, como *“Saí de casa e fui para outra cidade e não me lembro de como fui lá parar.”* (sic). Comparecia às consultas 1h/1h30 antes da hora marcada, referindo *“Não*

tenho o que fazer, aqui faço o mesmo.” (sic). Senti dificuldades na recolha da história de vida, visto que limitava bastante o conteúdo, incidindo frequentemente nas consequências económicas provocadas pelo divórcio e as queixas cognitivas que manifestava ir-se agravando ao longo do tempo.

História de Vida

A nível escolar M, com 12 anos de idade foi estudar para um colégio só de rapazes, em Lamego. Nesta instituição, frequentou até ao 9º ano com aproveitamento. Aos 13 anos, adquiriu o hábito tabágico, *“Comecei a fumar com 13 anos.”* (sic). Com cerca de 20 anos, foi estudar para Bragança, onde iniciou o curso de desenhador orçamentista na Escola Prática Universal de Bragança, para a equivalência do 12º ano, mas não concluiu os estudos, explicando que existiu incompatibilidade com alguns professores e conseqüente disso, desmotivação em dar continuidade *“Não me compatibilizei com os professores de algumas disciplinas e acabei por não as fazer.”* (sic). Descreve que no período que esteve em Bragança, durante 4/5 anos, teve contacto amoroso com algumas raparigas *“Estive com várias parceiras.”* (sic). No que respeita às suas relações interpessoais, nesta fase M caracterizava-se como uma pessoa sociável, com facilidade em estabelecer boas relações: *“(…) sociável, respeitador e tinha boas relações com os outros... festas... e raramente estava sozinho.”* (sic).

No fim da adolescência, mais ou menos por volta dos 17 anos, aumentou o seu consumo de álcool. Esta mudança de hábito poderá estar relacionada com o acontecimento de vida negativo que M vivenciou, a perda do primo *“Comecei a beber mais álcool.”*; *“Nessa altura também perdi o meu primo e isso afetou-me.”* (sic). Viveu com os pais até aos 23 anos e trabalhava na construção civil com o pai, estando encarregue de ir buscar os funcionários. Nesta fase, já tinha iniciado o relacionamento com a ex-mulher e decidiram começar a sua vida de casal, uma vez que o pai tinha construções, foram viver para uma moradia onde permaneceram pouco tempo até decidirem ir viver para um apartamento, que até ao momento é onde os filhos e a ex-mulher reside *“Vivi 3/4 meses.”* (sic).

Relativamente ao seu percurso profissional, sempre trabalhou com o pai. Atualmente, encontra-se desempregado, apesar de colaborar com o pai sempre que há trabalho, mas nada certo *“Faço uns biscates para o meu pai quando há muito trabalho. Tanto posso estar uma semana ou*

mais com trabalho, como estar um mês sem trabalhar.” (sic). Atualmente, apresenta problemas de saúde ao nível de articulações nos joelhos devido ao trabalho.

Quando M chegou à consulta foram referenciadas várias queixas no domínio cognitivo, como esquecer-se do jantar aquecido, de pagar as contas e da roupa na máquina. Na semana de 9 de janeiro de 2020, menciona alguns episódios como: *“Esqueço-me de tirar a roupa da máquina e da comida do micro-ondas.”* (sic); *“Esqueço-me de pagar as contas.”* (sic). Relativamente ao seu desempenho no trabalho, também apresenta queixas como lembrar-se da execução da tarefa que já lhe é familiar *“Bloqueio e não consigo iniciar uma tarefa comum no trabalho.”* (sic). Queixa-se que frequentemente tem dores de cabeça e dificuldades em conduzir à noite, atividade esta que tenta evitar, pois refere que sente desorientado e esquece dos caminhos que já conhece *“Conforme as semanas.”* (sic); *“Frequentemente, esqueço-me dos caminhos que já conheço e perco a noção de onde estou.”* (sic). M está com os filhos quinzenalmente e sente igualmente necessidade de estar em sossego. De forma a manter os filhos entretidos, convida os sobrinhos da irmã mais velha para brincarem *“Tenho necessidade de estar quieto.”* (sic).

Quanto ao seu padrão de sono, descreve-o como sendo bom porque faz mediação para dormir, contudo, anteriormente, menciona que existiam dificuldade e vários despertares ao longo do sono *“Tinha dificuldades em dormir.”* (sic); *“No fim de semana, houve uma situação no meu prédio em que estive envolvido os bombeiros, houve muito barulho e eu nem me apercebi. Se o meu vizinho não me contasse no dia seguinte, nem ficava a saber.”* (sic). Embora a medicação prescrita para dormir evidencie resultados, o paciente menciona que a medicação da manhã o deixa mais desorientado *“Deixa-me com tonturas e enjoado.”* (sic).

Ao nível das relações que M estabelece, descreve que a relação com a mãe é boa. Refere que sofre de problemas de artroses e já teve antecedentes psiquiátricos, como episódios de depressão e desse modo recebeu acompanhamento psicológico: *“Teve esgotamentos crónicos, até já foi internada por causa disso.”* (sic); *“(…) tem problemas de artroses.”* (sic). Quanto à ligação com o pai, descreve que o pai era um homem que mantinha relações fora do casamento e que isso influenciava o casamento dos pais *“(…) era mulherengo.”* (sic); *“O meu pai já teve relação com o álcool e não deixava a minha mãe trabalhar.”* (sic); *“Sei que ele já esteve com outras mulheres e na altura perguntei-lhe para quê que ele estava com a minha mãe.”* (sic).

A relação com os filhos é caracterizada como boa, tendo uma ligação forte com a filha de 14 anos mencionando que tem uma maturidade avançada para a idade: *“São a minha força. É por*

eles que estou aqui.” (sic); *“É muito crescida para a idade dela.”* (sic); *“É tudo para mim e qualquer coisa que ela precisa, é a mim que ela procura.”* (sic). Relativamente à relação com o filho, C de 9 anos, queixa-se que sofre de agressões na escola e é distraído: *“Os miúdos batem-lhe. Está distraído nas aulas e já namora.”* (sic). A filha começou a namorar com um rapaz de 19 anos, e isso deixa-o preocupado. Consegue abordar questões de intimidade na adolescência, contudo, não é a favor das atitudes permissivas da sua ex-mulher face às idas do namorado da filha lá para casa onde reside com a mãe: *“Consigo falar sobre as questões, sem problema.”* (sic); *“Não gosto que a minha filha leve o namorado para casa.”* (sic). Os filhos vivem com C e quinzenalmente, passam o fim de semana com o paciente. Como base na Figura 2, é possível observar os elementos familiares diretos do paciente e o seu agregado familiar.

M esteve casado durante 11 anos e durante os primeiros 5/6 anos de casamento, resultou o nascimento da sua primeira filha, G. Ao fim dos 5/6 anos relata que ocorreu uma rutura no casamento e, mais tarde, nasceu o segundo filho. Nos anos seguintes, descreve que o casamento terá passado por momentos bastante difíceis devido às rotinas instaladas, dificuldades em comunicar e sentia que estavam cada vez mais distantes. Este período desfavorável no casamento levou à infidelidade pela parte da ex-mulher, que quando descoberta por M, resultou em divórcio *“A rotina e a falta de comunicação levou à rotura.”* (sic); *“Mais tarde, é que descobri que tinha existido uma traição pela parte da minha ex-mulher e eu coloquei fim no casamento.”* (sic). Está divorciado há 6 anos, mas descreve que enquanto casal, sempre concordaram um com o outro *“(…) sempre com consenso.”* (sic). Atualmente, M mantém um relacionamento cordial com a ex-mulher, por ser mãe dos seus filhos e por ainda existirem questões do divórcio que são necessárias serem resolvidas *“(…) por causa dos filhos.”* (sic). Em janeiro de 2019, regularizaram a situação da partilha da casa, por que esta ainda permanecia no seu nome. Contudo, existem muitas questões económicas ao encargo do paciente, colocando-o numa situação fragilizada, uma vez que a ex-mulher não cumpre com os pagamentos tributários.

Ao longo do período que se encontra divorciado, M envolveu-se em algumas relações com pouca durabilidade, pois M mostrou dificuldades em apostar numa relação mais comprometida e implicada. Recentemente, esteve com uma senhora de 56 anos, tendo sido uma relação temporária com término no final do ano de 2019 *“Quando começam a querer entrar na minha intimidade e quererem explicações, eu afasto-me.”* (sic).

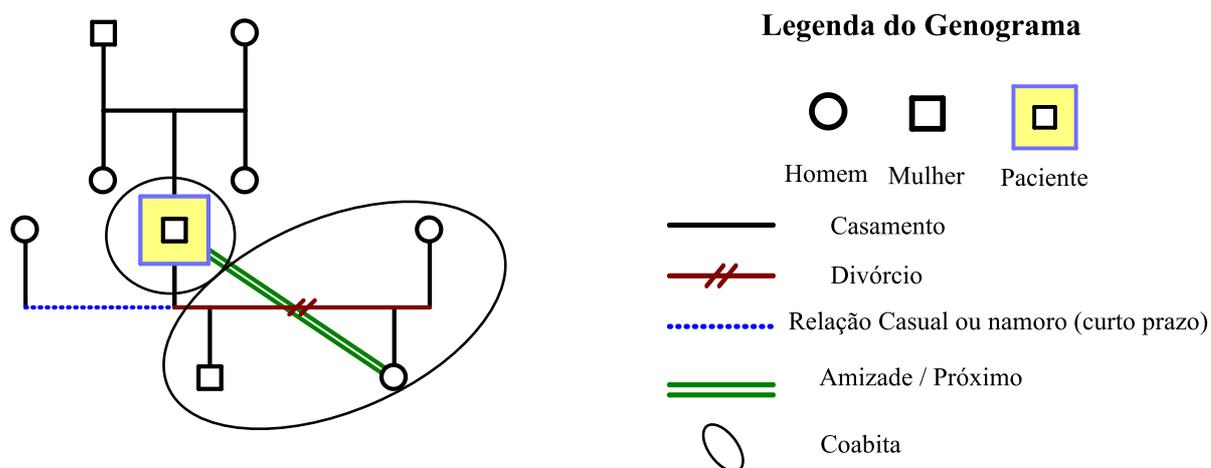


Figura 1. *Genograma de M.*

Formulação do Caso

Estamos perante um adulto de 41 anos que atualmente apresenta um estado emocional bastante fragilizado com a presença de sintomatologia depressiva bastante acentuada e importante do ponto de vista clínico. A principal história da problemática de M teve início em 2013, quando ocorreu a rutura do casamento e consequentes dificuldades económicas desencadeadas pelo mesmo motivo. Os autores Green e Simonsa-Morton (1988), apontam três fatores que influenciam os comportamentos individuais, tais como: 1) os fatores predisponentes relacionados com o indivíduo (valores, crenças, atitudes e motivações), 2) os fatores capacitantes (conhecimento e competência) e 3) os fatores de reforço, de natureza contextual (representações sociais, normas de conduta e atitudes grupais) (Almeida, 2014).

Como **fator precipitante** temos como desencadeador a rutura do casamento. M esteve casado 11 anos. O matrimónio resultou em dois filhos, o nascimento da primeira a filha aconteceu nos primeiros anos da união, um período na qual o paciente considera ter sido “(...) *harmonioso e favorável.*” (sic), ao fim de 6 anos de casamento, nasceu o segundo filho. Desde o último acontecimento, o casamento começou a dar sinais de rutura devido às rotinas e falta de comunicação entre o casal. O motivo pela qual o paciente decidiu divorciar-se deve-se à descoberta da traição pela parte da ex-mulher. Segundo um estudo epidemiológico, refere que o grupo de pessoas anteriormente casadas (separados, divorciados ou viúvos) apresentam um risco mais elevado de sofrer de perturbações depressivas e abuso de substâncias, enquanto os que nunca

casaram estão associados a maior risco de perturbações por abuso de substâncias e de controlo dos impulsos (Almeida et al., 2013).

Quanto ao **fator predisponente**, a referência que faz ao baixo rendimento é regular e parece-me ser a grande problemática para a regulação emocional e satisfação com a vida. Com base na literatura, o baixo nível socioeconómico é reconhecido como fator de risco na população em geral para os problemas de saúde mental (Almeida, 2014). O paciente considera que a rutura económica despoletou severamente a sua depressão, pois a alteração do seu estado económico provocou um estilo de vida diferente do que estava acostumado. O encargo das despesas com a casa que atualmente os filhos e a ex-mulher coabitam, mais as pensões de alimentos dos filhos, mais as suas despesas pessoais, conferem na sua totalidade, a dificuldade em manter uma vida económica folgada. O extra que ganha com os trabalhos que faz para o pai vêm auxiliar, mas com muitas dificuldades sentidas. Ainda, a literatura aponta que a satisfação com a vida também tem sido avaliada como uma dimensão da saúde mental, pois, além de estar associada negativamente com o diagnóstico de perturbações mentais, também está relacionada a fatores de risco à saúde. Baixos níveis de satisfação com a vida são um forte indicativo para morbilidade psiquiátrica (Santos et al., 2016).

Os seguintes fatores descritos, direcionam para a presença de um **fator de risco**, as ideações suicidas presentes. É notório que o paciente vem diminuindo cada vez mais as suas atividades de lazer e o relacionamento interpessoal é também bastante reduzido. As sensações de desesperança e falta de sentido da vida são no ponto de vista psicológico, potenciadores para pensamentos mais autodestrutivos. Os comportamentos suicidários resultam da interação de múltiplos fatores. As evidências científicas têm-nos descrito como sendo biológicos, a depressão, o desespero, o isolamento social, o relacionamento pessoal e o desemprego. São fatores que interligados podem potenciar o suicídio (Almeida, 2014).

Relativamente à ligação de um **fator de manutenção** e ao quadro depressivo, considero que a relação que mantém com a ex-mulher estejam a perpetuar tanto as dificuldades económicas como a sintomatologia depressiva. O facto de M revelar dificuldades em desvincular-se de uma relação que já terminou não permite que este possa fechar um ciclo e se permite realmente a recomeçar. Menciona ter bastantes dificuldades em manter relações amorosas, dado que estas implicam a proximidade e a intimidade da sua vida pessoal “*Quando começam a querer entrar na minha intimidade e quererem explicações, eu afasto-me.*” (sic).

Objetivos

Dado que as sessões com o paciente foram poucas e a recolha de informação não foi suficiente para equacionar uma hipótese clínica, entendo que será mais prudente traçar os objetivos com base nos fatores observados e a informação do psiquiatra. O paciente é encaminhado com uma nota clínica de diagnóstico prévio de uma sintomatologia depressiva arrastada com duração de 2 anos. Apresentou períodos em que se encontrava com humor depressivo, apetite diminuído, quando sentia dores isolava-se, falta de energia, sensações de tontura, falta de concentração, sentimentos de desesperança e pensamentos referidos como “(...) *ideias irreais*.” (sic). Estes sintomas causam mal-estar, principalmente, na componente ocupacional. Expõe perda de prazer em todas as atividades (embora o trabalho seja considerado para si como uma necessidade económica), não revela reatividade a estímulos que provoquem bem-estar, não ocorre sensação de melhoria no humor (humor vazio), com queixas no domínio cognitivo presentes no período da manhã assim como tendência a uma postura mais apática no mesmo período.

Face a estes fatores observados, o objetivo principal prendeu-se estabelecer uma relação terapêutica de empatia, respeito e aceitação incondicional do paciente, respeitando as questões éticas envolvidas no processo terapêutico como o princípio da confidencialidade (sigilo profissional). Objetivos mais específicos passaram pela: 1) Psicoeducação; 2) Diminuição dos níveis de sintomatologia ansiosa e depressiva; 3) Registo de automonitorização de pensamentos automáticos disfuncionais; 4) Reestruturação cognitiva e 5) Tarefas para casa. De forma mais descritiva, de seguida, serão apresentados os objetivos, as estratégias e as temáticas desenvolvidas nas consultas.

Enquadramento concetual e Processo de Intervenção Psicológica

M foi encaminhado para o Serviço de Psicologia para acompanhamento psicológico devido a uma depressão com 2 anos de evolução.

A depressão é uma doença que afeta mundialmente e conta com 264 milhões de pessoas com esta perturbação. Apresenta-se de modo diferente às flutuações comuns do humor e das respostas emocionais de curta duração aos obstáculos do dia a dia. Quando persistente e com intensidade moderada ou grave, a depressão pode se tornar uma condição de saúde grave. Embora o número de tratamentos eficazes que existem para as perturbações mentais, entre 76% a 85% dos indivíduos que vivem em países de baixo e com baixo rendimento não recebem tratamento. Nos

países com diferentes rendimentos, os indivíduos depressivos não recebem um diagnóstico correto e frequentemente é prescrito antidepressivos para a perturbação (World Health Organization, 2019).

Atualmente, a perturbação depressiva é estimada como a segunda perturbação mental mais comum, com uma prevalência de 9.5%. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), é considerada a principal desordem entre os indivíduos e mundialmente prevê ser a segunda causa de incapacidade da população até 2020 (Lutz et al., 2016).

A terapia comportamental cognitiva (TCC) é uma psicoterapia amplamente usada em perturbações psicológicas, como a depressão e a perturbação de pânico (Li et al., 2018). É uma intervenção que tem como premissa que as perturbações mentais e o sofrimento psicológico são mantidos por fatores cognitivos. Esta ideia é pioneira da perspectiva de Beck (1970) e Ellis (1962), que sustentam que as cognições desadaptativas contribuem para a manutenção do sofrimento emocional e dos problemas comportamentais. A TCC visa à redução da sintomatologia, da melhoria e remissão da perturbação. Deste modo, combina várias técnicas cognitivas, comportamentais e emocionais. Apesar das estratégias se focarem principalmente nos fatores cognitivos, verifica-se que as componentes fisiológicas, emocionais e comportamentais têm um papel fundamental para a manutenção da perturbação (Hofmann et al., 2012).

Com base na meta-análise realizada por Hofman et al., (2012), foi possível verificar que a TCC quando comparada com outros tratamentos, como a terapia psicodinâmica, a terapia na resolução de problemas e a psicoterapia interpessoal, é igualmente eficaz. Outros estudos, investigaram a eficácia da farmacoterapia aliada à TCC, na qual verificaram que juntas era mais eficaz quando comparada com apenas a indivíduos só com TCC (Hofman et al., 2012).

Segundo os empíricos do cognitivismo, existe um foco para a forma como os pensamentos acerca do próprio podem contribuir para o aparecimento de várias desordens psicológicas, não no ponto de vista do desenvolvimento da personalidade como as correntes psicodinâmicas e humanísticas defendem, mas na perspectiva da identificação de alguns conceitos-chave que constituíram a base para os métodos da terapia cognitiva, como a 1) intervenção cognitiva, 2) os “*schemas*” e o 3) papel dos pensamentos automáticos. Segundo os psicólogos cognitivistas, os nossos pensamentos são guiados por estruturas organizadas de conhecimento que influenciam a forma como percebemos, interpretamos e evocamos as memórias e a informação. Podem ser construídos em torno de ações, objetos, pessoas ou acontecimentos. São de grande interesse porque funcionam como filtros que influenciam a maneira como as pessoas se percebem a si próprias e

a sua relação com o mundo. Nota-se também, que indivíduos com certas patologias (como por exemplo, a depressão) têm tendência para interpretar os acontecimentos de forma negativa (Gonçalves, 1990).

O processo de intervenção com o paciente contou com 4 sessões ao longo de 3 meses, com a frequência de três em três semanas de acordo com a sua disponibilidade. De realçar que a intervenção psicológica ocorreu em simultâneo com a intervenção psicofarmacológica prescrita pela/o psiquiatra.

Na primeira sessão foram traçados como objetivos principais o estabelecimento da aliança terapêutica, a relação empática e a escuta ativa de modo a envolvê-lo na terapia. Essencialmente, e de modo contínuo, foi realizada a recolha de anamnese, bem como os objetivos futuros a trabalhar nas consultas subsequentes. Foi desenvolvida uma relação com base na confiança e no sigilo profissional. Nesta sessão, apesar do paciente narrar a necessidade de apoio manifestou um comportamento hostil, frio e distante. Segundo a literatura, verifica-se que existem diferenças entre o género no que refere à sintomatologia depressiva. Alguns estudos, apontam que no sexo feminino foi sugerida uma maior frequência: o aumento do apetite, aumento de peso, queixas somáticas, sensibilidade interpessoal aumentada, hipersónia, fadiga física excessiva, perda de energia, lentificação psicomotora e sintomas gastrointestinais. No homem foi sugerida uma maior frequência de: agitação psicomotora e ideação suicida (Oliveira, 2011). Além da recolha de anamnese, efetuou-se o levantamento da sua rotina diária, de modo a conhecer particularidades da sintomatologia depressiva apresentada. M referiu sentir-se frequentemente deprimido e infeliz, sem preocupações com a sua imagem, à exceção da higiene básica. Recolheu-se informação acerca das relações íntimas, referindo ter tido poucas relações e com pouco sucesso devido à intimidade sobre a sua vida pessoal. Neste momento, encontra-se numa relação pouco satisfatória “*Não sei por quanto tempo, estou farto.*” (sic). Embora o paciente caracterize a ligação com a ex-mulher como sendo cordial e sem proximidade, durante a consulta C liga-lhe com persistência, pois estava à espera de que o paciente a fosse buscar. Enquanto estagiária, compreendi ser uma nota importante a explorar na consulta seguinte. Se voltasse a acontecer, permitir que atendesse de forma a verificar a comunicação entre os dois.

Tanto na 2ª como na 3ª sessão, foi usado o método de registos, de modo avaliar a dinâmica do paciente com as tarefas de casa. Deste modo, foi sugerido escrever numa folha, com base na associação livre, os pensamentos negativos recorrentes ao longo do seu dia a dia. Para além da

intervenção ter sido focada na técnica da terapia cognitiva, também utilizei estratégias do Modelo de Tratamento da Ativação Comportamental, que consiste em compreender o contexto, como o paciente se sente e o que ele faz ou não (Barlow, 2016). Além disso, também lhe foi sugerido como tarefa de casa o registo de atividades e a classificação do humor. Na TCC são usadas várias técnicas e métodos em pacientes deprimidos, como por exemplo, o incremento de atividades que causam prazer, a solução de problemas e o planeamento de forma a lidar com a sintomatologia depressiva (Peterson & Halstead, 1998). Substancialmente, fui avaliando possíveis respostas a perguntas como: o que sustenta a depressão; o que impede o envolvimento e o prazer com a vida e quais os comportamentos que podem maximizar a mudança.

Mais especificamente os objetivos gerais da segunda sessão, foram 1) o teor das mensagens da ex-mulher, de modo a conferir a situação da última consulta; 2) abordou-se de modo generalizado a periodicidade dos esquecimentos, tendo sido queixa na 1ª consulta; 3) autoapreciação de como se via no período que estudava ; e 4) a exploração da dimensão espacial¹⁶ das pessoas que o rodeiam, de forma a orientar-me quanto ao nível da informação das pessoas consideradas como significativas para o paciente, mas também de possíveis fontes de gatilho para a sintomatologia depressiva. Esta sessão foi fundamental para perceber que M ainda mantinha uma relação com a ex-mulher. Quando abordado o tema, não demonstra muita sensibilidade e ocorre banalização verbal da situação, referindo “(...) *é para o que é.*” (sic). Os filhos não têm conhecimento desta relação.

M já não se encontra na relação que mantinha até à consulta anterior, justificando que se sentia controlado e que não conseguia encontrar-se emocionalmente disponível. O paciente não associa esta indisponibilidade ao facto de ainda manter uma ligação com a ex-mulher, apesar de existir consciência que não é saudável e que pode estar na origem da sua sintomatologia depressiva. Por isso, achei necessário iniciar o trabalho de consciencialização dos fatores que podem estar subjacentes ao humor deprimido, à falta de sensação em se sentir completo e da importância em estabelecer o rompimento de ligações tóxicas para a sua vida. Assim, a sugestão de apontar os pensamentos ao longo do dia, teve o objetivo de o doente se confrontar com aquilo que são os seus pensamentos, de os avaliar e perceber a frequência com que ocorrem.

¹⁶ Anexo G1 - Mapeamento do espaço pessoal

Na terceira sessão, verificou-se o registo dos pensamentos negativos¹⁷ e em conjunto exploramos o conteúdo. M apontou o primeiro pensamento como um passo para o início de se tornar mais assertivo perante o envolvimento que até ao momento da consulta mantinha. Menciona “(...) disse à C que não ia ter com ela. Lembrei-me do que a Dra. disse e consegui dizer que não.” (sic). Quando abordei M de como foi ter realizado este exercício, refere que “*Não foi difícil e é uma forma de ter o que dizer na consulta.*” (sic). No registo diário, podemos verificar a presença de várias queixas a nível cognitivo, emocional, psicológico e comportamental: como a sensação de desorientação, tristeza, solidão, sentimento de desesperança. Enquanto fui explorando o conteúdo do registo, apercebi-me que o doente não mencionava atividades de lazer, de tal modo, achei pertinente explorar, de modo a incrementar as atividades no plano terapêutico. Após verificado o benefício da tarefa sugerida na consulta anterior e o desenvolvimento de conteúdo na consulta, pedi que registasse o seu nível de humor ao longo do dia face à atividade ou do momento ao longo do espaçamento da próxima consulta. Este exercício teve como principal objetivo obter a informação de como o paciente preenche os seus dias e que reforço poderia ser utilizado para estabelecer com este uma rotina diária.

Na última sessão, analisamos o registo do sentido de humor e uso de estratégias do paciente¹⁸. Foi explorado o pico de depressão mais pormenorizado. Nesta consulta, relata novos acontecimentos de desorientação e explorou-se com profundidade a origem, a repetição, as recordações e preocupações das queixas referidas para o dia a dia de M. Relata que “*Na semana passada, quando vim à consulta da psiquiatra, aconteceu-me uma coisa que antes nunca se tinha passado. Saí do hospital, apanhei o autocarro para casa e quando dou fé, tinha saído duas paragens depois da que eu devia*” (sic). “*Esta semana, voltou a acontecer uma situação da qual não me lembro, aliás, eu sei que aconteceu porque no fim é que me apercebi onde estava. De manhã, saí de casa para ir ao café e não é que em vez de ir ao café que normalmente vou, fui parar a outra cidade? Só me apercebi onde estava, porque encontrei um conhecido que me perguntou o que estava a fazer ali e tão cedo*” (sic). O paciente conta que anteriormente nunca lhe tinha acontecido isto e que não se recorda de nada. Nesta consulta, explorou-se o que neste momento considera como sendo fatores de persistência para a depressão, à qual o paciente narra e realça que a sua situação económica é o principal problema “*Eu agora conto os trocos. Era algo que eu nunca precisei de fazer antes, sempre tive dinheiro para o que queria*” (sic); “*Eu recebo do fundo de*

¹⁷ Anexo G2 - Registo no diário

¹⁸ Anexo G3 - Registo de atividades e a classificação do humor

desemprego 350 euros. Até janeiro de 2019, pagava a casa da minha ex-mulher (300 euros), ainda lhe pago o IMI e tenho a casa no contencioso. Mais 300 euros são para a minha casa. Outros 150 euros são da pensão dos meus filhos.” (sic).

Efetivamente, a questão económica é o principal fator que está na origem para a persistência da sintomatologia depressiva. Nesta sessão, o paciente apresentou uma postura muito mais descuidada, menos apelativa à adesão terapêutica e até alguma descredibilização relativamente à intervenção. Antes de comparecer à última sessão, o paciente teve consulta na psiquiatria na qual lhe foi perguntado como se sentia e como estavam a correr as consultas na psicologia. M refere que abordou as questões das tarefas que eram sugeridas e que o médico psiquiatra expressou “surpresa” por este realizar os exercícios e se estavam a ter algum impacto nele. Quando abordei como foi desenvolver a tarefa, M demonstrou algum desinteresse que me pareceu estar associado à apreciação que teve pelo médico.

Apesar de não verificar alterações significativas no padrão depressivo do paciente, considero ter sido importante ligar a sua situação atual com as problemáticas que tem vindo a demonstrar ter dificuldade, como em desvincular-se da relação com a ex-mulher bem como reconstruir pilares como a autoestima, a identidade e a implementação de atividades.

Reflexão do Caso M

M foi dos primeiros casos a ser escolhido para dar início ao acompanhamento psicológico e por isso, o primeiro contacto com aquilo que realmente começaria a ser os meus primeiros passos como psicóloga estagiária.

Este caso foi particularmente desafiante e ao mesmo tempo elucidativo relativamente à depressão, pois nos homens é efetivamente diferente do que nas mulheres. As principais dificuldades que senti, foi nomeadamente em estabelecer uma relação terapêutica, pois tratava-se de um homem adulto e por vezes isso colocava-me numa posição desconfortável quanto à sua distância emocional e possível capacidade de dar resposta às suas queixas e adesão terapêutica. Particularmente, despoletava em mim algum sentimento de frustração, pois ia verificando que o doente tinha altos e baixos ao longo do processo terapêutico. Inicialmente, entendia que existia foco na mudança, na adesão terapêutica e na aquisição de estratégias de *coping*, como na sessão seguinte, ocorriam recaídas e havia a necessidade de bastante reformulação e devolução dos pequenos passos que M ia fazendo, mas que não tinha consciência e valorização dos próprios.

O caso de M é uma problemática muito recorrente em prática clínica e atualmente, é das perturbações que mais afeta os indivíduos no mundo. Na minha opinião, fui constatando que a depressão é vivida para o paciente como um “jogo mental”, onde persistem várias recaídas, sentimentos de desesperança e desequilíbrios face ao quadro clínico. Fui interpretando as suas crenças como sendo a “depressão da depressão” ou como a adoção de um “modo de vida”, bem como a necessidade de justificar de forma negativa tudo aquilo que de bom lhe acontecia. Abramson, Seligman & Teasdale, (1978), colocam a hipótese de que os depressivos tendem a explicar os acontecimentos negativos da forma que é mais prejudicial para a sua autoestima e para o seu sentido de esperança perante a vida. A Terapia Cognitiva de Beck, propõe que os indivíduos deprimidos tendem a exibir um padrão característico de perceções relativamente a si, ao seu mundo e ao seu futuro (Gonçalves, 1990).

Devido à interrupção obrigatória e sem possibilidade para posterior acompanhamento, o caso de M ficou aquém do que era expectável intervir ao longo do estágio, assim como uma grande parte da recolha de anamnese ficou por concretizar e conseqüente consolidação de toda a informação já recolhida.

Assim, se tivesse oportunidade de ir além e continuar o acompanhamento psicológico, necessitava de focar em tópicos da anamnese que ficaram por explorar, especificamente a infância, o percurso escolar e laboral. Os pontos na qual considero que seriam de extrema importância desenvolver com o paciente ao longo da intervenção psicológica seriam a exploração das 1) queixas cognitivas: analisar se já existiam queixas antes do diagnóstico ou se começaram na sua fase depressiva, 2) refletir sobre a informação do padrão de sono: considerar se é de facto realista ou não, ou seja, se há possibilidade para a existência de uma perturbação do sono, avaliar o período de sono alargado, quais os hábitos e como era o padrão de sono antes e depois da depressão, 3) explorar a presença de ruminação depressiva e possíveis mecanismos de pseudo-esquecimentos, 4) o desenvolvimento de estratégias para a estruturação de rotinas diárias, 5) iniciação da prática de exercício físico, 6) promoção do envolvimento em tarefas prazerosas, 6) intervenção na autoestima e identidade, 7) intervenção ao nível ocupacional e por último, 8) avaliar a severidade da sintomatologia depressiva, através do Inventário de Depressão de Beck (BDI; Gouveia, 1990).

De um modo geral, as minhas dificuldades foram essencialmente na intervenção quer pela interrupção quer pelo facto de não considerar que as intervenções sejam aplicadas segundo um “manual”, mas sobretudo, por todas as características que envolvem o processo terapêutico: as

ideias pré-concebidas de como são as reações do doente às técnicas e métodos escolhidos, o ajustamento das mesmas, o tempo de evolução e as recaídas.

Este caso permitiu que eu alargasse mais o meu conhecimento e explorasse de forma readaptada ao paciente, conteúdos lecionados na faculdade, como foi a situação da dimensão pessoal.

5.2. Estudo de Caso C

Identificação

C, mulher de 40 anos, tem o 9º ano de escolaridade. Está divorciada e trabalha como segurança numa empresa. No momento reside com os pais e com a única filha.

Motivo e Pedido

O encaminhamento para a consulta de Psicologia foi feito por parte do seu médico(a) psiquiatra assistente. O pedido englobava: *“Doente com 40 anos, com agorafobia e fobia social.”* (sic). Quando abordada pelo motivo de estar na consulta psicologia, menciona ter feito pedido médica de família, em janeiro de 2019, com *“intenção de procurar ajuda na solução das fobias, que até há 3 anos não aceitava”* (sic).

Processo de Observação Clínica

Nas consultas, exibiu um aspeto cuidado, com idade aparentemente congruente com a idade real. Orientada no tempo, no espaço e no lugar. Humor eutímico.

Ao longo das sessões de acompanhamento psicológico, fui observando que C tem um ótimo insight e procura ajustar as suas fragilidades emocionais, maximizando com as suas áreas mais fortes. Por exemplo, a introdução das técnicas de relaxamento, foi um método fácil de introduzir na sua rotina, pois C já se envolveu em práticas que lhe permitiram aprender a fazer a respiração diafragmática corretamente, como o *Reiki*, Yoga e a dança de ventre, portanto, a técnica de saber respirar já está implícita. Situações referentes às relações que não tiveram sucesso, consegue racionalizá-las e diminuir os níveis de culpabilidade face aos fracassos nas relações pós o divórcio.

História de Vida

Ao nível da história da saúde, C apresenta problemas desde 2012, na qual refere que tem infeções intestinais (Diverticulite de grau I), com episódio repetido no ano 2013 e 2016, na qual a sua ocorrência é justificada pelos momentos que vivencia maior *stress* com impacto emocional significativo “(...) *stress emocional*.” (sic). Em 2019, repete uma crise de diverticulite grau I, com dois dias de internamento.

Começou a ser seguida na consulta Dietética, desde janeiro de 2020, pois sentiu aumento de peso e desconforto com o corpo. A decisão de procurar ajuda nesta especialidade e iniciar o acompanhamento para a perda de peso, contou com o apoio da mãe que também já era seguida. Já conseguiu obter ganhos a partir das alterações que iniciou face às mudanças alimentares e sente-se motivada para continuar: “*Já perdi 2kg e sinto-me bastante motivada*.” (sic).

Relativamente ao seu padrão de sono este é descrito com pouca qualidade, sonha bastante e tem dificuldades em adormecer, apurando também padrões de sono alterados devido aos horários do emprego. Contudo, já vem sido evidenciada esta problemática há vários anos: “*Houve um aumento do peso, que pode ser da medicação*.”; “*Tenho sonhado muito, principalmente com o meu ex-namorado*.” (sic).

Como ocupações dos tempos livres, no passado, dançava dança do ventre, fazia *Reiki* e *Yoga* “*Dancei a dança do ventre, já pratiquei Reiki e Yoga*.” (sic). Desde dezembro de 2019, está inscrita no ginásio, mas só frequentou duas vezes, devido à exposição que sente ter, como olhar-se no espelho e os comentários que podem surgir ao seu corpo, contribuem para a baixa autoestima “*Não gosto de me ver nos espelhos do ginásio*.” (sic). Durante o exercício sofreu uma lesão muscular abdominal que a impossibilitou continuar a ir e decidiu deixar o ginásio e começar a hidroginástica com a mãe: “*Vou deixar de ir ao ginásio para começar a ir com a mãe para a hidroginástica*.” (sic).

Ao nível profissional, ao longo da vida C teve contacto com diferentes profissões. Trabalhou três anos com o pai na área do imobiliário (loja de móveis), mas acabou por desvinculou-se, pois considera que trabalhar num ambiente familiar não é saudável “*Trabalhar com a família não é saudável*.” (sic). Esteve dez anos a trabalhar como administrativa e comercial. Desde então, mais precisamente, há um ano, trabalhou no turno de dia, como segurança no centro de saúde, sendo este trabalho mais apreciado por C: “(...) *sentia-me bem*.” (sic). Atualmente, na mesma área, está a desempenhar o papel de segurança na portaria de uma empresa privada, mas com turnos do

período da tarde e da noite. Esta mudança de horário trouxe insatisfação a C, dado que estava familiarizada e satisfeita com o posto anterior e agora, sente que os horários afetaram o relacionamento que tinha e a sua qualidade de vida: “*Atualmente o ambiente no trabalho não está bem, mas espero que haja mudanças até ao final de maio.*” (sic); “*Não conseguia estar com ele devido aos horários.*” (sic).

Esteve casada 3 anos na qual descreve ter sido uma relação abusiva, experienciando agressão física e verbal, bem como aceitando as vontades do marido, embora não fosse do seu consentimento, C refere “*(...) fui forçada ao ato sexual.*” (sic); “*(...) bateu a primeira vez.*” (sic). C menciona que o ex-marido aos 6 anos de idade esteve em coma devido à epilepsia e coloca como possível justificação as atitudes que teve no casamento, como consequência da condição de saúde “*Acho que ele é assim por causa disso, do que lhe aconteceu.*” (sic).

Foi em contexto do seu matrimónio que terá engravidado pela primeira vez, aos 19 anos, resultando no nascimento de R. A relação com R nos primeiros anos de vida da filha, foi vivenciada com sentimentos de rejeição e negação. Após o divórcio, viveu com a filha que tinha 4 anos e com os pais, contudo, quando R tinha 11 anos, foram viver sozinhas. Devido às dificuldades económicas, no ano 2009, entregou a casa ao banco retomando assim a casa dos pais/avós.

Relativamente ao desenvolvimento da sintomatologia do início à atualidade, refere que a fobia social teve início desde o último relacionamento, evidenciando que o controlo excessivo levou a evitar locais que habitualmente frequentava com medo de o encontrar: “*Começou, desde o controlo do ex-parceiro; deixou de frequentar locais que habitualmente ia, pois tinha medo de o encontrar.*” (sic).

Como é possível verificar na Figura 2, a família de C é constituída por cinco elementos familiares diretos.

A relação com a mãe de 65 anos é caracterizada como uma relação próxima e íntima “*(...) relação de grande proximidade e intimidade.*” (sic).

O avô paterno, faleceu com cancro no esófago. O pai tem 71 anos e trabalha numa loja de móveis. No passado, descreve que a sua relação nem sempre foi boa, principalmente quando aos 19 anos, descobriu que o pai teve um filho fora do casamento, hoje, com 24 anos. Não há uma relação direta com o este meio-irmão, mantendo a educação e uma relação cordial: “*(...) tenho uma relação cordial.*” (sic). O conhecimento deste acontecimento é sabido pela irmã e pela C, visto que pensa que a mãe não sabe de nada até à data.

A filha tem 21 anos, encontra-se no 3º ano de faculdade no curso de enfermagem e reside com a mãe e os avós. C demonstra ter orgulho nas características pessoais e nas competências de R. Atualmente, mantém uma relação próxima e afetiva com ela, embora no passado tivesse mencionado rejeição. A filha não mantém qualquer contacto com o pai, devido às problemáticas vividas entre os pais.

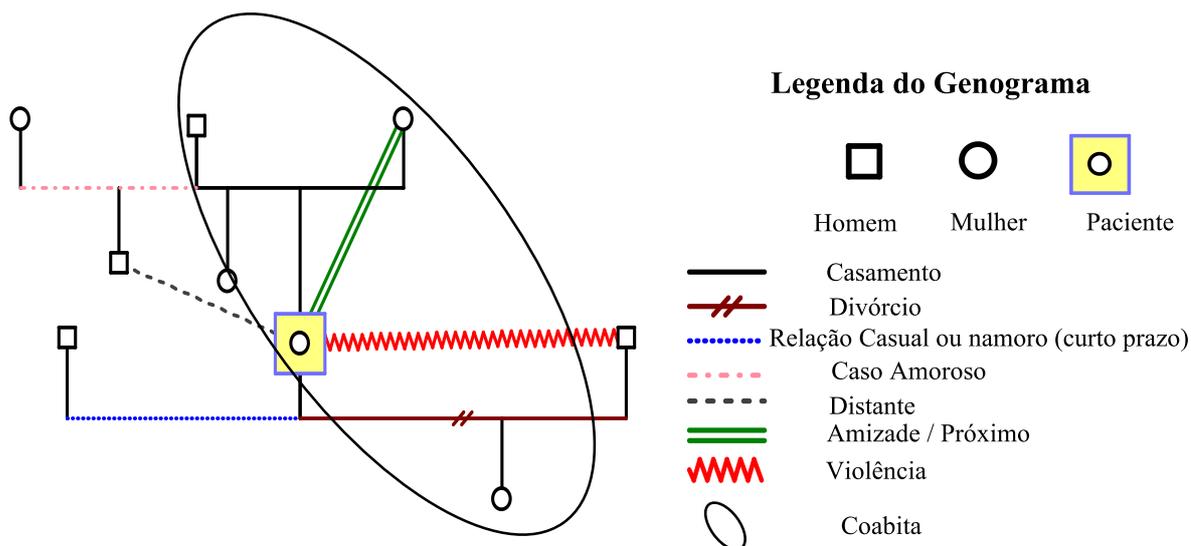


Figura 2. Genograma de C.

Esteve casada de 2000 a 2003, com o A., pai da filha. Ao fim de 2 anos e meio, o ex-marido começou a ter atitudes agressivas como anteriormente mencionadas.

Namorou com H, que era cerca de 3 anos mais novo que C. O fim da relação foi marcado por traições, apesar de considerar que este a tratava bem: “*Era muito mulherengo, mas tratava-me bem.*” (sic). Desta relação, resultou uma interrupção voluntária da gravidez, contudo, contou com o apoio incondicional do pai tanto na sua decisão como nas consequências provocadas pela intervenção cirúrgica, mencionado “*(...) fiquei com muitas sequelas e infeções.*” (sic); “*(...) tive o apoio do meu pai.*” (sic).

Após o relacionamento anterior, esteve 7 anos com A, tendo sido uma relação pouco saudável: “*(...) tóxica.*” (sic). Ao fim de 6 anos de relação, teve um episódio de aborto espontâneo, colocando carga positiva neste acontecimento, visto que o parceiro não aceitou no momento que soube da gravidez: “*Considero ter sido bom, pois ele rejeitou a gravidez quando soube.*” (sic). Embora tivesse entendido como um “presságio” este aborto e interpretando como desvinculação

da relação, ao fim ao fim de 3/4 anos, ocorrem manifestações de desequilíbrio emocional, humor disfórico e abandono das atividades prazerosas “*Senti-me desequilibrada, com humor deprimido e deixei de fazer as atividades que gostava.*” (sic). Após o acontecimento de vida, ainda permaneceu mais um ano na relação com o sentimento de esperança de que as coisas resultassem: “*(...) tentativa que a relação resultasse.*” (sic). Depois da separação, este procurava ir sempre ao encontro do local onde C estava, levando a que começasse a evitar multidões com medo e ansiedade de o encontrar. Desde o fim da relação, começou a evitar frequentar locais considerados como comuns aos dois, como por exemplo, o centro comercial “*(...) ele podia estar lá e sentia-me sufocada.*” (sic); “*Evito as zonas de restauração que era onde íamos sempre.*” (sic). O modo como C considerou ter sido o passo para perdoar-se e seguir com a sua vida, foi retribuir uma mensagem de aniversário que considera ter ficado em “falta” quando A lhe felicitou pelo seu aniversário, sentiu ser o mais correto e o caminho para não guardar sentimentos de rancor: “*(...) a retribuição de uma mensagem de aniversário.*” (sic).

Nos últimos 4 meses, (setembro a janeiro) estive numa relação, na qual não consegui permanecer devido às vivências do passado “*(...) tive numa relação.*” (sic). Atualmente, com rutura, devido às recordações do passado, essencialmente do último relacionamento “*Fui sentindo medo, baixa autoestima, falta de amor próprio. Reconheço o tipo de padrão das minhas relações, são abusivos e submissas.*” (sic). Refere ainda que “*(...) sinto que mantenho um padrão de relacionamentos abusivos e de submissão.*” (sic).

Diagnóstico Diferencial

De acordo com a história clínica de C, e tendo em conta a informação obtida sobre as questões relacionadas com os abortos, o casamento e as relações amorosas disfuncionais, bem como o impacto emocional e psicológico que C atribui a cada uma delas, foram levantadas hipóteses de diagnóstico que conduziram à interrogação do diagnóstico prévio de **Perturbação de Ansiedade Social (Fobia Social) e Agorafobia.**

Assim, foram estabelecidas como hipóteses clínicas plausíveis com base na informação recolhida a **Perturbação de Ansiedade Generalizada** e a **Perturbação Relacionada com Trauma e Fatores de Stress com Outra Especificação**, categoria **Perturbações de Tipo Ajustamento com Duração Prolongada de mais de seis meses sem Duração Prolongada do**

Fator de Stress (APA, 2014), na qual irei explicar, diferenciar e esclarecer até à conclusão do diagnóstico final.

A paciente apresenta um diagnóstico prévio de **Perturbação de Ansiedade Social (Fobia Social)** e **Agorafobia**, identificado como fator desencadeador o medo de encontrar o ex-companheiro. Procura apoio psicológico em janeiro de 2019 para o problema da Fobia Social. Quando abordada pelo fator que estava na origem, refere o medo do controlo do ex-namorado e ter deixado frequentar determinados locais com medo de o encontrar.

A Perturbação de Ansiedade Social, é descrita pela presença de medo ou ansiedade marcados de uma ou mais situações sociais em que o indivíduo está exposto ao possível escrutínio dos outros (Critério A), preenchendo os critérios: a ansiedade ou evitamento causam mal-estar clinicamente significativo ou défice social e ocupacional (Critério G), a ansiedade ou o evitamento não são atribuíveis aos efeitos fisiológicos de uma substância (Critério H) a ansiedade ou o evitamento não são mais bem explicados por sintomas de outra perturbação mental (Critério I). Apesar de apresentar critérios para o diagnóstico, C foi demonstrando que as situações ansiedade ou evitamento são desencadeadas pelos seus receios em encontrar o ex-namorado A num determinado lugar e não pelas interações sociais (i.e., iniciar uma conversa ou ser observada)¹⁹. O diagnóstico de Agorafobia, é caracterizado pela presença de medo ou ansiedade marcados acerca de 2 ou mais situações, não preenchendo: (Critério A; A1; A2; A3 e A5, não preenchidos); preenche o critério para estar numa multidão (Critério A4), não preenchendo os restantes critérios²⁰. A paciente mencionou dificuldade em estar numa multidão, pois sente receio que o ex-namorado possa estar presente e evita a zona de restauração do centro comercial, dado ser um local que ambos frequentavam quando tinham uma relação. Após verificar os critérios de diagnóstico e a história clínica da paciente, considero que este diagnóstico prévio não se aplica tendo como base os fatores precipitantes na problemática de C.

Face às problemáticas expostas pela paciente, podemos sugerir que, atualmente, a paciente poderá apresentar uma **Perturbação da Ansiedade Generalizada** que pode desenvolver-se a partir de um conjunto de fatores de risco, incluindo fatores de ordem genética, química cerebral, personalidade e *life events*. A ansiedade e a preocupação estão associadas com 3 (ou mais) dos 6 sintomas apresentados (com pelo menos alguns sintomas presentes em mais de metade dos dias

¹⁹ Anexo H1 - Critérios de Diagnóstico para Perturbação de Ansiedade Social (Fobia Social)

²⁰ Anexo H2 - Critérios de Diagnóstico para Agorafobia

durante os 6 meses) (Critério C) (American Psychiatric Association [APA], 2014). Deste modo, reúne os critérios: agitação, nervosismo ou tensão interior (Critério C1), tensão muscular (Critério C5), perturbação do sono (Critério C6), a ansiedade, preocupação ou sintomas físicos causam mal-estar clinicamente significativo ou défices no funcionamento social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento (Critério D) e, não se verifica a existência de outra perturbação mental (Critério F)²¹. Percorrendo os critérios desta perturbação, verifica-se que C revela pressão quando está perante situações de maior stress (i.e., encontrar-se com o seu ex-namorado) na qual causam sensações de calor e sentimentos de perturbação com a mesma. Refere também sentir-se tensa quando aborda questões como as relações amorosas e os abortos, verificando mais tensão nas mãos. Sintomas como tonturas, flutuações ou sensação de balanço, bem como sensação de boca seca são atribuídas à medicação. Para além da análise dos critérios de diagnóstico, foi aplicado o BSI, (Inventário Breve de Sintomas [BSI], Canavarro, 1999), que consiste numa prova de rastreio que avalia sintomas psicopatológicos em termos de 9 dimensões de sintomatologia e 3 índices globais, sendo estas avaliações sumárias de perturbação emocional. Verificou-se quanto ao estado emocional, sintomatologia clinicamente significativa, com o ISP de 2.21 **valor superior à média** esperada para a população geral (ISP – 1.56). Apresentou resultados acima da média nos domínios: somatização; obsessões-compulsões; sensibilidade interpessoal; ansiedade, ansiedade fóbica; ideação paranoide e psicoticismo. O facto de exibir sintomatologia clinicamente significativa para quase todos os domínios, pode sugerir que a paciente efetivamente apresente dificuldades na sua regulação emocional o que faz que todos os sintomas estejam altamente intensificados no seu dia-a-dia.

Foi ainda colocada a hipótese de uma **Perturbação Relacionada com Trauma e Fatores de Stress com Outra Especificação**, categoria **Perturbações de Tipo Ajustamento com Duração Prolongada de mais de seis meses sem Duração Prolongada do Fator de Stress**, atendendo à permanência de certas consequências da situação base do problema, manifestando-se pela presença de sintomatologia depressiva e ansiosa e cognições disfuncionais (Critério A), que constituem um mal-estar acentuado desproporcional à gravidade ou intensidade do término de um relacionamento (Critério B1) e correspondem a défices significativos em áreas de funcionamento (principalmente social e ocupacional) (Critério B2). Além disso, não se verifica a existência de outra perturbação mental (Critério C), os sintomas não representam o luto normal (Critério D), mas

²¹ Anexo H3 - Critérios de Diagnóstico para Perturbação de Ansiedade Generalizada

persistem para além de um período de seis meses (Critério E não preenchido)²². Relacionando os critérios apresentados aos acontecimentos de vida de C, verifica-se que as relações amorosas, inclusive o casamento, assim como os dois abortos, são temáticas que ainda acompanham a doente e que necessitam de especial atenção para este diagnóstico. A presença de um aborto espontâneo e uma IVG associado a violência de carácter físico, sexual, maioritariamente, psicológico, parece justificar que o aborto espontâneo ainda seja vivenciado como um problema, e por sua vez, não se conseguir perdoar. Pode estar relacionado com fatores que não foram explorados tanto em consulta como na recolha de anamnese, como por exemplo, se a decisão da IVG efetivamente foi uma decisão da própria e o impacto psicológico das sequelas do abortamento no seu corpo.

Segundo a literatura, os fatores de risco e de proteção (em relação ao *stressor*, à vítima e ao meio) para desenvolver Perturbação de Stress Pós-Traumática (PSPT) são: 1) ser do sexo feminino (a paciente é uma mulher), 2) a extensão em que o evento traumático afetou a vida íntima e pessoal da vítima (sobretudo o aborto espontâneo continua a ser acontecimento reativo), 3) a duração do acontecimento (os padrões dos relacionamentos repetem-se de parceiro em parceiro), 4) vulnerabilidade para desenvolver perturbações de humor e de ansiedade, 5) múltiplas experiências traumáticas e 6) experiência traumática causada por conhecidos (parceiros) (Nugent et al., 2008).

Por fim, outros problemas que parecem ser plausíveis a ter no ponto de vista do foco da atenção clínica, assenta nos problemas de maus-tratos ou negligência, com história pessoal (passada) de violência física conjugal ou entre parceiros. Ainda, problemas ocupacionais, relacionados com o emprego (i.e., mau estar entre colegas e descontentamento com o horário) (APA, 2014).

Formulação do Caso

Estamos perante uma mulher adulta que atualmente apresenta um padrão disfuncional, nomeadamente nas relações interpessoais de carácter amoroso. Dado às experiências negativas neste campo, ao longo do tempo foi adaptando comportamentos mal adaptativos provocando excesso de ansiedade, hipervigilância, medo, evitamentos e baixa autoestima.

²² Anexo H4 - Critérios de Diagnóstico para Perturbação Relacionada com Trauma e Fatores de Stress com Outra Especificação

A história clínica da paciente e as problemáticas trazidas para a consulta permitiram identificar os fatores que influenciam o desenvolvimento da problemática e a hipótese de explicar o que está na origem de cada um.

As problemáticas trazidas pela C apontam como **fatores predisponentes** as relações amorosas. As experiências amorosas da paciente apresentavam caráter de violência emocional e psicológica e experiência de agressão física e sexual no casamento. É esperado que após o fim de uma relação, o indivíduo consiga ultrapassar, contudo, para alguns, os pensamentos acerca da relação anterior não permitem dar o passo seguinte (Saffrey & Ehrenberg, 2007). O que parece estar presente na última relação que a paciente iniciou. Existem vários fatores que afetam a ansiedade sentida pela C. Devido ao medo, à baixa autoestima, à falta de amor-próprio e mecanismos de defesa adotados devido às experiências vivenciadas, a relação foi de curto prazo. Sempre que se sente a reviver momentos do passado entra em pânico. Segundo a literatura, tanto os indivíduos preocupados como os amedrontados, narram sentirem-se mais tensos, mais deprimidos e confusos (Saffrey & Ehrenberg, 2007).

Para além do padrão de relacionamentos evidenciado na vida da paciente, existiram dois acontecimentos de vida marcantes que podem estar na origem dos **fatores precipitantes**: um aborto espontâneo e uma interrupção voluntária da gravidez (IVG), que levou a um desequilíbrio emocional e abandono de atividades prazerosas ao fim de 3 a 4 anos do sucedido. Segundo um estudo, as mulheres que experienciam a longo prazo uma IVG relatam a fuga de pensamentos e sentimentos de forma intensa. Contudo, existem outros fatores de riscos envolvidos, tal como a presença de uma história psiquiátrica progressiva, dificuldade no processo de decisão e uma atitude negativa face ao acontecimento. Verifica-se ainda que 1% desenvolve PSPT após 2 anos do aborto. As respostas psicológicas face a um aborto espontâneo passam por um luto, culpa, depressão e ansiedade. A falta de um processo de luto, tende a aumentar o risco de desenvolver um quadro depressivo, Perturbação Aguda de Stress e PSPT (Broen et al., 2004). A evitação cognitiva, tem tido relação com a perturbação de ansiedade generalizada (PAG), podendo ser vista como mediadora para o impacto de um evento negativo de vida, como o aborto e o início da PAG. Um historial de aborto, pode ser um marcador útil para a identificação de pacientes em risco de PAG (Cougale et al., 2005).

Relativamente aos **fatores de manutenção**, existe uma autorrepresentação bastante negativa da sua imagem, embora com alguma evolução quanto à perceção que faz de si (i.e., já começa a gostar mais da sua barriga e conseqüente disso a voltar a dançar). A razão para estas

distorções cognitivas estarem presentes, deve-se tipo de padrão de relacionamento, caracterizado por constantes depreciações pela parte dos companheiros (como por exemplo, imagem física e infidelidades). Com base na literatura existente, as consequências da presença de abuso emocional podem manifestar nas mulheres sentimentos de solidão, desespero, culpa, medo, diminuição da autoestima e da identidade (Matheson et al., 2015). Uma revisão sistemática realizada por Childress, (2013), constata que as narrativas da mulher acerca da violência são descritas como avassaladoras para a sua autoestima e identidade (Matheson et al., 2015).

Apesar da existência de fatores que contribuem para o agravamento da problemática, existem **fatores protetores** que poderão auxiliar de modo positivo a evolução do processo de mudança. Como fatores **protetores pessoais**, o suporte familiar parece ser uma rede de bastante apoio nos acontecimentos anteriormente vividos, assim como nas problemáticas que vão surgindo na vida da paciente. O insight que faz acerca dos acontecimentos e posterior resposta, parece ser um indicador positivo para o processo de mudança e de intervenção. O suporte social é o principal potenciador de fator de proteção quando relacionado com o abuso nas mulheres. É um mediador contra o variado tipo de stresse, reforço na autoestima, influenciando a percepção de eventos stressantes e o aumento do conhecimento de estratégias de confronto (Carlsom et al., 2002).

Enquadramento concetual e Processo de Intervenção Psicológica

C foi encaminhada para o Serviço de Psicologia para acompanhamento psicológico devido ao diagnóstico de Agorafobia e Fobia Social. A perturbação de ansiedade é caracterizada pela existência de medo excessivo e subsequente evitação, com resposta a um objeto ou situação específica e na ausência de verdadeiro perigo (Olatunji et al., 2010). Esta perturbação apresenta a maior taxa de prevalência geral, de 18.1% quando comparada a outras perturbações psiquiátricas (Olatunji et al., 2010; Lutz et al., 2016). A ansiedade quando não é tratada tem uma influência negativa a nível económico, por isso os comprometimentos funcionais que estão associados têm um impacto negativo na qualidade de vida (Olatunji et al., 2010).

Segundo a literatura, os pacientes com transtorno de pânico podem experimentar primeiro o pânico ou um alto nível de ansiedade devido à vulnerabilidade biológica, *stress* ou causas físicas. As sensações resultantes de excitação fisiológica (i.e., hiperventilação, sudorese, tontura ou palpitações cardíacas), podem originar más interpretações, consideradas como catastróficas e, por vezes, a hipervigilância. Em ocasiões posteriores, o indivíduo interpreta as sensações de excitação fisiológica como indicações de que consequências devastadoras inevitavelmente ocorrerão, como

resultado experimentam um ataque de pânico. Consequentemente, o paciente desenvolve a ansiedade de forma antecipada e evita outras situações que ele ou ela associa com o risco de ansiedade; isto estabelece agorafobia. Em alguns casos, os pacientes têm comportamentos de segurança como o pensamento mágico para lidar com situações agorafóbicas. Embora essas técnicas possam reduzir a ansiedade, no geral reforçam a agorafobia (Leahay, et al., 2012).

As intervenções cognitivas e comportamentais são amplamente as mais estudadas na abordagem dos vieses do processamento de informações e comportamentos de esquiva que são característicos na perturbação de ansiedade. A TCC, é uma intervenção colaborativa, estruturada, de desenvolvimento de competências, tempo limitado e com objetivos a serem cumpridos ao longo da intervenção (Olatunji et al., 2010).

A TCC é uma abordagem que suporta efeitos positivos significativos na sintomatologia secundária como a disfunção do sono e sensibilidade à ansiedade (Hofman et al., 2012). Segundo os estudos da meta-análise realizada por Hofman et al., (2012), verificou-se que as técnicas de dessensibilização sistemática, a exposição e a terapia cognitiva da TCC para a fobia específica, revelaram ser igualmente eficazes como o relaxamento aplicado no fator de manutenção a longo prazo. Na fobia social, a TCC prioriza a reestruturação cognitiva e a exposição *in vivo* em situações de medo. Os pacientes são instruídos a identificar e a estimular as suas crenças quanto às suas competências sociais, avaliações e consequências sociais negativas (Olatunji et al., 2010).

Foram realizadas consultas de intervenção psicológica com um período temporal heterogêneo, maioritariamente de 3 semanas à exceção da segunda sessão devido à disponibilidade da paciente. O processo de intervenção contou com 4 sessões ao longo de 3 meses. De salientar que o processo de intervenção aconteceu simultaneamente com intervenção psicofarmacológica prescrita pela/o psiquiatra.

A proposta de intervenção foi baseada no modelo cognitivo-comportamental. Durante as fases na terapia cognitivo-comportamental para a agorafobia/ pânico, é proposto: 1) Psicoeducação; 2) Automonitorização; 3) Retreinamento; 4) Relaxamento aplicado; 5) Reestruturação cognitiva 6) Exposição *in vivo* e 7) Exposição interoceptiva (Barlow, 2016). Mais especificamente em objetivos como: 1) Diminuir os níveis de sintomatologia ansiosa; 2) Consciencializar para as sensações do seu corpo; 3) Intervir ao nível das relações amorosas, através da promoção de estratégias de *coping* mais adaptativas; 4) Intervir na autoestima e identidade; 5) Intervir ao nível de melhorar os hábitos alimentares e iniciar a prática de exercício físico e 6) Melhorar formas de

comunicação (assertiva). Apesar do diagnóstico diferencial não estar assim tão claro, considerando as dificuldades inerentes à Pandemia e a continuação da intervenção psicológica, optei por usar técnicas de intervenção transversais aos quadros de ansiedade generalizada.

Na primeira sessão foram delineados como objetivos principais o estabelecimento da aliança terapêutica, relação empática e de escuta ativa com a paciente de modo a envolvê-la na terapia. De modo contínuo, foi realizada a recolha de anamnese. Estabeleceu-se ao longo do acompanhamento, uma relação com base na confiança e no sigilo profissional. Também foi administrado o Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI) (Canavarro, 1995)²³. Nesta sessão, a paciente demonstrou um discurso idealizado e quase preparado e as temáticas seriam sugeridas por ela. Referiu o motivo de precisar de apoio, contudo, não quis abordar o problema atual. Efetuou-se assim, a recolha da anamnese, na qual focou bastante o percurso académico da filha, expressando orgulho. Inicialmente, a paciente apresentou-se com uma postura defensiva e cautelosa sobre os conteúdos possíveis a serem abordados. Foram abordados acontecimentos de vida negativos e impactantes na vida de C, esta adotava uma postura mais fechada e usava as mãos como tentativa de descomprimir. Contudo, verificou-se uma alteração bastante significativa na sua postura, mais confiante e procurava abordar sobre os seus acontecimentos.

Na segunda sessão, foi iniciada a psicoeducação com C na qual foi explicada a origem e causas dos ataques de pânico e da ansiedade e as formas como estas são eternizadas quanto aos níveis cognitivos e resposta comportamental. Foram abordadas as respostas de ataque e fuga, e o valor adaptativo das mudanças fisiológicas que ocorrem durante o pânico e a ansiedade, de forma a corrigir mitos e conceitos distorcidos sobre os sintomas de pânico. Nesta consulta, foi realizada a exploração dos gatilhos que aumentam a ansiedade e o pânico, a rutura do último relacionamento (abordagem pela própria) e a introdução às técnicas de respiração. Foi ensinado o exercício da respiração diafragmática²⁴ para aplicar às situações do dia-a-dia e nas situações de pânico/ansiedade antecipatória. Na perturbação de pânico, a TCC envolve a educação acerca da natureza e fisiologia da resposta ao pânico, técnicas cognitivas para modificar situações catastróficas, interpretações erradas dos sintomas de pânico, as suas consequências, exposição gradual às sensações corporais relacionadas com o pânico, a exposição interoceptiva e situações de

²³ Anexo H5 - Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI) e resultados

²⁴ Anexo H6 - Folha informativa da respiração diafragmática

evitamento. Esta abordagem também inclui técnicas como a respiração diafragmática ou relaxamento muscular progressivo (Olatunji et al., 2010).

Na terceira sessão, foram abordadas as questões de autoestima, como a perda de peso. C demonstrou-se satisfeita não só com a perda de peso assim como as alterações corporais. A sensação de bem-estar com o corpo permitiu que C voltasse a conquistar um lugar na dança de ventre na qual *“Uma amiga minha não sabia o que fazer no seu estabelecimento na noite da mulher, à qual me ofereci dançar.”* (sic). Neste momento C mostrou-me algumas fotos dos trabalhos que fazia assim como a sua forma física *“Vê, a minha barriga e o meu corpo tinha outra forma. Hoje começo a gostar do que vejo novamente. Parece que tenho menos volume embora tenha perdido 2kg.”* (sic). C abordou questões respetivas ao seu sono, refere que ultimamente tem sonhado mais e quando questionada com o conteúdo, menciona *“(...) são sonhos com o meu ex-companheiro... mexem comigo.”* (sic). Recolhi a informação acerca da história familiar, mais especificamente os laços familiares. Durante a recolha, identifiquei a presença do caso amoroso fora do casamento do seu pai e a existência de um meio irmão. A paciente não abordou muito a questão justificando *“Não é um problema para mim neste momento e não vejo a necessidade de estar a falar do que não é um problema atualmente e que já aconteceu.”* (sic). A evitação que a paciente fez a este acontecimento, levou-me a refletir que efetivamente poderemos estar perante um acontecimento de vida que deixou marcas emocionais importantes e que poderão estar relacionadas com os padrões relacionais que estabelece com os homens com quem inicia relacionamentos importantes, dado que a figura paternal revelou ter tido comportamentos de infidelidade com a esposa, mãe de C. Considero ser importante ser explorado nas consultas seguintes com mais detalhe.

Por fim, foram exploradas as sensações corporais, a autoperceção de como o seu corpo se comporta em situações de maior exposição que despoletem a ansiedade. Para tal, foi utilizado um inventário padronizado, a “Escala de Sensações Corporais”²⁵, de forma a obter informações mais específicas sobre como determinadas sensações corporais são temidas e quais avaliações equivocadas podem ser obtidas (Barlow, 2016). Este método, também auxiliou como ferramenta pessoal, para fazer o “monitoramento” das zonas do corpo à qual quando confrontada com os níveis de ansiedade elevados, que parte(s) do seu corpo usa como redutores desses mesmos níveis. Nesta situação, C consciencializou-se e apercebeu-se no imediato que utiliza as mãos, quando está a falar

²⁵ Anexo H7 - Respostas “Escala de Sensações Corporais”

sobre um assunto que a deixa ansiosa (i.e., a necessidade de esfregar e apertar o interior das mãos, de forma a descomprimir o *stress* e ansiedade sentida no momento).

Na última sessão, C apresentou-se com uma postura particularmente diferente. A paciente veio maquilhada e com uma atitude de autodefesa. Foi notável o desenvolvimento de estratégias *coping* face ao modo como C reage a situações de autoestima e de ansiedade. C abordou que se encontrava com problemas relacionais com os colegas de trabalho, mas que se vinha a focar nos conteúdos abordados em consulta e decidiu adotar uma atitude diferente, refere “*Hoje maquillei-me como há muito tempo não o faço desta maneira, com eyeliner e rimel para enfrentar o problema. Resolvi “mascarar” toda a ansiedade que sinto e transmitir segurança e tranquilidade e que eles não me afetam.*” (sic). Considerei ser importante nesta sessão estabelecer reforço positivo aos seus ganhos pessoais. Ao longo das consultas, houve sempre um reforço positivo à autoestima de C, pois considero uma dimensão importante a ser trabalhada com ela.

Reflexão do Caso C

O seguinte caso apresentado, fez-me refletir muitas vezes a complexidade da psicologia e o impacto que os diagnósticos têm para o paciente e para nós psicólogos. As questões como a sensibilidade na clínica, o olhar para além de, e, sobretudo os diagnósticos, tiveram peso importante para todos os passos realizados na intervenção psicológica com a paciente.

No início do processo de intervenção, surgiram algumas dúvidas se realmente C se enquadrava num quadro de agorafobia e fobia social e como tal, seguir de novo algo com base nos modelos teóricos não era suficiente, para além que a paciente na primeira consulta revelou ter crítica aos seus problemas e o desejo de quais as questões que evidenciava serem importantes trabalhar ou verbalizar no momento. Fui-me apercebendo que teria um ponto a favor para trabalhar as questões de ansiedade, de fobia e agorafobia, pois iniciaria com a psicoeducação sem desrespeitar o *timing* da paciente relativamente a abordagem dos acontecimentos de vida negativos. Consigo avaliar a minha relação com a paciente com muita empatia face às problemáticas trazidas em consulta e o princípio da uma construção de aliança terapêutica forte que permitiu entrar nas esferas mais pessoais e começar, para mim, a construção de um “puzzle”. Com isto quero dizer, que esta construção evidentemente ajudou-me a criar uma linha de raciocínio mais clara e objetiva bem como explorar os fatores desencadeantes para a ansiedade que a paciente não conseguia controlar.

Mais uma vez e pelas mesmas razões, o acompanhamento psicológico foi interrompido e sem possível ajustamento à distância. Todavia, este caso levou a muitas reflexões e como poderia ser trabalhado posteriormente. Após verificar os ganhos relativamente à autoestima, as estratégias utilizadas pela paciente para o seu autocontrolo, ainda existem pontos a abordar e a continuar a explorar com a paciente, como 1) continuar com a recolha de anamnese, especificamente, a vida pessoal (infância e adolescência) e a relação com a filha; 2) abordar as principais queixas (o que não está bem; em que não se sente bem; que tipo de ajuda parece ser essencial para ela); 3) explorar a ansiedade: em que situações é despoletada; 4) o conteúdo das ameaças do ex-marido; 5) explorar o seu consentimento e a relação do ex-companheiro com a decisão da interrupção voluntária da gravidez; 6) para um melhor diagnóstico diferencial e evolução da paciente, avaliar a ansiedade através do Inventário de Estado-Traço de Ansiedade (STAI; Silva & Spielber, 2007), e por fim, na minha perspetiva; e 7) continuar a focar nos objetivos iniciados, nomeadamente: intervir ao nível das relações amorosas; intervir na autoestima e identidade; melhorar as formas de comunicação (assertiva) e recaídas.

Efetivamente este caso foi desafiante pela história pessoal da paciente e por conseguir ver que ao longo das sessões esta foi aplicando as estratégias que eu ia propondo e que teve impacto no processo de mudança que estava a pequenos passos, a ser realizado.

Reflexão Final

O presente relatório visa a narração de todas as experiências oferecidas pelo estágio curricular. Foi com certeza o melhor ano acadêmico, assim como um ano carregado de emoções fortes e de descobertas. Fatores externos, como a Pandemia, desarmonizou este percurso, mas ficou a grande aprendizagem que a vida é feita de constantes mudanças e que com essas mesmas é possível ultrapassar os obstáculos e retirar sempre algo positivo.

Este percurso refletiu pontos fortes como maior crescimento pessoal como a aprendizagem, a gratidão, a empatia, a humildade e realização pessoal, que sem dúvida foram para mim o maior passo para a construção da minha experiência profissional e desenvolvimento de competências enquanto futura psicóloga.

Ao longo das consultas, um dos aspetos que fui ganhando consciência que tinha dificuldade e que se não começasse a trabalhar desde já poderia tornar-se um entrave, foi a interpretação dos silêncios. Comecei a olhar para os silêncios presentes no discurso dos pacientes como pontos de reflexão não só para eles, mas como para mim e na forma como estes silêncios podem ser ricos em informação. Quanto à preparação das consultas de acompanhamento psicológico, fui sentindo alguma dificuldade e instabilidade, pois apercebi-me que o plano que estruturava e delineava com base no modelo teórico escolhido e estratégias, muitas vezes podia ser alterado face às problemáticas que os pacientes traziam para o momento da consulta. Contudo, fui entendendo que não havia mal em não cumprir esse plano, bem como em ser menos rígida. Ao contrário do que aprendi quanto à intervenção que devemos efetuar, em nenhum dos casos administrei um instrumento que determinasse o diagnóstico. Primeiramente, porque embora já tivesse realizado 4 sessões para cada, foi notória a necessidade que o doente tinha em expor as suas problemáticas e devolvê-las, por isso, entendi que no momento, a avaliação quantitativa não seria mais relevante do que a avaliação qualitativa da informação que ia obtendo. Segundo, definitivamente, o doente não deve ser visto como um indivíduo rotulado, em que olhamos e intervimos apenas pelo diagnóstico e pela avaliação que realizamos, mas essencialmente, pelas características únicas que cada doente apresenta, pela informação clara e precisa do que ele sente e considera como ser um problema para si. Mais do que obter um resultado que precise a presença ou não de um diagnóstico, devemos reconhecer os sintomas, a dor e o sofrimento psicológico de cada um. Neste sentido, considero que estes fatos foram pertinentes e evidenciados dos casos apresentados.

A componente da avaliação psicológica e a diversidade de avaliações realizadas foi enriquecedora quer a nível psicométrico quer a nível teórico. Permitiu o treino da aplicação dos instrumentos, das suas cotações e interpretações. Igualmente contribuiu para o conhecimento de outros instrumentos de avaliação.

Porém, ter realizado o estágio numa instituição de saúde permitiu-me reconhecer a infinidade do papel do psicólogo nos diferentes contextos. A Unidade possibilitou-me o contacto profissional e pessoal com pessoas com doença mental grave (esquizofrenia), desde conhecer muito mais acerca da doença, de desmitificar crenças estabelecidas com a perturbação e de que forma esta população pode ser reabilitada em diferentes áreas. Por isso, ter tido a oportunidade de trabalhar em contexto de grupo, foi tão ou mais importante do que trabalhar em contexto individual. Desde planear as sessões, estar em contacto com os pacientes, ser capaz de passar o objetivo de cada sessão de forma clara, criar uma diversidade de exercícios que fosse capaz de captar a atenção e de ensinar, foram desafios muito importantes para o desenvolvimento pessoal e de aluna estagiária. Mais uma vez as dificuldades em lidar com os momentos de silêncio foram sentidas, mas também trabalhadas durante o período de estágio.

Para além das questões mais diretas com os pacientes, as reuniões e o contacto com uma equipa multidisciplinar, permitiu observar como elaboram e procedem a intervenção no doente consoante os diferentes profissionais que integram as equipas. Como funciona o serviço de psicologia e a sua ligação com a psiquiatria e vice-versa.

Chegada a última etapa académica, olho para esta experiência com a certeza que foi positiva e com aquisição de um vasto conhecimento adquirido. Colocar a teoria em prática não são a mesma coisa, logo permitiu consciencializar que estas vertentes são muito diferentes. Tanto em modelos teóricos como nos diagnósticos que os pacientes apresentam, muitas vezes temos de olhar para além do “rótulo” que o paciente vem. Nitidamente, a intervenção deve ser sempre pelas características idiossincráticas do paciente e das suas morbilidades. Ao fim de seis meses de estágio fica a firmeza de que este é o percurso que realmente quero e a satisfação de ter contactado com pessoas que me ensinaram muito e que teve impacto nas diferentes esferas da minha vida. A aprendizagem de planear uma consulta, de planear sessões de grupo, criar relação com outros profissionais e contemplar a atuação de perto do papel do psicólogo, é mais que claro para mim, que esta área deve ser respeitada e enaltecida tal como merece.

Referências bibliográficas

- Almeida, J. S. P (2014). A Saúde Mental Global, a Depressão, a Ansiedade e os Comportamentos de Risco nos Estudantes do Ensino Superior: Estudo de Prevalência e Correlação. (Tese de Doutoramento). Universidade Nova de Lisboa, Lisboa. Disponível em <https://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/2939/1/tese.pdf>
- American Psychiatric Association. (2014). Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (5ª Ed.). Climepsi Editores.
- Barlow, D. H., (2016). Manual Clínico dos Transtornos Psicológicos: Tratamento Passo a Passo (5ª Ed.). N.d.: Artmed.
- Broen, A. N., Moum, T., Bødtker, A. S., & Ekeberg, Ö. (2004). Psychological impact on women of miscarriage versus induced abortion: a 2-year follow-up study. *Psychosomatic Medicine*, 66(2), 265-271. doi: <https://doi.org/10.1097/01.psy.0000118028.32507.9d>
- Carlson, B. E., McNutt, L. A., Choi, D. Y., & Rose, I. M. (2002). Intimate partner abuse and mental health: The role of social support and other protective factors. *Violence against women*, 8(6), 720-745. <https://doi.org/10.1177/10778010222183251>
- Castro Elisa Kern de, & Bornholdt, Ellen. (2004). Psicologia da saúde x psicologia hospitalar: definições e possibilidades de inserção profissional. *Psicologia: ciência e profissão*, 24(3), 48-57. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pcp/v24n3/v24n3a07.pdf>
- Colaço, M. R. (2010). *Comunidades Reconstruídas: Sentido de Comunidade e Apoio Social Percebido no Pós-Realojamento*. (Tese de mestrado). Universidade de Lisboa, Lisboa. Disponível em <http://hdl.handle.net/10451/2500>
- Cogle, J. R., Reardon, D. C., & Coleman, P. K. (2005). Generalized anxiety following unintended pregnancies resolved through childbirth and abortion: a cohort study of

- the 1995 National Survey of Family Growth. *Journal of anxiety disorders*, 19(1), 137–142. doi: <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2003.12.003>
- Costa, A. M. (2012). *Auto-conceito e Auto-eficácia em crianças/jovens Institucionalizadas*. (Tese de Mestrado). Universidade Fernando Pessoa, Porto. Disponível em <https://core.ac.uk/download/pdf/61013266.pdf>
- de Almeida, F. A. (2019). *Compreendo as Contribuições do Psicólogo nesse Contexto*. Disponível em <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1318.pdf>
- Garcês, A. I. A. (2018). *Programa de competências sociais e o seu impacto em adultos com incapacidade intelectual* (Tese de Mestrado). Universidade da Madeira, Portugal. Disponível em <https://digituma.uma.pt/bitstream/10400.13/2102/1/MestradoISABEL%20GARC%C3%8AS.pdf>
- Gonçalves., O. F., (1990). *Terapia Comportamental - Modelos Teóricos e Manuais Terapêuticos* (pp. 12-22). *Jornal da Psicologia*.
- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses. *Cognitive therapy and research*, 36(5), 427–440. doi: <https://doi.org/10.1007/s10608-012-9476-1>
- Jamshidi, M., Kalati, M., & Hosseini, F. (2015). Snoezelen Room and Childbirth Outcome: A Randomized Clinical Trial. *Iranian Red Crescent medical journal*, 17(5) doi: [https://doi.org/10.5812/ircmj.17\(5\)2015.18373](https://doi.org/10.5812/ircmj.17(5)2015.18373)
- Leahay., L. R., Holland., S. J. F., & McGinn., L. k., (2012). *Treatment Plans and Interventions ffor Depression and Anxiety Disorders*. (2^a ed.). Series Editor.
- Li, J. & Zhang, Yi & Su, Wenjun & Liu, Linlin & Gong, Hong & Peng, Wei & Jiang, C-L. (2018). Cognitive behavioral therapy for treatment-resistant depression: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*. 268. doi: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.07.020>

- Lutz, W., Schiefele, A. K., Wucherpennig, F., Rubel, J., & Stulz, N. (2016). Clinical effectiveness of cognitive behavioral therapy for depression in routine care: A propensity score-based comparison between randomized controlled trials and clinical practice. *Journal of affective disorders, 189*, 150-158. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.08.072>
- Marques, A. (2000). O treino de competências sociais em doentes psicóticos. *Psicologia, 14* (1), 65-71. Disponível em http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-20492000000100006
- Matheson, F. I., Daoud, N., Hamilton-Wright, S., Borenstein, H., Pedersen, C., & O'Campo, P. (2015). Where did she go? The transformation of self-esteem, self-identity, and mental well-being among women who have experienced intimate partner violence. *Women's health issues, 25*(5), 561-569. doi: <https://doi.org/10.1016/j.whi.2015.04.006>
- Melo-Dias, C. (2014). *Habilidades de conversação em adultos com esquizofrenia*. (Tese de Doutoramento). Universidade Católica do Porto, Porto. Disponível em <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/19361>
- Momeni, M., Jamshidimanesh, M., Ranjbar, H. (2020). Effectiveness of a Snoezelen Room on Fear, Anxiety, and Satisfaction of Nulliparous Women: A Randomized Controlled Trial. *Iran J Psychiatry Behav Sci. Online ahead of Print; 14*(2): e89168. doi: <https://doi.org/10.5812/ijpbs.89168>.
- Nugent, N. R., Amstadter, A. B., & Koenen, K. C. (2008, May). Genetics of post-traumatic stress disorder: Informing clinical conceptualizations and promoting future research. In *American Journal of Medical Genetics Part C: Seminars in Medical Genetics* (Vol. 148, No. 2, pp. 127-132). Hoboken: Wiley Subscription Services, Inc., A Wiley Company. doi: <https://doi.org/10.1002 / ajmg.c.30169>
- Olatunji, B. O., Cisler, J. M., & Deacon, B. J. (2010). Efficacy of cognitive behavioral therapy for anxiety disorders: a review of meta-analytic findings. *The Psychiatric clinics of North America, 33*(3), 557–577. doi: <https://doi.org/10.1016 / j.psc.2010.04.002>

- Oliveira, M. R. D. M. (2011). *Depressão e o género: semelhanças e diferenças*. (Tese de Mestrado). Faculdade de Medicina Universidade do Porto, Porto. Disponível em <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/53580/2/Depresso%20e%20Gnero%20%20Semelhanas%20e%20Diferenas.pdf>
- Ornelas, J. H. (2007). Psicologia Comunitária: Contributos para o desenvolvimento de serviços de base comunitária para pessoas com doença mental. *Análise psicológica*, 25(1),5-11. Disponível em http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82312007000100002
- Peterson, A. L., & Halstead, T. S. (1998). Group cognitive behavior therapy for depression in a community setting: A clinical replication series. *Behavior Therapy*, 29(1), 3-18. doi: [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(98\)80015-4](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(98)80015-4)
- Saffrey, C., & Ehrenberg, M. (2007). When thinking hurts: Attachment, rumination, and postrelationship adjustment. *Personal Relationships*, 14(3), 351-368. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1475-6811.2007.00160.x>
- Santos, W. S. D., Ulisses, S. M., Costa, T. M. D., Farias, M. G., & Moura, D. P. F. D. (2016). A influência de fatores de risco e proteção frente à ideação suicida. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 17(3), 515-526. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v17n3/v17n3a16.pdf>
- Silva, Vanessa & Seabra, Paulo. (2017). Efetividade das técnicas de Estimulação Cognitiva na pessoa com doença mental em fase aguda.
- Sousa, Lia & Sequeira, Carlos. (2012). Conceção de um Programa de Intervenção na Memória para Idosos com Défice Cognitivo Ligeiro. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. 7-15. Disponível em http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602012000200002
- Tavares, A. R. M. D. S. C. (2015). *Assertividade e Inteligência Emocional de mãos dadas na Promoção do Emprego*. (Tese de Dissertação). Universidade dos Açores, Ponta Delgada. Disponível em

<https://repositorio.uac.pt/bitstream/10400.3/3371/2/DissertMestradoAnaRitaMedeirosSou saCabralTavares2015.pdf>

Teixeira, C., Santos, E., Abreu, M. V., & Gonçalves, P. (2009). Reabilitação Psicossocial de Pessoas com Esquizofrenia: Estudo de Caso. *Psychologica*, (50), p. 97-139. Disponível em <https://impactum-journals.uc.pt/psychologica/article/view/972>

Teixeira, J. A. C. (2002). Psicologia da saúde em Portugal: panorâmica breve. *Análise Psicológica*, 20(1), 165-170. Disponível em http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82312004000300002

Vaz-Serra, A., Palha, A., Figueira, M. L., Bessa-Peixoto, A., Brissos, S., Casquinha, P., & Marques-Teixeira, J. (2010). Cognição, cognição social e funcionalidade na esquizofrenia. *Acta Médica Portuguesa*, 23(6), 1043-1058. Disponível em <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/65189>

Vieira, J. (2013). Reabilitação cognitiva na esquizofrenia. *Psilogos: Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca*, 11, 22-42. Disponível em <http://hdl.handle.net/10400.10/1249>

World Health Organization. (2020) Depression. Retirado em Agosto, 2020, de <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Legislação:

Decreto-Lei 22917/1943, de 31 de julho

Anexos

ANEXO A

Proposta para seguimento dos casos à distância

Anexo A – Proposta para seguimento dos casos à distância

Proposta de Intervenção

Eu, Rosana Nunes Vieira, aluna do Instituto Universitário de Ciências da Saúde, no âmbito do estágio curricular realizado no Centro Hospitalar, venho por este meio, propor uma intervenção alternativa às consultas de acompanhamento, que até à data de 5 de março de 2020, eram presenciais, no Serviço de Psiquiatria, deste Centro Hospitalar.

Durante o período de suspensão de estágio, devido ao COVID-19, o acompanhamento psicológico torna-se fulcral. Desse modo, proponho seguir as seguintes doentes:

1. **NOME**, número de processo ~~XXX~~, na qual não só beneficiaria de acompanhamento psicológico na intervenção da ansiedade, assim como foi solicitado pela própria, a necessidade do seu seguimento. Assim, os recursos passam pelo uso do telemóvel e e-mail (para a partilha de ferramentas de intervenção);

2. **NOME**, número de processo ~~XXX~~, na qual beneficiaria de acompanhamento psicológico, devido às dificuldades que apresenta na relação com a filha, com a qual reside. Consequentemente do isolamento social, ocorrem períodos de vulnerabilidade para a doente. Dada à confidencialidade do acompanhamento psicológico da própria, sugiro, apenas o uso de e-mail, para dar respostas ao desenvolvimento de ferramentas digitais de intervenção.

Para além dos recursos acima mencionados, acrescento a necessidade de um Consentimento Informado, a cada doente.

Por isso, seguindo o código deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses, a intervenção psicológica “(...) é orientada pelos princípios profissionais e baseada na evidência científica e no cumprimento do Código Deontológico (...).”; “(...) a/o Psicóloga/o deve orientar a sua prática profissional pelos princípios éticos e respeitar as mesmas normas deontológicas e legais a que está vincula/o numa intervenção face-a-face.”

Gandra, 6 de março de 2020

A aluna estagiária,

Rosana Vieira (23492)



ANEXO B

Plano de Estágio Curricular

Anexo B – Plano de Estágio Curricular

	Atividades
Setembro de 2019	<p>Apresentação do local de estágio e respetivas áreas;</p> <p>Integração com os doentes da Unidade;</p> <p>Observação das diferentes atividades da Unidade;</p> <p>Planificação do programa - Grupo de Treino de Competências Sociais.</p>
Outubro de 2019	<p>Início da observação de consultas externas realizadas pela orientadora de estágio;</p> <p>Participação das reuniões do serviço de Psiquiatria Comunitária e Científicas da CPSM;</p> <p>Planificação do programa - Grupo de Treino de Competências Sociais.</p> <p>Início do Grupo de Treino de Competências Sociais;</p> <p>Início da avaliação aos doentes da Unidade;</p> <p>Correção dos testes da avaliação inicial e psicológica dos doentes da Unidade;</p> <p>Início das consultas da avaliação psicológica;</p> <p>Correção da Avaliação Psicológica;</p> <p>Início da realização das primeiras consultas de forma autónoma;</p> <p>Participação da sessão de grupo - Equitação terapêutica.</p> <p>Reuniões de supervisão de estágio.</p>
Novembro de 2019	<p>Observação de consultas externas realizadas pela orientadora de estágio;</p> <p>Início da realização das consultas da avaliação psicológica;</p> <p>Correção da Avaliação Psicológica;</p> <p>Realização das primeiras consultas de forma autónoma;</p> <p>Acompanhamento Psicológico;</p> <p>Participação das reuniões do serviço de Psiquiatria Comunitária e Científicas da CPSM;</p> <p>Magusto com os doentes da URT do adulto;</p>

	<p>Planificação do Programa - Grupo de Treino de Competências Sociais.</p> <p>Grupo de Treino de Competências Sociais;</p> <p>Avaliação aos doentes da Unidade;</p> <p>Início das atividades com o Grupo Ler com Escrita Criativa e Estimulação Cognitiva.</p> <p>Reuniões de supervisão de estágio.</p>
Dezembro de 2019	<p>Observação de consultas externas realizadas pela orientadora de estágio;</p> <p>Realização das consultas da avaliação psicológica;</p> <p>Correção da Avaliação Psicológica;</p> <p>Realização das primeiras consultas;</p> <p>Acompanhamento Psicológico;</p> <p>Participação das reuniões do serviço de Psiquiatria Comunitária e Científicas da CPSM;</p> <p>Festa de Natal do Hospital de Dia (CH);</p> <p>Almoço de Natal com os doentes da Unidade;</p> <p>Planificação do programa - Grupo de Treino de Competências Sociais.</p> <p>Grupo de Treino de Competências Sociais;</p> <p>Avaliação aos doentes da Unidade;</p> <p>Atividades com o Grupo Ler com Escrita Criativa e Estimulação Cognitiva.</p> <p>Reuniões de supervisão de estágio.</p>
Janeiro de 2020	<p>Observação de consultas externas realizadas pela orientadora de estágio;</p> <p>Realização das consultas da avaliação psicológica;</p> <p>Correção da Avaliação Psicológica;</p> <p>Acompanhamento Psicológico;</p> <p>Participação das reuniões do serviço de Psiquiatria Comunitária e Científicas da CPSM;</p>

	<p>Planificação do programa - Grupo de Treino de Competências Sociais.</p> <p>Grupo de Treino de Competências Sociais;</p> <p>Avaliação aos doentes da Unidade;</p> <p>Atividades com o Grupo Ler com Escrita Criativa e Estimulação Cognitiva.</p> <p>Reuniões de supervisão de estágio.</p>
<p>Fevereiro de 2020</p>	<p>Observação de consultas externas realizadas pela orientadora de estágio;</p> <p>Realização das consultas da avaliação psicológica;</p> <p>Correção da Avaliação Psicológica;</p> <p>Acompanhamento Psicológico;</p> <p>Participação das reuniões do serviço de Psiquiatria Comunitária e Científicas da CPSM;</p> <p>Planificação do programa - Grupo de Treino de Competências Sociais.</p> <p>Grupo de Treino de Competências Sociais;</p> <p>Avaliação aos doentes da Unidade;</p> <p>Atividades com o Grupo Ler com Escrita Criativa e Estimulação Cognitiva.</p> <p>Reuniões de supervisão de estágio.</p>
<p>Março de 2020</p>	<p>Observação de consultas externas realizadas pela orientadora de estágio;</p> <p>Acompanhamento Psicológico;</p> <p>Planificação do programa - Grupo de Treino de Competências Sociais.</p> <p>Grupo de Treino de Competências Sociais;</p> <p>Atividades com o Grupo Ler com Escrita Criativa e Estimulação Cognitiva;</p> <p>Interrupção do estágio (5 de março de 2020).</p>

Anexo B1 - Plano Semanal das Atividades em Estágio

Terça-Feira (9h às 13h)	Quarta-Feira (9h/9h30 às 17h/18h)	Quinta-Feira (9h às 20h)
Manhã	Manhã	Manhã e Tarde
Unidade	Reuniões semanais da UPC	Consultas externas
Treino de Competências Sociais	Reuniões científicas da CPSM. Outras atividades (Unidade)	(Observação de Consultas; Avaliação Psicológica;
	Tarde - (Unidade)	Acompanhamento Psicológico)
	Grupo “Ler com...” /Escrita Criativa	
	Estimulação Cognitiva	

ANEXO C

Unidade

Anexo C1 - Folheto de Divulgação da Unidade

Reabilitação Psicossocial

Processo pelo qual a pessoa é ajudada a adaptar-se às limitações da sua incapacidade, a recuperar capacidades perdidas e a desenvolver novas competências, por forma a ultrapassar a situação de desvantagem psicológica e social que lhe adveio da sua perturbação psiquiátrica, tendo em vista melhorar a sua autonomia e a sua qualidade de vida.

Conselho Nacional de Saúde Mental, 2002



**Empowerment
Recovery
Autonomia
Responsabilização Individual
Participação Social e
Comunitária**

**Segunda a Sexta
9h – 17h**

Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental

Serviço de Psiquiatria

Unidade de Psiquiatria Comunitária

Equipa Técnica:

- Psicóloga Clínica
Coordenadora
- Psicóloga
- Psicóloga
- Terapeuta Ocupacional
- Assistente Social

Saúde Mental assenta no bem-estar sico, psicológico e social

- Grupos Psicoeducativos
- Treino de AVD
- Treino de competências vocacionais
- Treino de competências sociais
- Sessões de Movimento
- Dinâmicas de grupo
- Informática
- Estimulação cognitiva
- Reabilitação cognitiva
- Relaxamento
- Grupo famílias
- Newsletter
- Acompanhamento Individual

Critérios de admissão

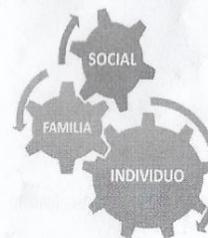
- Ter entre 18 e 60 anos de idade
- Ter diagnóstico de doença mental grave
- Ser seguido em consulta externa de Psiquiatria no Serviço de Psiquiatria do ou em outros serviços de Psiquiatria
- Estar estabilizado psicopatologicamente
- Apresentar grau moderado ou reduzido de incapacidade psicossocial por doença mental grave
- Ter a funcionalidade básica conservada ou adquirida em processo de reabilitação anterior
- Perturbação da funcionalidade nas áreas relacional, ocupacional e ou profissional
- Aceitar o programa de reabilitação e o Plano Individual de Intervenção

Critérios de exclusão

- Apresentar deficiência mental ou défice cognitivo moderado a grave
- Apresentar consumos atuais de álcool e/ou outras substâncias psicoativas ilícitas
- Apresentar comportamentos que ponham em causa a convivência com os outros utentes ou impossibilitem o trabalho em grupo

Objectivos

- Promover o desenvolvimento de ações que visem a reabilitação psicossocial-profissional e comunitária de pessoas portadoras de doença mental crónica
- Promover o desenvolvimento de ações que visem o apoio às famílias fragilizadas pela doença mental;
- Promover o desenvolvimento de ações que valorizem a desinstitucionalização de pessoas portadoras de doença mental.



Anexo C2– Atividades da Unidade

Programas Estruturados	<p>Grupo psicoeducativo acerca da temática da doença;</p> <p>Programa Readiness (exploração da motivação para a reabilitação);</p> <p>Cognição Social (Promoção dos relacionamentos sociais);</p> <p>Treino de competências sociais (Desenvolver capacidades de inserção social);</p> <p>Treino de funcionalidade;</p> <p>Estimulação cognitiva (Recuperar e manutenção de funções cognitivas)</p> <p>CRT- treino de remediação cognitiva</p> <p>Treino de competências vocacionais;</p> <p>Grupo terapêutico baseado na terapia de aceitação e compromisso (ACT);</p> <p>Intervenção para a promoção da autoestima.</p>
Atividades de desenvolvimento cultural	<p>Atualidade comentada (debates e reflexões sobre notícias atuais);</p> <p>Dinâmicas de grupo;</p> <p>Cinema (1 vez por mês);</p> <p>Grupo Ler com... (Promover a leitura e a escrita).</p>
Atividades Bem-estar físico	<p>Técnicas de relaxamento;</p> <p>Movimento;</p> <p>Exercício físico;</p> <p>Terapia em meio aquático;</p> <p>Equitação terapêutica;</p> <p>Aulas de Yoga;</p> <p>Caminhadas.</p>

<p>Atividade Criativas</p>	<p>Projeto com a Fundação de Serralves; Escrita criativa; ReCri`arte; Conhecer a música;</p>
<p>Sessões Formativas</p>	<p>Cozinha d'amigos; Workshop de dança (promovido pela psicóloga estagiária); Workshop de Ioga; Estilos de vida saudáveis/Prevenção de doenças crónicas; Higiene do sono;</p>
<p>Projetos na Comunidade</p>	<p>Projeto lembrar para não esquecer (objetivo de aproximar com a comunidade, realizado no centro de convívio e as sessões são dinamizadas pelos utentes de forma a melhorar as competências sociais e comunicacionais); Projeto Intergeracional com a Universidade Rotary; Projeto inserção na vida ativa (o objetivo é promover as capacidades profissionais dos utentes e experiências de voluntariado).</p>

Anexo C3 – Treino de Competências Sociais em doentes com Doença Mental Grave

Enquadramento

A reabilitação psicossocial, segundo a OMS, é considerada como um processo capaz de possibilitar indivíduos com diversas limitações devido à perturbação mental, atingirem de forma positiva o funcionamento independente na comunidade onde estão inseridos. A principal meta para a concretização deste processo passa pela emancipação do doente, redução do estigma face à doença e a sua conseqüente discriminação. Pela necessidade do cumprimento dos direitos à residência, reabilitação comunicacional, vocacional e profissional e a existência de apoio social (Teixeira, C. et al 2009).

Sendo a comunicação um processo complexo que transcende a expressão verbal e o facto de possibilitar a ocorrência da ausência de um emissor, pode ser considerada uma forma de não se fazer comunicar e originar a falha da mensagem e do seu significado. O nosso sistema individual, está composto pelo conhecimento de vários aspetos pessoais e interpessoais quando abordamos a aptidão social. Na qual a nossa consciência, ou seja, a nossa identidade social e pessoal, leva-nos a pensar nos papéis que representamos, nos grupos a que pertencemos e nas características que gostamos ou desgostamos nos outros. Remete-nos para os acontecimentos internos (das sensações corporais, de alterações de humor, de pensamentos, de valores, atitudes, crenças e emoções), assim como, para o conhecimento acerca de acontecimentos externos (do que dizemos, como nos comportamos, onde vamos) e, ainda, para a capacidade em alcançar, ou seja, na qual temos alguma intervenção ou controlo sobre as coisas que nos vão acontecendo. Porém, a consciência social, centra-se nos aspetos da cognição social relacionados com a forma como o outro é percebido e pela tomada de perspectiva social (Garcês, 2018).

O doente psicótico, apresenta dificuldades em tolerar e regular as competências interpessoais, revelando incapacidade de entoar os afetos associados à intimidade. Tendo em conta que a comunicação é um processo de difícil execução, estes doentes evitam-na. Contrariamente a outros doentes, não usam como mecanismo de defesa o evitamento, mas sim, procuram desqualificar através de neologismos, de discurso formal, de comportamentos e posturas estranhas conduzindo o doente para uma postura “autista”, tornando-o com características introvertidas, perda de contacto com a realidade, oposição com o mundo à sua volta, incapacidade e insatisfação nas necessidades relacionais. A competência social é a aquisição de vários comportamentos inter-

relacionais com a direção de cumprir um objetivo pela parte de alguém. São várias as características que visam para uma competência social: capacidade de compreensão e percepção social das relações interpessoais; capacidade de tradução das percepções, ou seja, um processo cognitivo; feedback, utilizando a comunicação verbal e não verbal (Marques, A., 2000).

Protocolo da Intervenção em grupo

A proposta de intervenção será realizada com 8 doentes, composta por 30 sessões, sensivelmente durante 8 meses, sendo 1 vez por semana, com sessões de 60 minutos de duração.

Para a realização destas sessões será necessário um espaço tranquilo (sala da Unidade), cadeiras, mesas, quadro e material de projeção, assim como, fichas de trabalho para o paciente alargar a sessão para casa ou para trabalhar durante as sessões. O local para a intervenção das sessões será realizado em contexto hospitalar. Contou com os seguintes objetivos gerais: 1) Avaliação inicial e final da intervenção; 2) Competências sociais; 3) Treino de observação e Interação Social; 4) Sinais vocais das emoções; 5) Emoções; 6) Assertividade; 7) Elogio; 8) Resolução de problemas. Os objetivos mais específicos, foram mencionados na tabela de sessões do Anexo C3.

Instrumentos de Avaliação

Para avaliação inicial e posterior avaliação final, utilizei os seguintes questionários: o Questionário de Situações Sociais (QSS) (versão portuguesa, adaptada por Lind, 1997). Revela uma boa confiabilidade e validade para a avaliação da dificuldade social, nomeadamente no grau e amplitude da dificuldade nas situações sociais relatada, e na avaliação da frequência com que as pessoas se deparam com 21 situações sociais comuns (Dias, 2015).

A Escala de Assertividade de Rathus (versão portuguesa Carochinho, 2002), constituída por 30 itens, na qual pretende avaliar comportamentos ou sentimentos de situações sociais do dia a dia. O Coeficiente de consistência interna total da Escala de Assertividade de Rathus é de .73 o que indica uma boa consistência interna dos itens (Tavares, 2015).

Foi usada a Escala de Provisões Sociais (versão adaptada por Moreira e Canaipa, 2007) – As provisões sociais são: (1) o Aconselhamento – o apoio recebido da pessoa de confiança que fornece orientação, ajuda na ponderação da situação e apoio emocional, (2) a Aliança Fiável –

sensação de uma relação forte e segura que permite contar com a ajuda disponível, independentemente das circunstâncias, (3) a Vinculação – sentimento de partilha e segurança emocional; (4) a Integração Social – a oportunidade para partilhar interesses e atividades sociais; (5) a Reafirmação de Valor – permite a obtenção dos outros a valorização das nossas qualidades, aquisições e competências; (6) a Oportunidade de Prestações de Cuidados – necessidade de fornecer apoio e cuidados a outros. As boas qualidades psicométricas da escala (coeficiente da escala total de .91), assim como o facto de ser uma escala de fácil preenchimento e com uma linguagem simples e acessível, pareceu ser uma boa escolha psicométrica diante a população clínica (Colaço, 2010).

E por último, a Escala de Autoeficácia Geral (versão Pais-Ribeiro, 2001), composta por 11 itens que permite uma apreciação global relativamente ao sentimento geral que o indivíduo tem acerca de si próprio (Costa, 2012).

Reflexão Pessoal

Ao longo das sessões e com reflexões feitas com a minha orientadora, fui-me apercebendo que demonstrava dificuldades em lidar com o silêncio que existia após as questões colocadas. Ao longo dos conteúdos dados, existiam momentos que era pedido aos doentes que refletissem sobre a temática. Dada a patologia dos doentes do grupo, a lentidão do pensamento é uma das características da doença o que determina a assimilação do conteúdo, do processamento e a sua interpretação. Assim, muitas vezes fui-me apercebendo que antecipava o raciocínio que os doentes precisavam de fazer.

Existiram algumas sessões na qual alguns doentes não compareciam, nessas situações, tornava-se difícil cumprir com o objetivo proposto e dinamizar o grupo de modo organizado, uma vez que existia dificuldades no foco e nas suas intervenções. Contrariamente, nas situações em que era necessário incluir o grupo de cognição com os doentes de competências sociais, senti muita exigência, tanto ao nível de manter o grupo focado bem como retomar a temática e explicar ao grupo de cognição os conteúdos que estavam a ser explorados. Pensado como estratégia em conjunto com a orientadora, foi trazer temas que os mantivessem com a atenção e interesse na maior parte da sessão assim como pedir ao grupo de competências sociais que explicasse aos colegas o conteúdo já aprendido, de forma a recordar o que tinham aprendido.

Em suma, todas as dificuldades sentidas ao longo das sessões do programa permitiram estabelecer estratégias pessoais, maior aquisição dos conhecimentos sobre a doença mental grave bem como adquirir uma bagagem forte quanto à intervenção em grupo. O papel que desempenhei com estes doentes, considero ter sido fundamental, como uma fonte de aprendizagem e de rede de suporte.

Anexo C4 – Exercício realizado com o Grupo de “Ler com...”

A vida e a obra de António Alçada Baptista estão profundamente ligadas aos valores da liberdade e à cultura dos afectos. A vida foi uma das suas grandes obras e, através da obra escrita, exprimiu, de forma única, a vida. Por isso, a sua mensagem está tão presente e a sua obra será sempre actual. Singular, mas não solitário, a vida não lhe passou ao lado. A memória do saudoso convívio e o testemunho que deixou na diversas obras publicadas avivam a lembrança. Neste sentido, *Pesca à Linha* é um livro sempre a reler, onde evoca os marcos da sua história pessoal e do seu tempo, a sua “teia de afectos”, as “cumplicidades”, os “queridos amigos”. Embrenhou-se, desde jovem, no convívio das tertúlias de Lisboa, onde encontrou “uma cultura subjacente e um diálogo social”. Tal como refere, as pessoas e as relações humanas estão no centro de tudo e “quando a gente anda metido com vida como eu andei, acaba por ter nos braços uma multidão de coisas, de acontecimentos e emoções...”.

Dos humanistas e intelectuais que moldaram a sua formação e o convívio, valoriza sempre mais a dimensão humana do que as ideias em abstracto, como no caso de Vitorino Nemésio que “sabia muitas coisas, mas, para mim, daquilo que tenho mais saudades é da sua presença afectuosa que fazia de todo o seu convívio, diria de toda a sua vida, um espaço e um tempo qualificado”. Do mesmo modo, Jorge Amado, além de grande escritor, destaca-se, sobretudo, como “um dos poucos homens que se enternecem com a condição humana”. Sobre o poeta Alexandre O’Neill, um dos amigos referenciais, que “escreveu todos os poemas que gostaria de ter escrito”, revela: “tínhamos muitas afinidades e a principal era a de não nos levarmos a sério”.

A vida e o que dela emana foi sempre decisivo, mesmo na relação que tinha com os lugares. As afinidades com a cultura francesa, que o levaram à descoberta do mundo além fronteiras, deixaram-lhe causas e valores, mas também amigos. Das suas sucessivas visitas à grande capital cultural da Europa do seu tempo, refere: “Paris foi uma cidade decisiva na minha vida. Não sou dado a monumentos nem museus: era a paisagem humana que me interessava e que provocou em mim uma viragem total. Acho que em Paris me encontrei comigo e tive a sorte de me ter dado com alguns nomes da *intelligenzia* do meu tempo, de quem fui amigo e tenho a impressão de que foram decisivos na minha formação ... ali fiz a via sacra dos intelectuais que, inesperadamente, me recebiam e que me davam uma importância que ainda hoje me admira.”

As grandes causas que defendeu e praticou, da cultura à intervenção política e cívica, envolveram também as relações humanas, a amizade. A “aventura da Morais” e o militantismo cultural no Centro Nacional de Cultura são disso exemplo. Ao longo da vida, António Alçada Baptista foi encontrando afinidades, tecendo a sua teia de cumplicidades e formando a sua tribo. Fez pontes com territórios humanos muito diversos e ligou margens aparentemente impossíveis. A liberdade foi sempre um valor inegociável e as pessoas uma condição da própria existência e realização pessoal e social. Dentro deste quadro de referências, concretizou um projecto de vida e um processo de criação cultural.

Anexo C5 – Exercícios realizados com o Grupo de Escrita Criativa

2/10/2019

- Atividade - Escrita Criativa

Atividade 1 - Palavras :- Aquando
- Pessoas
- Depois
- Em cima
- Cadeira
- Tempo

Atividade 2 - Palavras :- Objeto :
- Bola;
- Camisola;
- Sentimento :
- Amor ;
- Abraço ;
- Lugar :
- Caraíbas ;
- Estádio

1.
Ao longo do tempo, as flores que estão em cima do telhado vão ficando cada vez maiores e mais difíceis de cortar. Depois das pessoas, que costumam ir lá cortar tudo fica mais harmonioso em volta do casa.
O Juiz, costuma sentar-se muitas vezes na cadeira junto do telhado aquando o sol se põe.

2. No fim de semana, fui ao estádio ver um jogo de futebol e, para meu espanto, a equipa que jogava em casa, para festejar a vitória, ofereceu a bola do jogo a um aberto. Foi um momento fabuloso, mas na verdade, o jogador não se ofereceu a bola, mas como a camisola - deu um abraço, pois este era seu lã. Foi um gesto de amor.
Na agitação dos festejos, até me esqueci que no dia seguinte ia para as Caraíbas.

Um objeto de outra dimensão

Lá, de um sítio bem longe, chego a um local desconhecido, em que todos, desse planeta que eu acabei de chegar, admiram-me como se eu fosse algo estranho, algo diferente! Pois é! É sou!

Nunca estes seres humanos alguma vez tinham visto algo tão abstrato, e por isso, semio-me especial, apenas por ser diferente do que todos, num planeta tão pequeno estavam habituados.

Serei eu luz? Serei uma aberração? Escolho ser uma lanterna, talvez porque ser luz a guia destes seres humanos é tudo o que este planeta, de pessoas estranhas e diferentes de mim precisam. Mas quem diz ser uma lanterna, também posso escolher ser uma prancha de surf e ~~poderei~~ brincar com o vasto oceano que este planeta tem.

Na verdade, eu posso ser quem eu quiser! Do planeta que eu vim, em que escolhemos ser quem quisermos, eu posso brincar com os objetos e posso dividir-me e multiplicar-me em várioseus.

Escrita Recreativa

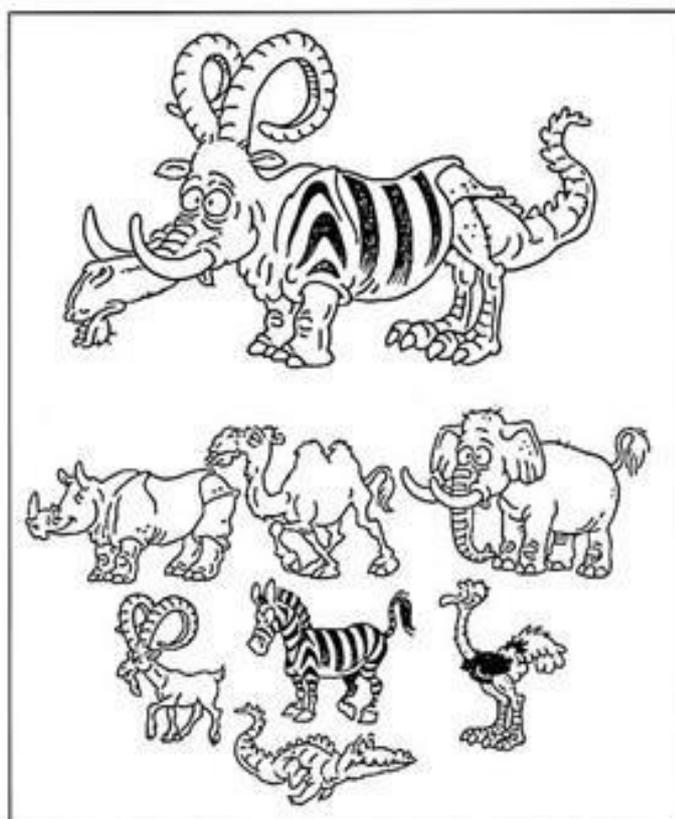
Rosana

27-09-2019

Anexo C6 - Exemplo de uma Sessão de Estimulação Cognitiva

O animal impossível

Nome: _____ Data: _____



No topo da página foi criado um animal raro, com partes dos 7 animais que estão representados em baixo. Rodeia cada parte com um círculo e une-a ao animal a que pertence.

Terapeuta Ocupacional Sara Raquel Costa

Nome: _____

Data: _____

INSTRUÇÕES: UNA DO MENOR PARA O MAIOR.

336

346

826

160

612

287

267

145

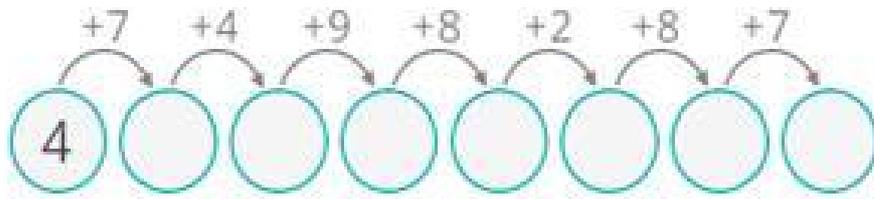
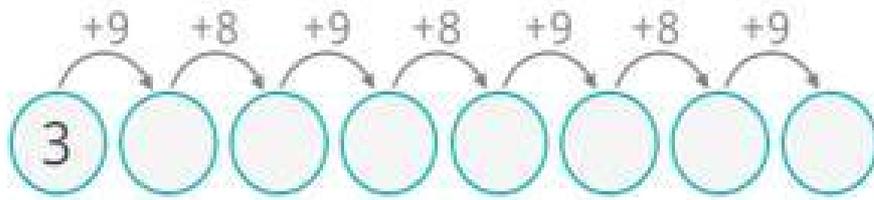
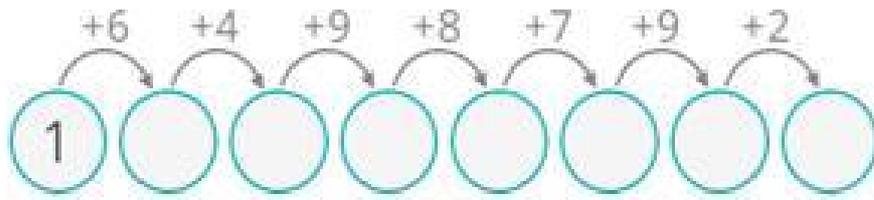
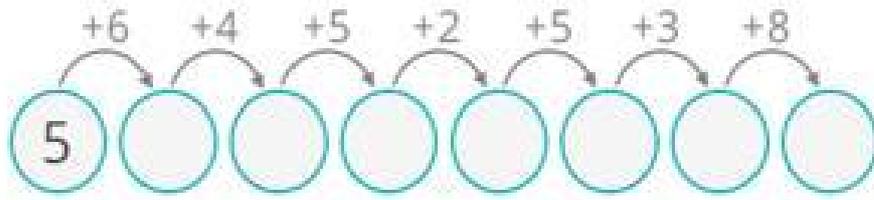
322

832

454

Name: _____

Date: _____



Nome: _____ Data: _____

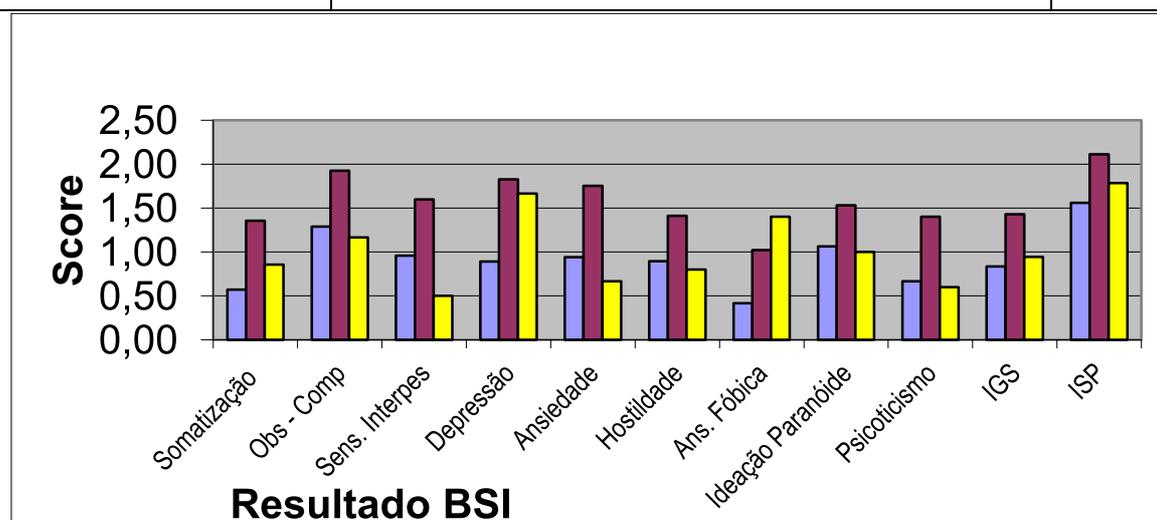
Exercício de Evocação

Instruções: Evoque o máximo de palavras de cada categoria

Animais	Profissões	Meios de Transporte

Anexo C7 – Tabela com os resultados da Avaliação Inicial da Unidade

Avaliação Inicial		
Data		
Nome: XXX		
Moca	28	
BSI	Valores superiores para ANS. Fóbica e Depressão	
LPS	Não apliquei.	
WHOQOL		
Domínios	Físico	57.14
	Psicológico	50
	Social	50
	Ambiental	68.75
	Geral	5673
FACES III	2.00	
ESSS		
Dimensões	Satisfação com os amigos	14
	Intimidade	10
	Satisfação com a família	3
	Atividades Sociais	7
	TOTAL	34



Anexo C8 – Tabela com os resultados da Avaliação Psicológica da Unidade

Avaliação Neuropsicológica			
Data			
Nome XXX			
Moca	27	Sem Défice	
HVLT-R			
	Pontuação direta	Nota T	Interpretação
<i>Recordação Total</i>	22	33	Défice Moderado
<i>Recordação Retardada</i>	9	41	Défice Ligeiro
<i>% Retenção</i>	100	53	Média
<i>Índice Discriminativo</i>	1	</ 20	Défice Grave
Teste de Stroop			
	Pontuação Bruta	Nota T	Interpretação
<i>Palavra</i>	79	44	Média Baixa
<i>Cor</i>	70	52	Média
<i>Cor-Palavra</i>	53	62	Média Superior
<i>Interferência (CP-CP')</i>	CP' = 37; CP-CP' = 53-37= 16	64	
Trail Making Test	Valores dentro da média		
Wechsler Memory Scale	Memória de trabalho	93: Percentil: 32 Média	
Wisconsin Card Sorting Test	Não apliquei		

ANEXO D

Sala de Snoezelen

Anexo D1 – *Sala de Snoezelen*



ANEXO E
Avaliação Psicológica

Anexo E1 – Relatórios de Avaliação Psicológica

Exemplo 1.

RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA

Processo nrº: ~~XXX~~

IDENTIFICAÇÃO

~~XXX~~, 31 anos, solteira. É licenciada em Educação Básica. Reside com o pai e com a mãe. Tem um irmão mais novo que vive em Inglaterra.

MOTIVO DA CONSULTA

O pedido da Avaliação Psicológica, surge no âmbito da consulta externa no Serviço de Psiquiatria, do Centro Hospitalar, para o estudo da personalidade.

ANTECEDENTES

No ano de 2014, teve acompanhamento com a psicologia e a psiquiatria no privado. O motivo foi a dificuldade em gerir os acontecimentos de vida negativos (falta de estabilidade profissional e emocional). Faz medicação psiquiatra prescrita pelo psiquiatra atual.

Existem antecedentes psiquiátricos na família, o pai, referindo “*esgotamento devido à profissão de camionista*” (sic).

HISTÓRIA CLÍNICA

As durações do emprego na área da educação básica foram de curto prazo. Refere que “*estava a exercer funções que não eram compatíveis com os estudos*” (sic). Era vigilante numa sala “*despediram-na porque ela chegava atrasada.*” (sic). O seu percurso profissional é de curta duração, assim como as relações amorosas e com os pares.

Tem HPV e menciona “*queixas de aumento do peso e de alterações no sono (insónias).*”

Tem comportamentos de risco (relações desprotegidas). Sofre de furúnculo nas zonas das virilhas e coxas. Refere “*dificuldades em levantar-se cedo, cansaço, falta de concentração e motivação*”,

sic.

OBSERVAÇÃO COMPORTAMENTAL

Exibiu um aspeto cuidado e vestuário adequado, com idade aparente congruente com a idade real.

Orientada no tempo, no espaço e no lugar.

Não revelou dificuldade em encontrar palavras, erros de parafrases ou outro tipo de alterações na linguagem, embora com discurso acelerado, assim como, sem alterações motoras.

INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO UTILIZADOS:

1. Entrevista Clínica ao paciente;

2. *Montreal Cognitive Assessment (MoCA)* - (versão portuguesa: Mário Simões, 2007). Tem como objetivo fazer um rastreio breve da disfunção cognitiva.

3. *Brief Symptom Inventory (BSI)* (aferição portuguesa de Freitas, Simões, Alves & Santana, 2011) – Inventário de screening da sintomatologia psicopatológica.

4. *Inventário Multifásico de Personalidade de Minnesota (MMPI 2)* (adaptação portuguesa - que consiste na avaliação da estrutura de personalidade e dos seus possíveis desvios.

RASTREIO COGNITIVO

No rastreio cognitivo, a partir do MoCA, obteve uma pontuação de 27/30 pontos, situando-se dentro da média esperada para o grupo etário e escolaridade. O resultado sugere bom funcionamento do comprometimento cognitivo.

SINTOMATOLOGIA PSICOPATOLÓGICA

Relativamente ao estado emocional, apresenta sintomatologia clinicamente significativa, com o ISP de 2.89 valor superior à média esperada para a população geral (ISP – 1.56). Apresentou resultados acima da média para todos os domínios: somatização; obsessões-compulsões; sensibilidade interpessoal; depressão; ansiedade, hostilidade; ansiedade fóbica; ideação paranoide e psicoticismo.

AValiação Personalidade

Quando analisadas as escalas de validade L, F e K, é possível considerar o perfil válido, mas a ser interpretado com reservas. As escalas de validade, revela-se baixas, sendo a escala F (T68), a mais alta. A escala F, sugere uma intensificação dos comportamentos, ou seja, exacerbar a sintomatologia. Apesar de valores baixos, é possível verificar na escala L (T=43), a tentativa de uma imagem desfavorável (exacerbar os sintomas) e de respostas socialmente aceites.

O Índice de Dissimulação de Gough (F-K), apresenta-se baixo na qual obtém um perfil válido.

A partir da análise à estrutura do perfil obtido, é possível encontrar a maioria das escalas a nível elevado, deste modo, o código encontrado 81 é sugestivo de características que se focam na sintomatologia física, queixas vagas e inusitadas, devido às especificidades da escala 8, representadas por confusão mental, desorientação e pouca concentração.

O valor do Índice de Ansiedade de Welsh (T=51.6 > 50), o valor indica ausência de ansiedade clinicamente significativa. Por sua vez, o valor do Índice de Interiorização/Exteriorização (T=1.12 >1), remete para um registo de internalização

CONCLUSÃO

Na análise global da avaliação, apresenta um funcionamento cognitivo dentro dos padrões normativos esperados quanto à sua idade e escolaridade.

O resultado obtido na avaliação do estado emocional apresenta sintomatologia clinicamente significativa, na qual é indicador de perturbação emocional. O perfil da personalidade sugere-nos uma pessoa que exacerba a sua sintomatologia. Considerações quanto ao perfil, são notas T mais elevadas nas escalas par, L e K são baixos e com F elevado, remete para a tendência a falsificar no sentido desfavorável. Sendo provável o diagnóstico de Perturbação da Personalidade.

Local, X-de X de X

Psicóloga Clínica Especializada

A Psicóloga Estagiária

Rosana Vieira

CESPU 23492

Exemplo 2.

RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA

Processo nrº: ~~XXX~~

IDENTIFICAÇÃO

~~XXX~~, 34 anos e tem o 9º ano de escolaridade. Filho único a residir com a mãe.

MOTIVO DA CONSULTA

O pedido da Avaliação Intelectual, surge no âmbito da consulta externa no Serviço de Psiquiatria, do Centro Hospitalar, para quantificar o grau da Perturbação do Desenvolvimento Intelectual.

ANTECEDENTES

É acompanhado em psiquiatria desde 2003 com diagnóstico de Oligofrenia (CID 319). Tem problemas de audição usando aparelho auditivo.

HISTÓRIA CLÍNICA

Teve acompanhamento no ensino especial e realizou o 9º ano com cerca de 20 anos. Durante três anos, frequentou o Centro de Reabilitação ~~XXX~~. Fez estágio numa empresa em ~~XXX~~ no armazém. Contudo, esteve um período parado e, mais tarde, integrou na ~~XXX~~ para o curso de madeiras com estágio em ~~XXX~~. Integra novamente na ~~XXX~~, para o curso de jardinagem remunerado, até dezembro do ano decorrente.

COMPORTAMENTO OBSERVADO

Exibiu um aspeto cuidado e vestuário adequado, com idade aparente congruente com a idade real. Consciente e orientado no tempo e espaço. Com postura calma e comunicativa.

Sem alterações a nível da linguagem e articulação da fala assim como sem alterações motoras.

INSTRUMENTOS UTILIZADOS

1. Entrevista Clínica ao paciente;
2. **Montreal Cognitive Assment - MoCA** - (versão portuguesa: Mário Simões, 2007). Tem como objetivo realizar um rastreio breve da disfunção cognitiva.
3. **WAIS III** – (aferição portuguesa), instrumento de avaliação da inteligência tendo como entendimento o conceito de inteligência global e organizada num construto multidimensional. Permite-nos calcular os QI's (Verbal, Realização e Escala Completa) e quatro índices fatoriais (Compreensão Verbal, Organização Percetiva, Memória de Trabalho e Velocidade de Processamento).

RESULTADOS

A partir do instrumento MoCA, de forma avaliar o rastreio cognitivo, obteve uma pontuação de 19/30, valor com **três desvios padrões abaixo da média** esperada para a população portuguesa tendo em conta a idade e escolaridade. Com perda nas capacidades Visuo-Espacial e Construtiva (cópia do cubo e desenho do relógio), atenção, linguagem e abstração. É de salientar que a perda de pontos na tarefa do relógio, possivelmente, estará ligada ao facto de não saber ver as horas.

Com a realização da avaliação para a obtenção do Quociente de Inteligência a partir da WAIS III, apresenta um **QI Global muito inferior (QI=62)**.

Segundo a DSM-V, a Perturbação de Desenvolvimento Intelectual, é considerada uma perturbação com início durante o período de desenvolvimento, que integra défices de funcionamento intelectual e mudanças do comportamento adaptativo. Apresentam défices nas funções intelectuais como o raciocínio, resolução de problemas, planeamento, pensamento abstrato, discernimento, aprendizagem académica e aprendizagem pela experiência. Assim como nos défices do funcionamento adaptativo que resultam na dificuldade de atingir os padrões de desenvolvimento e socioculturais de independência pessoal e responsabilidade social. Na falta de suporte, estes défices limitam o funcionamento numa ou mais atividades da vida diária, em múltiplos ambientes, como casa, escola, trabalho e comunidade. Para determinar um quadro de Perturbação do Desenvolvimento Intelectual os sujeitos apresentam um QI igual ou abaixo do valor 70.

PROVA	DOMÍNIO	RESULTADO	INTERPRETAÇÃO
MoCA	Rastreio Cognitivo	19/30	Comprometimento Cognitivo
WAIS III	QI Verbal	64	Muito inferior
	QI Realização	64	Muito inferior
	QI Global	62	Muito inferior
	Compreensão Verbal	70	Inferior
	Organização Perceptiva	66	Muito inferior
	Memória de Trabalho	70	Inferior
	Velocidade Processamento	60	Muito inferior

CONCLUSÃO

Com os resultados obtidos na avaliação cognitiva, constata-se um QI Global muito inferior (QI 62). Os resultados da avaliação revela-nos dificuldades ao nível das aptidões verbais compreensivas, nas aptidões de organização perceptiva, ao nível das funções executivas.

Segundo os critérios de diagnóstico é tipicamente comum, pessoas com este nível de QI, recorrerem a abordagens mais concretas na resolução de problemas comparado a outros sujeitos da mesma idade, assim como, domínio social, é possível verificar-se dificuldades ao nível da regulação da emoção e do comportamento em situações sociais.

Apresenta um quadro de Perturbação do Desenvolvimento Intelectual com grau de gravidade ligeiro.

Local, X de X de X

Psicóloga Clínica Especializada

A Psicóloga Estagiária

Rosana Vieira

CESPU 23492

Exemplo 3.

RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA

Processo nº

IDENTIFICAÇÃO

~~XXX~~, com 69 anos, tem o 4º ano de escolaridade. Está reformado há 3 anos, mas como ocupação em part-time é ajudante num cabeleireiro.

Reside com a esposa e tem uma filha.

MOTIVO DA CONSULTA

O pedido da Avaliação Neuropsicológica, surge no âmbito da consulta externa no Serviço de Psiquiatria, do Centro Hospitalar, devido a queixas e sintomatologia dismnésica.

ANTECEDENTES

Tem acompanhamento na psiquiatria há alguns anos, com historial de vários diagnósticos, sendo o último de Psicose Tipo Esquizoafetiva, em 2009.

Apresenta apneia do sono.

HISTÓRIA CLÍNICA

Refere que se esquece das coisas mais recentes. Em outubro de 2019, refere ter-se queixado de falta de equilíbrio.

A esposa refere, que há cerca de um ano tem vindo a revelar alguma dificuldade na marcha (arrasta os pés), dificuldade em mastigar, porque “*corta mal os alimentos e dificuldade na ingestão de líquidos*” (sic). Engasga-se com frequência e refere silorreia em excesso. Refere também falta de sensibilidade na cara (i.e., quando a lágrima cai).

OBSERVAÇÃO COMPORTAMENTAL

Exibiu um aspeto cuidado, com idade aparente congruente com a idade real. Consciente e orientado no tempo, espaço e pessoa. Humor eurítmico e colaborante durante a avaliação.

Sem alterações a nível da linguagem e articulação da fala, assim como, sem alterações motoras.

No decorrer das provas da avaliação, revelou alguma inquietação devido à dificuldade no controlo dos esfíncteres.

INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO UTILIZADOS:

1. Entrevista Clínica ao paciente;

2. *Montreal Cognitive Assessment (MoCA)* - (versão portuguesa: Mário Simões, 2007). Tem como objetivo fazer um rastreio breve da disfunção cognitiva.

3. *Brief Symptom Inventory (BSI)* (aferição portuguesa de Freitas, Simões, Alves & Santana, 2011) – Inventário de screening da sintomatologia psicopatológica.

4. *Escala de Inteligência de Weshler para Adultos-III (WAIS-III)* (adaptação portuguesa: Ferreira, Machado & Rocha, 2008) - Subtestes para avaliar a Memória de Trabalho e Velocidade de Processamento.

5. *Auditory Verbal Learning Test (AVLT)* (aferição portuguesa de Cavaco et al., 2015) – instrumento que permite avaliar a aprendizagem e memória verbais, avaliando a retenção, recuperação e armazenamento.

6. *Fluência Verbal* - Permite a avaliação de processos linguísticos, de memória e das funções executivas.

7. *Teste de STROOP* (adaptação portuguesa de Fernandes, 2011) – avalia a atenção seletiva, a inibição, a flexibilidade cognitiva, a velocidade de processamento, a inteligência fluida e o funcionamento executivo.

8. *TRAIL-MAKING TEST (TMT)* (aferição portuguesa de Cavaco et al., 2013) – avalia a atenção (Parte A), a sequenciação, a flexibilidade cognitiva, a capacidade de alternância entre sequências e funcionamento executivo (Parte B).

9. INECO Frontal Screening (IFS) - (versão portuguesa de Moreira, Lima & Vicente, 2014) – teste de *screening* que permite avaliar as funções executivas degenerativas.

RESULTADOS

No rastreio cognitivo, a partir do MoCA, obtém 20/30, o que revela estar dentro dos padrões normativos relativamente à sua idade e escolaridade. Com perda de pontos nas capacidades Visuo-Espacial e Construtiva (desenho do relógio), linguagem e evocação diferida. Em termos de funcionamento executivo, através do INECO, os resultados revelam estar dentro da média quando comparado com indivíduos com a mesma faixa etária e escolaridade. Ao nível da atenção e concentração, através da prova TMT, os resultados encontram-se dentro da média. Através do AVLT, apresenta valores normativos para a sua idade e escolaridade quanto à retenção, recuperação e armazenamento. À exceção da aprendizagem, que se encontra moderadamente deficitário. Contudo, este valor poderá ser justificado pela redução da atenção. Relativamente às subescalas administradas da WAIS III, verifica-se que ao nível da Memória de Trabalho e de Velocidade de Processamento, encontra-se dentro dos valores médios tendo em conta a sua idade. Na prova do STROOP, foi possível apurar valores médios na velocidade de processamento e funcionamento executivo. Verificou-se através da Fluência verbal, valores médios quanto à sua idade e escolaridade.

Quadro Resumo

Funções	Prova	Resultados 2017	Resultados 2019	Interpretação
Funcionamento Cognitivo	MoCA	21/30	20/30 (21.27; 3.37)	Sem défice
Funcionamento Executivo	INECO	20.5/30	17.5/30 (18.65; 3.86)	Sem défice
Atenção / Concentração	TMT	A – 63s P: 41-59	A – 58s P: 72-81	Média
		B – 183s P: 41-59	B – 180s P: 41-59	

Aprendizagem e Memória	AVLT	Evocação imediata – 32 (42.1; 8.6)	Recordação total – 28 (Pctil 19-28; Pe 8)	Défice Ligeiro
		Aprendizagem – 7 (16.1; 6.6)	5 (Pctil 3-5; Pe 5)	Défice Moderado
		Retenção = 100% (83.8; 21.6)	Retenção = 160 % (Pctil 99; Pe 17)	Sem défice
		Índice de reconhecimento discriminativo = 30 (28.8; 1.8)	26/30 P 18	Sem défice
WAIS III	Memória de Trabalho	QI = 104	QI = 104	Média
	Velocidade Processamento	QI = 103	QI = 98	Média
Fluência Verbal	Fluência Verbal Fonética	-	Palavras P 14 (Pctil 90-94; Pe 14)	Média
			Palavras R 5 (Pctil 29-40; Pe 9)	
Palavras M 6 (Pctil 41-59; Pe 10)				
	Fluência Verbal Categórica	-	Animais 13 (Pctil 41-59; Pe 10)	Média
Estado Emocional	BSI	Sem sintomatologia psicopatológica	Sem relevância clínica	Sem alterações

Por fim, ao nível da **sintomatologia psicopatológica**, M.N., apresenta um Índice de Sintomas Positivos (ISP – 1.12) **inferior à média** esperada para a população geral (ISP – 1.7).

CONCLUSÃO

Com os instrumentos aplicados foi possível apurar que se encontra dentro dos padrões normativos quanto ao nível do seu funcionamento cognitivo e executivo, da atenção e concentração, da memória de trabalho e de velocidade de processamento, tendo em conta a sua idade e escolaridade. Os domínios cognitivos, na qual encontram-se deficitários, mas sem relevância clínica, são na aprendizagem e na memória imediata.

Do posto de vista psicopatológico, não revelou resultados clinicamente significativos.

Os resultados obtidos na avaliação realizada revelam melhorias ao nível da memória quando comparado com a avaliação feita em 2017.

Considera-se relevante, um estudo mais aprofundado com outros meios complementares de diagnóstico.

Local, X de X de X

Psicóloga Clínica Especializada

A Psicóloga Estagiária

Rosana Vieira

CESPU 23492

Exemplo 4.

RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA

Processo nrº

IDENTIFICAÇÃO

XXX, de 48 anos, tem o 9ºano de escolaridade concluído no âmbito das Novas Oportunidades, é empregada de café snack bar

Reside com o filho, de 23 anos.

MOTIVO DA CONSULTA

O pedido da Avaliação Psicológica, surge no âmbito da consulta externa no Serviço de Psiquiatria, do Centro Hospitalar, para um estudo da personalidade.

ANTECEDENTES

Em 2007, teve internamento prévio em psiquiatria de duração de dois dias devido a quadro de desorganização comportamental, mas sem seguimento em consulta de psiquiatria. Refere que *“teve um esgotamento, mas não foi pelo trabalho”* (sic).

Em abril de 2019, esteve internada durante doze dias por alterações de comportamento. Dada a evolução do internamento, foi diagnosticada Perturbação de Ajustamento (F 43.2).

XXX, começou a fumar aos 15 anos, mas há cerca de um ano deixou de fumar. Teve consumo esporádico de etílicos em contextos sociais. Aos 20 anos, experimentou heroína fumada e haxixe no contexto relacional, mas sem consumo regular.

HISTÓRIA CLÍNICA

É natural de ~~XXX~~ e aos 15 anos veio viver para o ~~XXX~~. Aos 23 anos integra na restauração.

Trabalha em café snack-bar próprio, das 7h-19h, *“mas pensa em passar o café”* (sic). Atualmente, sente que *“perdeu a assertividade, que deixou de ter pulso firme”* (sic). Apresenta humor deprimido, refere que a *“cabeça não funciona da mesma forma”* (sic).

OBSERVAÇÃO COMPORTAMENTAL

Exibiu um aspeto cuidado e vestuário adequado, com idade aparente congruente com a idade real.

Orientada no espaço e no tempo e pessoa.

Revelou discurso espontâneo, lógico, coerente. Com humor depressivo com tonalidade ansiosa.

Apresenta atitude muito defensiva, querendo responder e terminar a consulta e a concretização da avaliação rapidamente devido ao excesso de preocupação com o filho, que a faz acompanhar em todas as consultas e está à espera de ter de abrir o café.

INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO UTILIZADOS:

1. Entrevista Clínica ao paciente;

2. *Montreal Cognitive Assment* - MoCA - (versão portuguesa: Mário Simões, 2007). Tem como objetivo fazer um rastreio breve da disfunção cognitiva.

3. *Brief Symptom Inventory* (BSI) (versão portuguesa de Canavarro, 1999, 2007) – Inventário de screening da sintomatologia psicopatológica.

4. *State-Trait Anxiety Inventory* (S.T.A.I), (Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg & Jacobs, 1983; versão portuguesa Silva, 2003), compreende escalas separadas de autoavaliação que medem os conceitos independentes da ansiedade: o estado e o traço.

5. *Mini-mult* – versão reduzida do MPPI-2, Inventário Multifásico de Personalidade de Minesota, explora e afere, aspetos da personalidade normal e patológica, permitindo identificar o perfil revelador do modo do funcionamento e das características de personalidade de cada sujeito.

RASTREIO COGNITIVO

No rastreio cognitivo, a partir do MoCA obteve uma pontuação de 19/30 pontos com perda nas capacidades de atenção, linguagem e visuo-espacial/construtiva. Considerando a sua idade e escolaridade, este resultado sugere comprometimento cognitivo.

SINTOMATOLOGIA PSICOPATOLÓGICA

No Inventário de Sintomatologia Psicopatológica (BSI), apresenta um ISP de 1.65, valor dentro da média esperada para a população geral. Nos domínios avaliados, apresentou valor acima da média para a obsessões-compulsões, comparado com a média esperada para a perturbação com perturbação emocional, com relevância clínica.

ANSIEDADE ESTADO/TRAÇO

Não revela valores clinicamente significativos para a existência de ansiedade estado/traço (STAI Forma Y-1 = 26; STAI Forma Y-2 = 27).

AVALIAÇÃO PERSONALIDADE

Apresenta as escalas de validade elevadas, pouco diferenciadas entre si, mas ainda, assim, inferiores a nota $T < 70$. A escala F é a mais elevada ($T=63$), sugerindo respostas atípicas, com alguma bizarrearia, crenças e expectativas contraditórias, sobretudo pensamento confuso e/ou auto-depreciação.

A escala K ($T=55$), sugere alguma defesa nas respostas. A escala L ($T=60$), sugere a possibilidade de procurar dar uma imagem negativa de si e de exagero face à sintomatologia. Contudo, as notas T, conferem valores que permitem validar o perfil.

O Índice de Dissimulação de Gough (F-K), apresenta-se baixo, dando coerência ao perfil obtido.

O perfil avaliado apresenta valores significativamente elevados nas escalas clínicas Depressão ($T=76$) e Esquizofrenia ($T=71$).

O código encontrado (28), remete-nos para indivíduos caracterizados como retraídos, alienados, ansiosos, agitados, tensos, irritáveis, suscetíveis e suspeitosos. Revelam dificuldades de concentração e de memória, pensamento confuso e sentimentos de desamparo.

O valor do Índice de Ansiedade de Welsh ($T=86 > 50$), sugere valor clinicamente significativo para a ansiedade, por sua vez, o valor do Índice de Interiorização/Exteriorização ($T=1=1$), encontra-se no limiar da significância o que sugere um *locus* de controlo mais externo.

CONCLUSÃO

Na análise global da avaliação, apresenta um funcionamento cognitivo abaixo dos padrões normativos esperados quanto à sua idade e escolaridade.

Os resultados obtidos na avaliação do estado emocional, não apresentam sintomatologia clinicamente significativa, na qual é indicador de ausência de perturbação emocional, contudo, no domínio da obsessões-compulsões, verifica-se com relevância clínica para a população com perturbação emocional. O estudo da personalidade sugere-nos uma pessoa retraída, isolada, ansiosa, agitados. Com dificuldades de concentração e memória, pensamento confuso, sentimentos de desamparo.

Porém, a interpretação do perfil deve ser feita com algumas reservas face à atitude da paciente durante a avaliação (excesso de preocupação, ansiosa, tensa), o que poderá ter influenciado a uma atitude mais defensiva e/ou com menos coerência nas respostas dadas.

Local, X de X de X

Psicóloga Clínica Especializada

A Psicóloga Estagiária

Rosana Vieira

CESPU 23492

Anexo E2 - Exemplar de Informação Clínica

INFORMAÇÃO CLÍNICA

Para os devidos efeitos, e a pedido do próprio, informa-se que ~~XXX~~ realizou avaliação cognitiva por parte da Psicologia, no Serviço de Psiquiatria, deste Centro Hospitalar.

A realização da avaliação, foi feita nem três consultas, no período ~~XXX~~ / ~~XXX~~ e ~~XXX~~. ~~XXX~~, foi avaliado para quantificar o seu nível intelectual. Deste modo, foi realizada uma entrevista clínica e de duas provas: *Montreal Cognitive Assessment - MoCA* - (versão portuguesa: Mário Simões, 2007) e da *Escala de Inteligência de Weshler para Adultos-III (WAIS-III)* (adaptação portuguesa: Ferreira, Machado & Rocha, 2008).

Tendo-se obtido os seguintes resultados:

“constata-se um **QI Global muito inferior (QI 62)**. Os resultados da avaliação revela-nos dificuldades para as diferentes áreas e domínios avaliados: aptidões verbais compreensivas, aptidões de organização perceptiva, funções executivas e pensamento abstrato.

Segundo os critérios de diagnóstico é tipicamente comum, pessoas com este nível de QI, recorrerem a abordagens mais concretas na resolução de problemas comparado a outros sujeitos da mesma idade, assim como, no domínio social, é possível verificar-se dificuldades ao nível da regulação da emoção e do comportamento em situações sociais.”

Neste sentido, remete-nos para a **um quadro de Perturbação do Desenvolvimento Intelectual**.

Local, X de X de X

Psicóloga Clínica Especializada

ANEXO F

Atividades desenvolvidas durante o Estágio

Anexo F1 - PowerPoint: Apresentação de 2 casos Clínicos

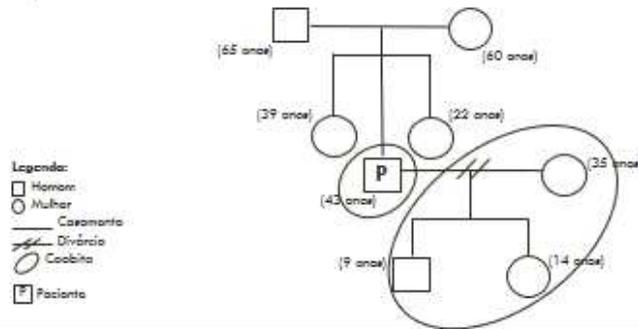
1

2

3

4 ★

GENOGRAMA



5

HISTÓRIA FAMILIAR

• Mantém uma relação harmoniosa com todos os elementos mencionados, à exceção da ex-mulher (apesar de cordial) e do pai, “desentendemos muitas vezes” (sic).

Antecedentes Familiares

- ✦ Mãe: Episódios de depressão com internamento;
- ✦ Pai: Histórico de álcool pai “já teve uma relação com o álcool e não deixava a mãe trabalhar” (sic).

6

★

HISTÓRIA DE SAÚDE PESSOAL

Atualmente: Esquece-se de tirar a roupa da máquina, da comida no micro-ondas. Na semana de 9 de janeiro, esqueceu-se do jantar. Desde da última consulta, só pegou no carro 1 vez. Nos fins de semana que os filhos vão para casa dele, “prefiro cozeiro na mesma” (sic). Queixa-se com muitas dores de cabeça, mas “coniforme as semanas” (sic). “Esqueço-me de pagar as contas. Evito conduzir de noite, esqueço-me dos cambêos que habitualmente consigo, perco a noção de onde estou”, (sic). Refere também que “bloqueio e não consigo iniciar uma tarefa comum no trabalho” (sic).

Tem problemas de articulações nos joelhos devido ao trabalho.

7

HISTÓRIA DE VIDA

Desenvolvimento da Adolescência

• Autocaracteriza-se como uma pessoa “sociável, respeitadora, com boas relações com os pares (festas); raramente estava sozinho” (sic).

• Começou a fumar aos 13 anos.

• Mais ou menos aos 17 anos começou a “consumir mais álcool” (sic).

História Escolar

• Aos 12 anos saiu de casa para ir estudar para o colégio (era só de rapazes, 9º ano).

• Há 20 anos, foi estudar para B., onde iniciou o curso de desenhador orçamentista na Escola Prática Universal B., para a equivalência do 12º ano, mas não concluiu.

• Durante o tempo que esteve em B., ao longo de 4/5 anos “estive com várias parceiras” (sic).

8

★

HISTÓRIA DE VIDA (CONT.)

• Durante os primeiros 5/6 anos de casamento tiveram uma filha. Ao fim deste tempo, ocorre uma rutura no casamento e, mais tarde, nasce o 2º filho.

Nos anos seguintes, o casamento caiu em rotina por “falta de comunicação” (sic).

Esta divorciado há 6 anos (novembro), em janeiro do ano passado, regularizaram a situação da partilha.

• Sempre trabalhou com o pai. Neste momento, encontra-se desempregado, mas sempre que o pai precisa dele, faz “*work biscuits*” (sic).

9

• Descrição generalizada da Rotina

6:30h - “*vou tomar café, se estiver com vontade leio, penso ou faço trabalhos manuais*” (sic).

20:30/21h - “*vou para a cama*” (20h toma a medicação).

• Caracterização do Humor

Sente-se “*frequentemente deprimido e infeliz*” (sic). Refere que “*não me preocupo muito com a imagem além dos cuidados básicos de higiene... cuido da barba 1x por mês*” (sic).

Não consegue manter relações duradouras, referindo que “*sempre que a intimidade aumenta no sentido de começarem a conhecer melhor a minha vida, prefiro acabar*” (sic).

Não deixa transparecer para os filhos os sentimentos dele.

11

ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO

1ª Consulta - 19/12/2019

- Recolha de anamnese.
- Exibiu um aspeto descuidado, com idade aparentemente congruente com a idade real. Orientado no tempo, no espaço e no lugar. Humor distónico, contido, com discurso depressivo.

Não revelou alterações ao nível da linguagem, articulação da fala assim como motoras.

2ª Consulta - 09/01/2020

- Abordou-se as questões dos esquecimentos (de forma muito generalizada).

- O teor das mensagens da ex-mulher.

- Exploração da dimensão espacial das pessoas que o rodeiam.

- Foi-lhe proposto registar os pensamentos negativos que lhe iam surgindo ao longo do dia.

10

ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO (CONT.)

3ª Consulta - 30/01/2020

- Verificou-se o registo dos pensamentos negativos e exploração dos mesmos com o doente em consulta.

Sugeri-lhe, na folha fornecida, que fosse registando o seu nível de humor e o acontecimento desencadeado.

4ª Consulta - 20/02/2020

- Verificação do registo do sentido de humor e uso de estratégias com o doente.

12

- **Descrição generalizada da Rotina**

6:30h - "vou tomar café, se estiver com vontade leio, penso ou faço trabalhos manuais" (sic).

20:30/21h - "vou para a cama" (20h toma a medicação).

- **Caracterização do Humor**

Sente-se "*frequentemente deprimido e infeliz*" (sic). Refere que "*não me preocupa muito com a imagem além dos cuidados básicos de higiene... cuido da barba 1x por mês*" (sic).

Não consegue manter relações duradouras, referindo que "*sempre que a intimidade aumenta no sentido de começarem a conhecer melhor a minha vida, prefiro acabar*" (sic).

Não deixa transparecer para os filhos os sentimentos dele.

11

ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO (CONT.)

3ª Consulta - 30/01/2020

- Verificou-se o registo dos pensamentos negativos e exploração dos mesmos com o doente em consulta.

Sugeri-lhe, na folha fornecida, que fosse registando o seu nível de humor e o acontecimento desencadeado.

4ª Consulta - 20/02/2020

- Verificação do registo do sentido de humor e uso de estratégias com o doente.

12

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

13

INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA

Baseada na Terapia Cognitiva de Beck

◊ **Método Inferencial (Análise E.O.R.C.):** mapeamento do espaço cognitivo.

◊ **Método de registos:** registo dos pensamentos negativos (associação livre) e ativação comportamental para a depressão (folha de registo de atividades e a classificação do humor).

> **Modelo de Tratamento da Ativação Comportamental,** que consiste em entender o contexto, como o paciente se sente e o que ele faz ou não faz. Essencialmente, fui avaliando possíveis respostas a perguntas como: "o que sustenta a depressão?", "o que impede o envolvimento e o prazer com a vida?" e "quais os comportamentos que podem maximizar a mudança?".

14

INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA (CONT.)

Como objetivo fundamental pretendeu-se o estabelecer uma relação terapêutica de empatia, respeito e aceitação incondicional.

Objetivos mais específicos:

- 1) Psicoeducação;
- 2) Diminuir os níveis de sintomatologia ansiosa e depressiva;
- 3) Registo de automonitorização de pensamentos automáticos disfuncionais;
- 4) Reestruturação cognitiva;
- 5) Tarefas para casa.

15

CONSIDERAÇÕES FINAIS

1. Avaliar a severidade da sintomatologia depressiva através do Inventário de Depressão de Beck (BDI; Gouveia, 1990);
2. Estruturação de rotinas diárias;
3. Intervir ao nível de iniciar a prática de exercício físico;
4. Promoção do envolvimento em tarefas prazerosas;
5. Intervir na autoestima e identidade;
6. Intervenção ao nível ocupacional.

16

CASO CLÍNICO: C.

MOTIVO DA CONSULTA

O encaminhamento para a consulta de Psicologia foi feito por parte do seu médico(a) psiquiatra assistente.

O pedido englobava: *“Doente com 40 anos, com agorafobia e fobia social.”* (sic).

❖ Quando abordada pelo motivo de estar na consulta psicologia, menciona ter feito pedido médica de família, em janeiro de 2019, com *“intenção de procurar ajuda na solução das fobias, que até há 3 anos não aceitava”* (sic).

CASO CLÍNICO: C.

17

MOTIVO DA CONSULTA

O encaminhamento para a consulta de Psicologia foi feito por parte do seu médico(a) psiquiatra assistente.

O pedido englobava: "Doente com 40 anos, com agorafobia e fobia social." (sic).

◊ Quando abordada pelo motivo de estar na consulta psicologia, menciona ter feito pedido médica de família, em janeiro de 2019, com "intenção de procurar ajuda na solução das fobias, que até há 3 anos não aceitava" (sic).

18

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO



Nome: C.

Gênero: Feminino

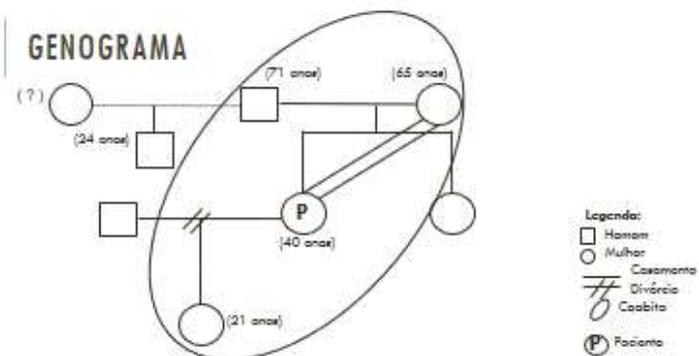
Idade: 40 anos

Habilitações Literárias: 9º ano

Situação Profissional: Segurança

Estado Civil: Divorciada

GENOGRAMA



HISTÓRIA DE VIDA

Desde de 2012, tem infeções intestinais (Diverticulite de grau I). Com episódio repetido no ano 2013 e em 2016, na qual ocorrem na consequência de picos de stress emocional.

Em 2019, volta a ter uma crise de diverticulite grau I, com dois dias de internamento.

Aumentou o peso. Ainda a ser seguida na Dietética, desde de janeiro de 2020. Referiu que já perdeu 2kg, *"sinto-me bastante motivada"* (sic).

Este acompanhamento advém, da mãe andar a frequentar a mesma médica e de encoraja-la, assim como, acompanharem-se uma à outra.

Descrição do sono:

Padrões de sono alterados, já evidenciadas e com queixas de vários anos.

"Houve um aumento do peso, que pode ser da medicação."; *"Têmo sonhado muito, principalmente com o meu ex-compartheiro"* (sic).

21



HISTÓRIA DE VIDA (CONT.)

A relação com o ex-marido:

Esteve casada de 2000 a 2003, com o A., pai da filha. Ao fim de 2 anos e meio, começou a ter atitudes agressivas. Aos 20 anos, foi forçada a ter ato sexual. Aos 21 anos, teve o 1º contacto de violência doméstica.

Nos 1ºs anos de vida da filha, esta rejeitava a mãe. Até aos 4 anos, viveu com a filha e com os pais.

A partir dos 11 anos, foram viver sozinhas, contudo devido às dificuldades económicas, em 2009, entregou a casa ao banco e foi para casa dos pais.

22

HISTÓRIA DE VIDA (CONT.)

Caso 1 – namorou, 3 anos +/- novo. O fim da relação foi marcado por traições, apesar de a tratar-lhe bem. *"Era muito mulherengo"* (sic). Fez uma interrupção voluntária da gravidez, apesar de ter ficado com muitas sequelas, infeções, submetida a uma cirurgia, teve o apoio do pai.

Caso 2 – namorou 7 anos. Relação caracterizada como tóxica. Ao fim de 6 anos, teve um aborto espontâneo, mas apesar disso, considera ter sido bom, pois rejeitou a gravidez. Considera que o 1º passo para a cura deste relacionamento, foi *"a retribuição de uma mensagem de aniversário"* (sic).

Nos últimos 4 meses, esteve *"numa relação"* (sic), na qual não conseguiu permanecer devido às vivências do passado. Atualmente com runura, devido às recordações do passado, essencialmente do último relacionamento *"Fui sentindo medo; baixa autoestima; falta de amor próprio"* (sic). Tem crítica quanto ao seu tipo de padrão conjugal, caracterizando-o como *"abusivos e de submissão"* (sic).

23

HISTÓRIA DE VIDA (CONT.)

Ao fim de 3 a 4 anos, do aborto espontâneo, começou a sentir desequilíbrio emocional, humor distorrido e abandono das atividades de lazer.

FOBIA SOCIAL - *"Começou, desde do controlo do ex-parceiro; deixou de frequentar locais que habitualmente ia, pois tinha medo de o encontrar"* (sic).

HISTÓRIA LABORAL

Trabalhou 3 anos com o pai – desvinculou-se;

10 anos como administrativa;

10 anos a comercial;

Há 1 ano, trabalhou durante o turno de dia, no centro de saúde, como segurança *"sentia-me bem"* (sic);

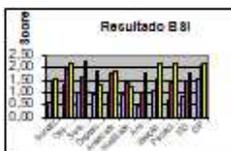
Atualmente, está como segurança, com turnos de tarde e da noite, na portaria do (...), *"atualmente o ambiente laboral não está bem, mas espero que haja mudanças até ao final de maio"* (sic).

24

ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO

1ª Consulta - 26/12/2019

- Recolha de anamnese;
- Aplicação: BSI



2ª Consulta - 16/01/2020

- Continuação da recolha de anamnese;
- Exploração dos gatilhos que aumentam a ansiedade/pânico;
- Abordou-se a questão da rutina do último relacionamento (a própria quis);
- Introdução das técnicas de respiração.

25

ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO (CONT.)

3ª Consulta - 13/02/2020

- Questões de autoestima (perda de peso);
- Abordagem às representações dos sonhos (a própria);
- Abordou-se os laços familiares;
- Explorou-se as sensações corporais (autoperceção de como o seu corpo se comporta em situações de maior exposição a situações de gatilho).

4ª Consulta - 05/03/2020

- Autoestima (conquistas);
- Questões laborais que despoletaram a ansiedade (reforço).

26

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

De acordo com a história clínica de C., parece-nos plausível que o paciente possa apresentar uma **Perturbação de Ansiedade Generalizada**. As Perturbações de Ansiedade podem desenvolver-se a partir de um conjunto de fatores de risco, incluindo fatores de ordem genética, química cerebral, personalidade e *life events*.

A ansiedade e a preocupação estão associadas com 3 (ou mais) dos 6 sintomas apresentados (com pelo menos alguns sintomas presentes em mais de metade dos dias durante os 6 meses) (Critério C) (American Psychiatric Association [APA], 2014). Deste modo, reúne os critérios: agitação, nervosismo ou tensão interior (Critério C1), tensão muscular (Critério C5), perturbação do sono (Critério C6), a ansiedade, preocupação ou sintomas físicos causam mal-estar clinicamente significativo ou défices no funcionamento social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento (Critério D), a perturbação não é atribuível a efeitos fisiológicos de uma substância ou condição médica (Critério E) e, não se verifica a existência de outra perturbação mental (Critério F).

27

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL (CONT.)

Ainda, face aos acontecimentos de vida, podemos sugerir que a doente possa apresentar uma **Perturbação Relacionada com Trauma e Fatores de Stress com Outra Especificação**, categoria **Perturbações de Tipo Ajustamento com Duração Prolongada de mais de seis meses sem Duração Prolongada do Fator de Stress**, atendendo à permanência de certas consequências da situação base do problema, manifestando-se pela presença de sintomatologia depressiva e ansiosa e cognições disfuncionais (Critério A), que constituem um mal-estar acentuado desproporcional à gravidade ou intensidade do término de um relacionamento (Critério B1) e correspondem a défices significativos em áreas de funcionamento (principalmente social e ocupacional) (Critério B2). Além disso, não se verifica a existência de outra perturbação mental (Critério C), os sintomas não representam o luto normal (Critério D), mas persistem para além de um período de seis meses (Critério E não preenchido e razão pela qual se adota este diagnóstico com caráter mais crónico).

28

INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA

Baseada na Terapia Cognitivo-Comportamental

1. Psicoeducação;
2. Foi iniciado o relaxamento aplicado: utilizei a técnica do relaxamento muscular progressivo de Jacobson para aplicar às situações do dia-a-dia e nas situações de pânico/ansiedade antecipatória.
3. Foi utilizado um inventário padronizado, "Escala de Sensações Corporais", de forma a obter informações mais específicas sobre como determinadas sensações corporais são sentidas e quais avaliações equivocadas podem ser obtidas.

29

INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA (CONT.)

Como objetivo primordial pretendeu-se estabelecer uma relação terapêutica de empatia, respeito e aceitação incondicional.

Objetivos mais específicos:

- 1) Diminuir os níveis de sintomatologia ansiosa e depressiva;
- 2) Conscientizar para as sensações do seu corpo;
- 3) Intervir ao nível das relações amorosas, através da promoção de estratégias de coping mais adaptativas;
- 4) Intervir na autoestima e identidade;
- 5) Intervir ao nível de melhorar os hábitos alimentares e iniciar a prática de exercício físico;
- 6) Melhorar formas de comunicação (assertiva).

30

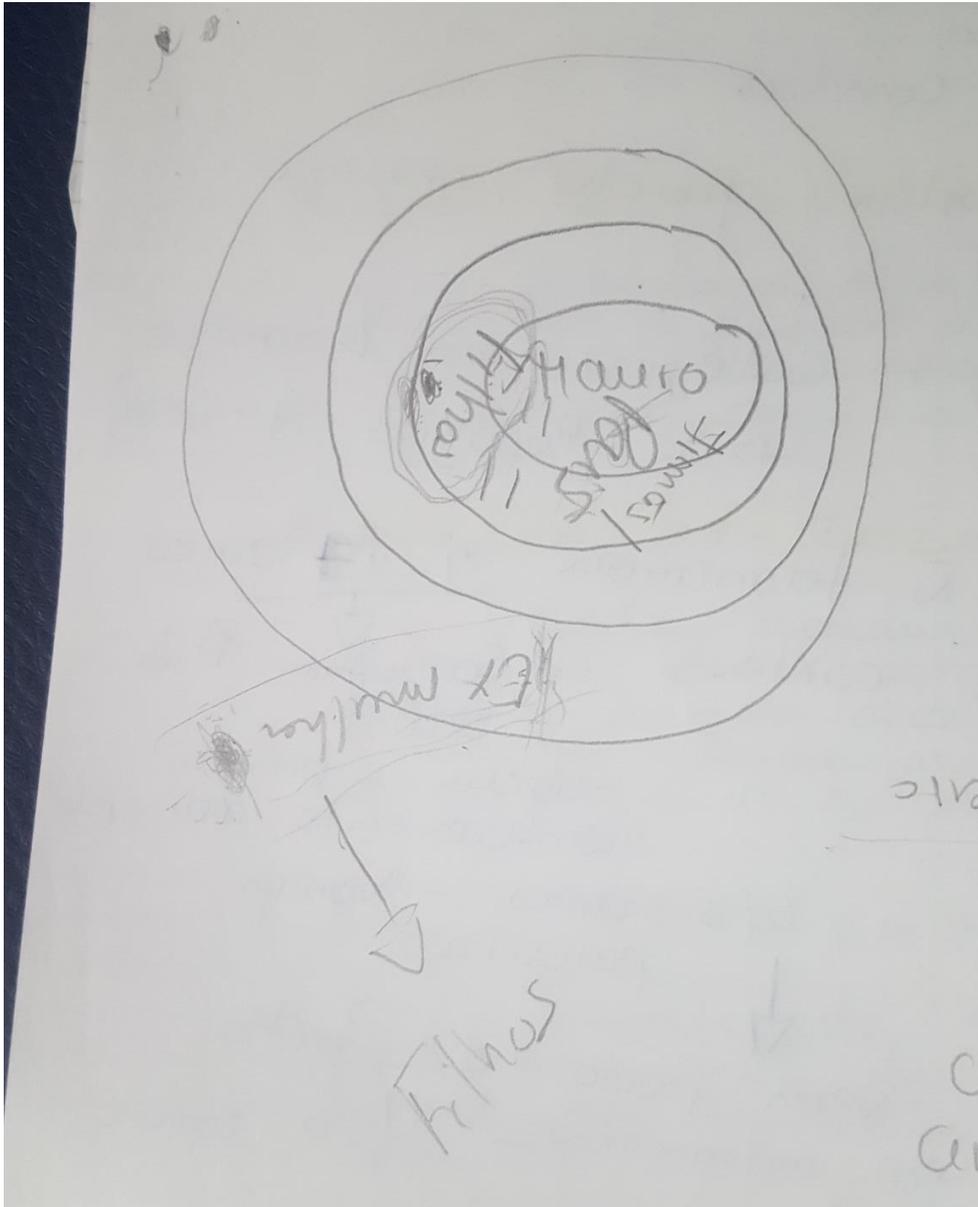
CONSIDERAÇÕES FINAIS

1. Avaliar a ansiedade através do Inventário de Estado-Traço de Ansiedade (STAI, Silva & Spielber, 2007);
2. Abordar as principais queixas (o que não está bem, em que que não se sente bem; que tipo de ajuda parece ser essencial para a doente);
3. Explorar a relação com a filha, quando esta refere rejeição;
4. Explorar a Vida Pessoal (Infância, Adolescência);
5. Continuar a focar nos objetivos iniciados, nomeadamente: intervir ao nível das relações amorosas; intervir na autoestima e identidade; melhorar formas de comunicação (assertiva), parecer fundamental reforçar.

31

ANEXO G
Caso Clínico M

Anexo G1 – Mapeamento do espaço pessoal



Anexo G2 - Registo no diário

Ex-Bostra
Crianças/Filhos

FDS

* Dia 10-01-2020 / 12-01-2020

Supostamente seria um bom fim de semana, mas depareime com a ausência da minha filha. Fiz todas as possíveis para dar um bom fim de semana ao meu filho, mas foi demasiado triste. (A pedido da minha ex. e depois da última consulta não fiquei a dormir e casa dela.)

* Dia 16-01-2020 Mãe - Filho

Acordar mareado, não conseguia andar direito, tudo andava à rola. Não foi um dia bom de trabalho e tive problemas com o patrão pois não conseguia andar direito mesmo menos trabalhar.

* Dia 18-01-2020

Sabado e trabalhei de manhã. Foi o final de um trabalho e foi desastrosa pois tive uma grande discussão com o patrão.

- Orientação
- Conversas

* Dia 20-01-2020

Esta semana não tenho trabalho e não é fácil estar sozinho nesta casa fria e pouco acolhedora. As ideias não fluem, não sei o que fazer e so me surge ideias ruins.

- Interroga o sentido da vida
- Situação suicida 3/4

↓ Dia 21-01-2020

Depois de ter lido com os meus pais por volta da 16h. me deu uma forte dor de cabeça e mareado, a situação foi me isolar em casa, fiquei sem apetite.

Domingo (Noite) → Semit-oi
Deprimido e sozinho

* Dia 22-01-2020

Seja sempre com as dores de cabeça mas foi um dia tranquilo pois me sai de casa.

Filhos

Dia 23-01-2020

- Acordi com dona feita no peito, fui ai
medico que me mandou fazer um Rx.

Depois de fazer o Rx pessei o
resto do dia na cama.

Dia 24-01-2020.

- Acordei mareado e com as dores no peito
Trigo com a falta de raciocinio.

jucaoso.

Anexo G3 - Registo de atividades e a classificação do humor

Semana Passada
20/02/00

REGISTO DO HUMOR

5-30

	2ºF	3ºF	4ºF	5ºF	6ºF	Sábado	Domingo
6-7	acorda			acorda	acorda		
7-8			acorda			acorda	acorda
8-9		acorda	T.H			t.lava	t.lava
9-10	sem Hospital	?	T.H	?		"	"
10-11		café	T.H			"	"
11-12			T.H			"	"
12-13			Almoço	Almoço	Almoço	Almoço	"
13-14	Pass (dentur)		T.H		e.p.	t.lava	Almoço
14-15			T.H		e.p	"	café
15-16	caixa		T.H		e.p	"	"
16-17			T.H		Vig	"	T.V
17-18			T.H		Vig	"	T.V
18-19	feita		T.H			"	T.V
19-20			feita			feita	feita
20-21	caixa	caixa		caixa	feita		
21-22			caixa		caixa	caixa	caixa
22-23							
23-24							
24-1							
1-2							

Classificação do humor:

0, descrição, com exemplos de atividades associadas : _____

5, descrição, com exemplos de atividades associadas : _____

10, descrição, com exemplos de atividades associadas : _____

família

ANEXO H
Caso Clínico C

Anexo H1 - Critérios de Diagnóstico para Perturbação de Ansiedade Social (Fobia Social)

Critérios de Diagnóstico para Perturbação de Ansiedade Social (Fobia Social)

(APA, 2014)

- A. Medo ou ansiedade marcados de uma ou mais situações sociais em que o indivíduo está exposto ao possível escrutínio dos outros. Os exemplos incluem interações sociais (como uma conversa, encontro com pessoas desconhecidas), ser observado (como comer ou a beber) e em situações de desempenho perante os outros (como falar em público).

Nota: Em crianças, a ansiedade tem de estar presente com os pares e não apenas durante interações com adultos

- B. O indivíduo teme comportar-se ou mostrar sintomas de ansiedade que possam ser avaliados negativamente (isto é, que seja humilhante ou embaraçoso; que leve à rejeição ou ofensa dos outros).
- C. As situações sociais provocam quase sempre medo ou ansiedade.

Nota: Em crianças, o medo ou ansiedade pode ser expressos por choro, birras, imobilidade, colar-se aos outros, retraimento ou incapacidade de falar em situações sociais.

- D. As situações sociais são evitadas ou enfrentadas com intenso medo ou ansiedade.
- E. O medo ou ansiedade são desproporcionados relativamente ao perigo real apresentada que a situação social pressupõe e ao contexto sociocultural.
- F. O medo, ansiedade ou evitamento são persistentes, com uma duração típica de 6 ou mais meses.
- G. O medo, ansiedade ou o evitamento causam mal-estar clinicamente significativo ou défice social, escolar, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento.
- H. O medo, ansiedade ou o evitamento não são atribuíveis aos efeitos fisiológicos de uma substância (por exemplo, droga de abuso, medicação) ou a outra condição médica.
- I. O medo, ansiedade ou o evitamento não são mais bem explicados por sintomas de outra perturbação mental, tal como perturbação de pânico, perturbação dismórfica corporal ou perturbação do espectro do autismo
- J. Se outra condição médica (por exemplo, doença de Parkinson, obesidade, desfiguração provocada por queimaduras ou lesões) está presente, o medo, ansiedade ou o evitamento não estão claramente relacionados ou são excessivos.

Especificar se: **Apenas de desempenho.** Se o medo se restringe a falar ou a situações de desempenho em público.

Critérios de Diagnóstico para Agorafobia

(APA, 2014)

A. Medo ou ansiedade marcados acerca de duas (ou mais) das 5 situações seguintes:

1. Utilização de transporte público (por exemplo, automóveis, autocarros, comboios, barcos, aviões).
2. Estar em espaços abertos (por exemplo, parques de estacionamento, mercados ao ar livre, pontes).
3. Estar em espaços fechados (por exemplo, lojas, teatros, cinemas).
4. Estar em pé numa fila ou estar numa multidão.
5. Estar fora de casa sozinho.

B. O indivíduo tem medo ou evita essas situações devido a pensamentos de que a fuga poderá ser difícil ou de que escapar ou de que a ajuda poderá não estar disponível no caso de desenvolver sintomas do tipo ataque de pânico ou outros sintomas incapacitantes ou embaraçosos (por exemplo, medo de cair nos idosos; medo de incontinência).

C. As situações agorafóbicas provocam quase sempre medo ou ansiedade.

D. As situações agorafóbicas são evitadas ativamente, requerem a presença de um companheiro ou são suportadas com medo ou ansiedade intensos.

E. O medo ou ansiedade são desproporcionais em relação ao perigo real que as situações agorafóbicas pressupõem e ao contexto sociocultural.

F. O medo, ansiedade ou evitamento são persistentes, com uma duração típica de 6 ou mais meses.

G. O medo, ansiedade ou evitamento causam mal-estar clinicamente significativo ou défice social, escolar, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento.

H. Se outra condição médica estiver presente (por exemplo, doença inflamatória intestinal, doença de Parkinson) o medo, a ansiedade ou evitamento são claramente excessivos.

I. O medo, ansiedade ou evitamento não são mais bem explicados pelos sintomas de outras condições mentais – por exemplo, os sintomas não estão confinados a fobia específica, tipo situacional; não envolvem apenas situações sociais (como na perturbação de ansiedade social); e não estão relacionadas exclusivamente com obsessões (como na perturbação obsessivo-compulsiva), falhas ou defeitos percecionados na aparência

física (como na perturbação dismórfica corporal), recordações de acontecimentos traumáticos ou medo de separação (como na perturbação de stress pós-traumático) ou medo de separação (como na perturbação de ansiedade de separação).

Nota: A agorafobia é diagnosticada independentemente da presença de perturbação de pânico. Se a apresentação de um indivíduo preenche os critérios para perturbação de pânico e agorafobia, ambos os diagnósticos devem ser atribuídos.

Critérios de Diagnóstico para Perturbação de Ansiedade Generalizada

(APA, 2014)

- A. Ansiedade e preocupação excessivas (apreensão expectante) que ocorrem em mais de metade dos dias durante pelos menos 6 meses, sobre vários acontecimentos ou atividades (tais como o desempenho laboral ou escolar).
- B. O indivíduo tem dificuldade em controlar a preocupação.
- C. A ansiedade e a preocupação estão associadas com 3 (ou mais) dos 6 sintomas seguintes (com pelo menos alguns sintomas presentes em mais de metade dos dias durante 6 meses):

Nota: Nas crianças é requerido apenas 1 item.

- 1. Agitação, nervosismo ou tensão interior.
 - 2. Fadiga fácil.
 - 3. Dificuldades de concentração ou mente vazia.
 - 4. Irritabilidade.
 - 5. Tensão muscular.
 - 6. Perturbações no sono (dificuldade em adormecer ou permanecer a dormir, ou sono insatisfatório).
- D. A ansiedade, preocupação ou sintomas físicos causam mal-estar clinicamente significativo ou défice no funcionamento social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento.
 - E. A perturbação não é atribuível a efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por exemplo, droga de abuso, medicação) ou outra condição médica (por exemplo, hipertiroidismo).
 - F. A perturbação não é mais bem explicada por outra perturbação mental (por exemplo, ansiedade ou preocupação pela possibilidade de ter ataques de pânico na perturbação de pânico, avaliação negativa na perturbação de ansiedade social [fobia social], contaminação ou outras obsessões na perturbação obsessivo-compulsiva, separação das figuras de vinculação na perturbação de ansiedade de separação, recordações de

acontecimentos traumáticos na perturbação de stress pós-traumático, ganho de peso na anorexia nervosa, queixas físicas na perturbação de sintomas somáticos, defeitos na aparência percebida na perturbação dismórfica corporal, ter uma doença grave na perturbação de ansiedade de doença, ou o conteúdo de crenças delirantes na esquizofrenia ou perturbação delirante).

Anexo H4 - Critérios de Diagnóstico para Perturbação Relacionada com Trauma e Fatores de Stress com Outra Especificação

Critérios de Diagnóstico para Perturbação Relacionada com Trauma e Fatores de Stress com Outra Especificação.

(APA, 2014)

Esta categoria aplica-se às apresentações nas quais predominam os sintomas característicos de perturbação relacionada com trauma e fatores de stress que causam mal-estar clinicamente significativo ou défice social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento, mas que não preenchem os critérios completos para nenhuma das perturbações da classe diagnóstica de perturbação relacionada com trauma e fatores de stress. A categoria perturbação relacionada com trauma e fatores de stress com outra especificação é utilizada em situações em que o clínico opta por especificar a razão específica pela qual a apresentação não preenche os critérios para nenhuma perturbação relacionada com trauma e fatores de stress específica. Tal é realizado pelo registo de «perturbação relacionada com trauma e fatores de stress com outra especificação», seguida pela razão específica (por exemplo, «perturbação de luto complicado persistente»).

Exemplos de apresentações que podem ser classificadas usando a designação «com outra especificação» incluem os seguintes:

- 1. Perturbações de tipo ajustamento com início tardio dos sintomas que ocorrem mais de 3 meses depois do fator de stress.**
- 2. Perturbações de tipo ajustamento com duração prolongada de mais de 6 meses sem duração prolongada do fator de stress.**
- 3. Ataque de *nervios*:** Ver «Glossário de Conceitos Culturais de Mal-Estar», no Anexo do DSM-5.
- 4. Outras síndromes culturais.** Ver «Glossário de Conceitos Culturais de Mal-Estar», no Anexo do DSM-5.
- 5. Perturbação de luto complicado persistente.** Esta perturbação é caracterizada por luto grave e persistente e reações de luto (ver capítulo «Condições para Estudo Futuro» na Secção III do DSM-5).

Anexo H5 – Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI) e resultados

BSI / Consulta Psicologia

L. P. Derogatis; 1993; Versão: M.C. Canavarro, 1995

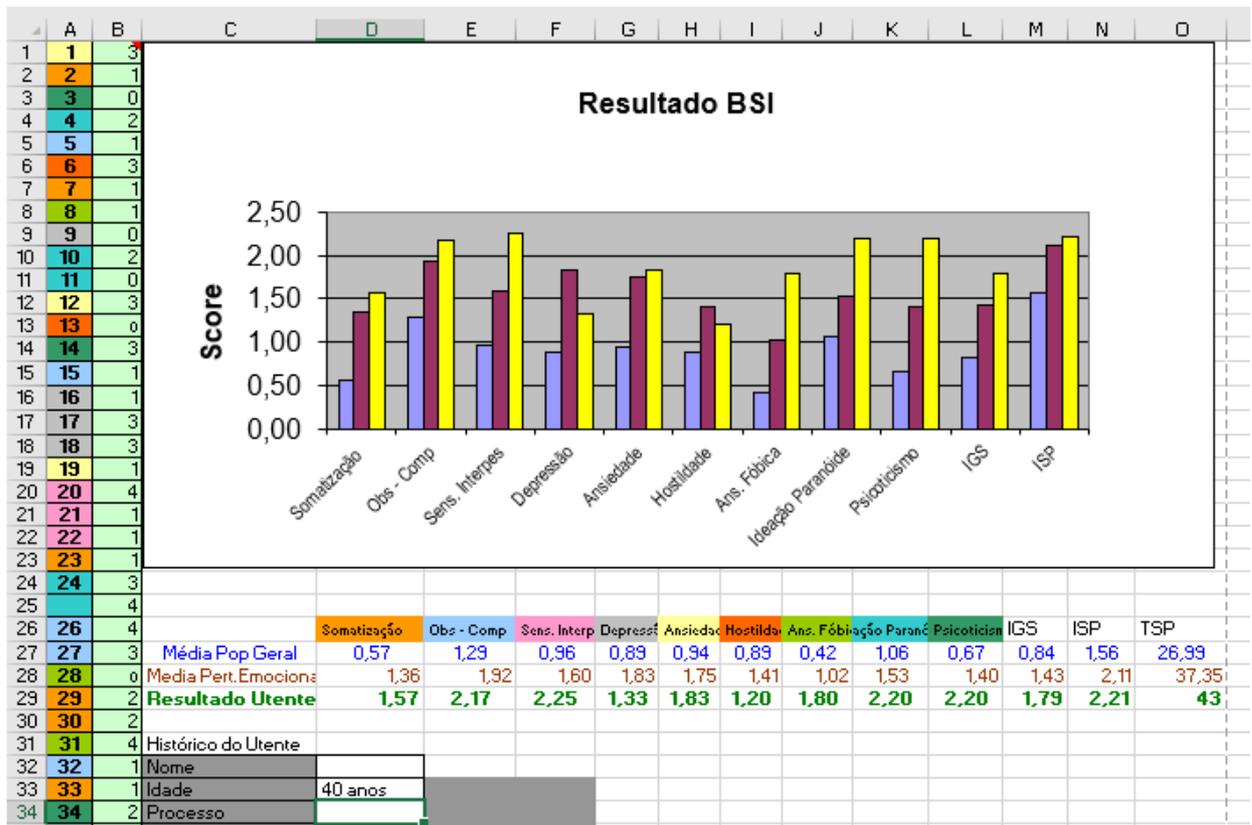
Nome _____

Data: 26/22/2019

A seguir encontra-se uma lista de problemas ou sintomas que por vezes as pessoas apresentam. Assinale, num dos espaços à direita de cada sintoma, aquele que melhor descreve o **GRAU EM QUE CADA PROBLEMA O AFECTOU DURANTE, A ÚLTIMA SEMANA**. Para cada problema ou sintoma marque apenas um espaço com uma cruz. Não deixe nenhuma pergunta por responder.

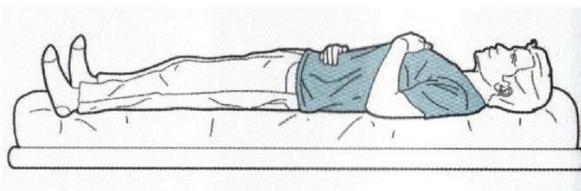
		0	1	2	3	4
	Em que medida foi afectado pelos seguintes sintomas:	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
1	Nervosismo ou tensão interior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Desmaios ou tonturas	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Ter a impressão que as outras pessoas podem controlar os seus pensamentos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Ter a ideia que os outros são culpados pela maioria dos seus problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Dificuldade em se lembrar de coisas passadas ou recentes	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Aborrecer-se ou irritar-se facilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Dores sobre o coração ou no peito	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Medo na rua ou praças públicas	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Pensamentos de acabar com a vida	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Sentir que não pode confiar na maioria das pessoas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Perder o apetite	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Ter um medo súbito sem razão para isso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Ter impulsos que não se podem controlar	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Sentir-se sozinho mesmo quando está com mais pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Dificuldade em fazer qualquer trabalho	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Sentir-se sozinho	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Sentir-se triste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Não ter interesse por nada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Sentir-se atemorizado	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Sentir-se facilmente ofendido nos seus sentimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
21	Sentir que as outras pessoas não são amigas ou não gostam de si	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	Sentir-se inferior aos outros	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	Vontade de vomitar ou mal estar do estômago	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	impressão de que os outros o costumam observar ou falar de si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	Dificuldade em adormecer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
26	Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
27	Dificuldade em tomar decisões	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28	Medo de viajar de autocarro, de comboio ou de metro	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Em que medida foi afectado pelos seguintes sintomas:	0	1	2	3	4
		Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
29	Sensação de que lhe falta o ar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30	Calafrios ou afrontamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31	Ter de evitar certas coisas, lugares ou actividades por lhe causarem medo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
32	Sensação de vazio na cabeça	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33	Sensação de anestesia (encortiçamento ou formigueiro) no corpo	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34	Ter a ideia que deveria ser castigado pelos seus pecados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35	Sentir-se sem esperança perante o futuro	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36	Ter dificuldade em se concentrar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37	Falta de forças em partes do corpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38	Sentir-se em estado de tensão ou aflição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39	Pensamentos sobre a morte ou que vai morrer	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40	Ter impulsos de bater, ofender ou ferir alguém	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41	Ter vontade de destruir ou partir coisas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42	Sentir-se embaraçado junto de outras pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43	Sentir-se mal no meio das multidões como lojas, cinemas ou assembleias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
44	Grande dificuldade em sentir-se "próximo" de outra pessoa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45	Ter ataques de terror ou pânico	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46	Entrar facilmente em discussão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47	Sentir-se nervoso quando tem que ficar sozinho	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48	Sentir que as outras pessoas não dão o devido valor ao seu trabalho ou às suas capacidades	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49	Sentir-se tão desassossegado que não consegue manter-se sentado quieto	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50	Sentir que não tem valor	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51	A impressão que, se deixasse, as outras pessoas se aproveitariam de si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52	Ter sentimentos de culpa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53	Ter a impressão que alguma coisa não regula bem na sua cabeça	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

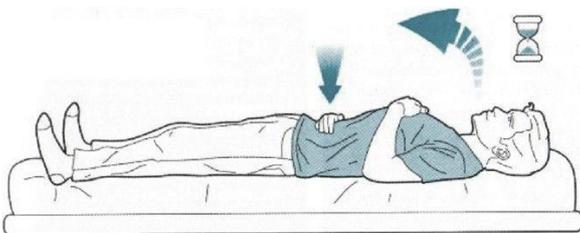


Anexo H6 – Folha informativa da respiração diafragmática

1 - Deitado coloque a mão na barriga, logo acima do umbigo, e a outra no peito.

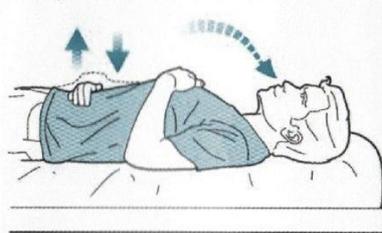


3 - Respire com calma, de maneira regular e suave.



4 - Expire lentamente, mais ou menos na mesma velocidade que inspirou. Deixe sair todo o ar. As primeiras experiências podem ocasionar tonturas. Portanto, faça os exercícios devagar.

2 - Inale lentamente, procurando fazer de sua barriga um balão expandindo-se. A mão da barriga sobe e desce, e a mão do tórax deve se mexer bem pouco.



Quero mais. Como oxigenar melhor meu sangue?

Utilizando as técnicas acima, treine com respirações lentas e profundas. Quanto mais ar, melhor. O ideal é reproduzi-las no mínimo duas ou três vezes ao dia, da seguinte forma:

-A inspiração deve durar 4 segundos.

-Depois, prenda o ar nos pulmões por 8 segundos, o que favorece uma troca gasosa mais tranquila e faz um pouco mais de gás carbônico circular pelos brônquios.

-Solte o ar em 12 segundos. Nem sempre no começo a pessoa consegue suportar tanto tempo, pois depende do estado emocional e da capacidade de respiração.

Anexo H7 - Respostas “Escala de Sensações Corporais”

Escala de sensações corporais

Para cada um dos sintomas listados abaixo, faça um X na coluna que melhor descrever o que você sente quando está nervoso ou enfrentando situações temidas:

	Nada	Muito Pouco	Pouco	Moderado	Grave	Muito Grave
1. Coração disparado		X				
2. Pressão ou dor no peito		X				
3. Adormecimento nos braços e pernas	X					
4. Formigamento nas pontas dos dedos	X					
5. Adormecimento em partes do corpo	X					
6. Tontura, flutuação, sensação de balanço					X	
7. Falta de ar				X		
8. Visão turva ou distorcida		X				
9. Náusea					X	
10. Sensação de vazio no estômago				X		
11. Ondas de frio e calor				X		
12. Nó na garganta				X		
13. Pernas bambas			X			
14. Sudorese		X				
15. Boca seca					X	
16. Desorientação ou confusão		X				
17. Sensação de descontrole ou estranheza com o corpo		X				

↑ Stress ↓
↓
sensação de calor
• Pânico
• Fronteira do
elo ex

- Medicação
O.C.
s/ motiva
medicação