

Relatório de estágio

Luísa Isabel Soares de Sousa

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

Gandra, 2020



Relatório de estágio

Luísa Isabel Soares de Sousa

Número de aluna: 23545

Supervisão: Professora Doutora Manuela Leite

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

Gandra, 2020

Declaração de Integridade

Eu, Luísa Isabel Soares de Sousa estudante do Mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia do Instituto Universitário de Ciências da Saúde, declara ter atuado com absoluta integridade na elaboração deste Relatório de Estágio.

Confirmo que em todo o trabalho conducente à sua elaboração não recorri a qualquer forma de falsificação de resultados ou prática de plágio (ato pelo qual um indivíduo, mesmo por omissão assume a autoria do trabalho intelectual pertencente a outrem, na sua totalidade ou 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

“A gratidão é a memória do coração” (Antístenes – filósofo grego)

Ao longo deste percurso passaram e permaneceram pessoas no meu coração e na minha vida, a quem ficarei eterna grata.

A minha supervisora, a professora Manuela, pela paciência, pela disponibilidade, pela preocupação, pelos conselhos e ensinamentos que tanto me ajudaram e contribuíram para que desse sempre o meu melhor; os *professores do IUCS*, que ao longo destes anos de formação sempre deram o seu melhor pela minha aprendizagem e pelo meu crescimento;

O meu orientador pela partilha de conhecimentos e ensinamentos, pela confiança depositada em mim mesmo quando as dúvidas me surgiam, pelo apoio e incentivo constante a fazer sempre melhor; *A Doutora E.L.*, por todos os conhecimentos transmitidos e pela confiança depositada. *Todos os profissionais do departamento*, pelo acolhimento, pela ajuda e partilha de experiências;

Os meus pais, pelos valores e educação que sempre me inculcaram, pelo apoio e incentivo diário, pelo exemplo de determinação e resiliência que sempre me transmitiram, pela compreensão, por estarem sempre ali e acreditarem que eu seria capaz. Por serem o meu maior apoio e suporte. *A minha irmã* que mesmo inconscientemente, sempre me mostrou que com força e determinação tudo conseguimos. Por me desafiar a ser o maior e o melhor exemplo. *A minha restante família*, que sempre esteve por perto acreditando em mim e encorajando-me a não desistir. *As minhas estrelas* que mesmo lá do céu me guiam e me fazem sempre querer fazer mais e melhor;

O meu núcleo de amigos por todos os momentos de diversão e partilha. Por sempre compreenderem as longas horas de trabalho, pela paciência e disponibilidade, por sempre terem uma palavra de incentivo e de apoio!

As minhas meninas que a psicologia me trouxe, as minhas companheiras, aquelas que sempre compreendiam o desânimo e os medos, mas que sempre tinha as palavras e o abraço no momento certo.

O meu PARA SEMPRE,

Obrigada!

Abreviaturas e acrónimos

IUCS – Instituto Universitário de Ciências da Saúde;

CESPU – Cooperativa de Ensino Superior Politécnico Universitário;

SPSM – Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental;

DSL – Doenças de Sobrecarga Lisossomais;

EIHSCP – Equipa Intra Hospitalar de Suporte dos Cuidados Paliativos;

CP – Cuidados Paliativos;

PMA – Procriação Medicamente Assistida;

CPMA – Centro de Procriação Medicamente Assistida;

UNIPSI – Unidade Funcional de Psicologia Clínica e da Saúde;

AMTCO – Avaliação Multidisciplinar do Tratamento Cirúrgico para a Obesidade;

APA – *American Psychological Association*;

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde;

SNS – Serviço Nacional de Saúde;

OPP – Ordem dos Psicólogos Portugueses;

DGS – Direção Geral de Saúde;

AVC – Acidentes Vascular Cerebral;

TCE – Traumatismo CranioEncefálico

HADS – Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar;

BSI – Inventário de Sintomas Psicopatológicos;

CES – D – *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale*;

NADL – F – *Numerical Activities of Daily – Living – Financial*;

ACE – III – *Addenbrooke's Cognitive Examination*

IFS – *Ineco Frontal Screening*;

WAIS – Escala de Inteligência de Wechsler para adultos;

AIVD – Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária;

GDS – Escala de depressão Geriátrica;

HVLT – R – *Hopinks Verbal Learning Test*;

DSM – V - Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais

TCC – Terapia Cognitivo Comportamental

Índice

Introdução	1
O Local de estágio.....	2
1. O hospital	2
1.1. Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental - SPSM	2
1.1.1. Unidade funcional de Psicologia Clínica e da Saúde – UNIPSI.....	3
1.2. A psicologia clínica e da saúde	4
1.2.1. Papel do psicólogo em meio hospitalar.....	5
1.2.2. Neuropsicologia clínica.....	6
2. Atividade de estágio desenvolvidas	6
2.1. Reuniões de serviço.....	6
2.2. Reuniões de supervisão	7
2.3. Reuniões de orientação.....	8
2.4. Observação participante	8
2.5. Grupos terapêuticos.....	10
2.6. Coterapeuta em grupo terapêutico.....	14
2.7. Investigação da dissertação de mestrado – recolha de amostra	16
2.8. Investigação “Variáveis psicossociais dos novos pacientes na consulta de Psicologia – Saúde Mental, em adultos.”.....	17
2.9. Investigação “Ser cuidador em tempos de pandemia”	18
2.10. Formações	19
2.11. Consultas de acompanhamento psicológico e de avaliação	21
3. Caso clínico I – avaliação neuropsicológica	25
4. Caso clínico II – avaliação psicológica.....	36
Reflexão final.....	50
Bibliografia	52
Anexos ao relatório de estágio	

Índice de Anexos

Anexo A: Grupo Terapêutico

A1 – Regras de funcionamento

A2 - Questionário Sócio demográfico;

A3 - Consentimento informado;

A4 – Planos de sessão

A5 – Apresentação de cada sessão - *PowerPoint*

A6 – Panfletos de cada sessão

Anexo B: Investigação “Variáveis psicossociais dos novos pacientes na consulta de Psicologia – Saúde Mental, em adultos.”

B1: Consentimento informado

B2: Questionário sócio demográfico

Anexo C: Investigação “Ser cuidador em tempos de pandemia”

C1: Questionário

Anexo D: Consultas de acompanhamento psicológico e de avaliação

D1: Protocolo de segurança

D2: Anamnese adulto

Índice de tabelas

Tabela 1 - Resultados dos diferentes instrumentos - caso I..... 31

Tabela 2 - Resultados dos diferentes instrumentos - caso II 44

Introdução

O estágio curricular enquadra-se no plano de atividades do 2º ano de Mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia lecionado no Instituto Universitário de Ciências da Saúde (CESPU), no ano letivo de 2019/2020. Este decorreu no Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental – SPSM de um Hospital público do Norte do país, sob a supervisão da Professora Doutora Manuela Leite e orientação de um psicólogo do SPSM. Teve início no dia 7 outubro de 2019 e término a 31 julho de 2020, decorrendo habitualmente, de segunda-feira a sexta-feira, das 8h30min às 18h30min.

Devido à situação de pandemia as atividades de estágio foram suspensas entre o dia 9 de março e 24 de junho de 2020 tendo por isto, a duração total de 6 meses. O regresso após o confinamento obrigou a uma diminuição da carga horária, passando esta a ser de quarta-feira a sexta-feira, no período da tarde. Foram previamente definidas e adotadas novas regras de segurança e higienização considerando as indicações da DGS previstas para esta pandemia.

Este é um ano muito aguardado pela maioria dos estudantes, pois permitirá o verdadeiro confronto com a prática clínica, após 4 anos maioritariamente teóricos. Ao longo deste documento pretendo transmitir de uma forma clara, a minha experiência, as minhas inquietações e fragilidades e também, os meus maiores desafios e aprendizagens, ao longo deste ano enquanto estagiária. O documento está dividido em duas partes, sendo a primeira dedicada à descrição e caracterização do local de estágio e das atividades realizadas, e a segunda parte dedicada à descrição do acompanhamento, da avaliação e da intervenção proposta em dois casos clínicos distintos.

O Local de estágio

1. O hospital

O Hospital é um hospital público reconhecido como referência na qualidade de serviços prestados, quer a nível nacional e internacional. Tem como principais objetivos assegurar os melhores cuidados de saúde à população regional e ainda, estabelecer e fomentar a formação e a investigação pré e pós-graduada (Ramos, Almeida & Fonseca, 2017).

A construção deste hospital iniciou-se em 1978 sendo que, anteriormente a esta data, o hospital era conhecido como Hospital Distrital e as suas instalações eram no Convento dos Capuchos. Devido à falta de espaço e de modo a suprimir as necessidades da população iniciou-se um novo projeto que após algumas modificações estruturais ao longo dos anos, tornou-se o atual Hospital (Ramos, Almeida & Fonseca, 2017).

Atualmente, o hospital é constituído por 2 edifícios sendo o edifício principal constituído por 11 pisos e um outro constituído por 3 pisos. Tem como área de influência direta 8 concelhos vizinhos.

1.1. Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental - SPSM

O SPSM é uma das áreas médicas do hospital tendo sido criado pela necessidade de prestação de cuidados a nível da saúde mental daquela área de influência. Os objetivos deste serviço são: prevenir, diagnosticar e tratar as perturbações mentais; promover atividades de investigação na área da saúde mental; e, promover a formação prática e contínua de alunos de variadas áreas da saúde, nomeadamente enfermagem, psicologia e medicina (Ramos, Almeida & Fonseca, 2017).

O serviço desenvolve um vasto leque de respostas diferenciadas com Unidades/Serviços/Consultas especializadas para situações particulares: Unidade de psicogeriatría/ Perturbações cognitivas – vocacionada para o tratamento e o diagnóstico de perturbações psiquiátricas no idoso e de perturbações cognitivas nas diferentes idades; a Unidade de crise – focada no tratamento, na prevenção e contenção de situações de crises, comportamentos suicidários e/ou parasuicidários; a Psiquiatria e Pedopsiquiatria de ligação – constituída pela unidade de psico-oncologia que tem como funções o

tratamento e o suporte psiquiátrico e psicológico a doentes oncológicos e aos seus familiares, e também o serviço de consultoria interna que prevê a comunicação e os pedidos de colaboração entre o SPSM e os diferentes serviços de internamento do hospital; a consulta de casal – vocacionada para o diagnóstico e tratamento de perturbações psiquiátricas que perturbem a dinâmica conjugal; a avaliação clínica e social domiciliária – que visa a assistência técnica e médica mais frequente a doentes com psicopatologia grave, através de visitas domiciliárias realizadas por diferentes profissionais da saúde mental; a consulta de enfermagem – que avalia e psicoeduca familiares e doentes com perturbações mentais graves; o hospital de dia – que permite a vigilância, o tratamento e a avaliação de doentes esquizofrénicos com terapêutica injetável de longa duração; o apoio psicológico e psiquiátrico a doentes com diagnóstico de Doenças de Sobrecarga Lisossomas – DSL - sendo este hospital um centro de referência a nível nacional, nesta área; o apoio psicológico nos cuidados paliativos – com a integração de um psicólogo na Equipa Intra-hospitalar de Suporte aos Cuidados Paliativos - EIHSCP; o apoio psicológico em Procriação Medicamente Assistida – PMA – com a integração de um psicólogo no Centro de Procriação Medicamente Assistida – CPMA; e, o apoio psicológico na obesidade – com a integração de um psicólogo na Equipa Multidisciplinar de Tratamento Cirúrgico da Obesidade (Ramos, Almeida & Fonseca, 2017).

Este departamento presta cuidados com um internamento, com capacidade para 12 doentes, e em regime de hospital de dia e de consultas, quer internas quer externas. Encontra-se situado no bloco das consultas externas II, no piso 3.

A equipa multidisciplinar deste serviço é constituída por 5 médicos psiquiatras, 3 médicos pedopsiquiatras, 6 psicólogos, 9 enfermeiros, 1 administrativo e 1 assistente social.

1.1.1. Unidade funcional de Psicologia Clínica e da Saúde – UNIPSI

A UNIPSI está integrada no SPSM estando sobre a direção deste, no entanto com um coordenador próprio. Atualmente a equipa é constituída por 6 psicólogos, estando 2 a realizar estágio profissional para a Ordem dos Psicólogos. Estes profissionais estão responsáveis por prestar assistência em determinados protocolos e populações alvo, tendo em conta, as suas especialidades clínicas.

A criação da UNIPSI prevê a proximidade de relações entre os psicólogos e os restantes profissionais do departamento, mantendo sempre uma autonomia e individualidade técnica.

Esta unidade tem como principais intervenções técnicas a avaliação psicológica, psicométrica e neuropsicológica, a psicoterapia individual ou em grupo, a terapia de casal e familiar e a intervenção em crise (Ramos, Almeida & Fonseca, 2017). Além disto foram estabelecidos protocolos com outras especialidades e serviços hospitalares, que visam estabelecer colaborações onde a ação de um psicólogo ajudará a suprimir as necessidades e melhorar a prestação de cuidados aos utentes. Estas colaborações ocorrem com a unidade de oncologia, de EIHSCP, de dor crónica e de medicina de reprodução (acompanhamento psicológico durante o tratamento de fertilização - PMA) e com os serviços de pediatria e de gastroenterologia (consultas de obesidade incluídas na Avaliação Multidisciplinar do Tratamento Cirúrgico para a Obesidade - AMTCO) (Ramos, Almeida & Fonseca, 2017).

1.2. A psicologia clínica e da saúde

A psicologia da saúde é um campo da psicologia que avalia, diagnostica, trata e previne os problemas físicos e mentais que derivam da doença física ou mental e que são essenciais para os processos de saúde e doença (Castro & Bornholdt, 2004).

Esta especialidade relaciona todos os fatores biológicos, sociais e psicológicos que influenciam a saúde e a doença do indivíduo, tendo como principais objetivos a promoção da saúde e a prevenção da doença (APA, 2008). A psicologia da saúde estuda a relação entre a saúde e o comportamento sendo fulcral em equipas de prestação de cuidados de saúde (APA, 2014).

A psicologia clínica é uma especialidade complexa da psicologia que pretende avaliar, prevenir, diagnosticar e tratar uma grande variedade de perturbações mentais, emocionais ou comportamentais que, perturbam a saúde e o bem-estar do indivíduo (APA, 2014). Esta especialidade tem como objeto de estudo a saúde e as doenças mentais enquanto que, a psicologia da saúde direciona o seu estudo para a promoção da saúde e prevenção das doenças (ACSS, 2017).

A psicologia clínica e da saúde reúne os conhecimentos e métodos da psicologia clínica e da psicologia da saúde, com o objetivo de promover a saúde física e mental,

prevenir, avaliar e tratar as perturbações mentais e físicas considerando todos os fatores biológicos, físicos, emocionais, sociais e comportamentais do indivíduo, que podem auxiliar neste processo (Ribeiro & Leal, 1996).

1.2.1. Papel do psicólogo em meio hospitalar

“As unidades/serviços de Psicologia inseridos nos hospitais deverão desenvolver a sua atividade em articulação com os restantes serviços hospitalares e demais especialidades (médicas e não médicas), numa perspetiva de cuidados de saúde integrados.” (Despacho n.º 13278/2016, de 7 de novembro de 2016, do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde – 2017).

O Serviço Nacional de Saúde (SNS, 2017) defende que as funções e as áreas de intervenção do psicólogo no meio hospitalar são: a realização de consultas psicológicas – que incluem a avaliação e intervenção psicológica e a intervenção psicoterapêutica; a realização de consultoria – aos profissionais de outras especialidades médicas ou não médicas; a prestação de apoio a crianças e jovens em risco – através da avaliação psicológica da criança ou jovem e consultoria a outros profissionais e/ou à família; a prevenção de violência em adultos – através da criação de equipas de intervenção e posteriormente, consultoria às mesmas e a avaliação psicológica dos indivíduos sinalizados neste contexto; e, a intervenção em contexto de internamento – geralmente em casos de psicopatologia, de não adesão ao tratamento, de internamentos prolongados, de situações de conflitos familiares e/ou maus tratos, de casos de doenças terminais e crónicas e em situações que, o diagnóstico tenha um grande impacto a nível funcional para o paciente e para a família.

A inclusão de serviços de psicologia num meio hospitalar permite não só tratar, mas também prevenir as perturbações mentais e promover a saúde emocional e psicológica dos indivíduos. A atuação do psicólogo visa uma intercomunicação entre as diversas especialidades médicas e não médicas, tendo sempre por objetivo o bem-estar físico e emocional do paciente e da sua família (OPP, 2015).

A atuação dos psicólogos em ambiente hospitalar assenta no modelo biopsicossocial que prevê uma intervenção generalizada tendo em conta, as diferentes dimensões do indivíduo física, psíquica e social. Pretende-se que o clínico, escute e considere o indivíduo como sendo único e não, definindo-o pela sua patologia (Gasparini, 2018).

1.2.2. Neuropsicologia clínica

A neuropsicologia atualmente ainda pode ser definida como “o estudo científico das relações cérebro-comportamento” (Meier, 1974 *cit in* Horton & Wedding, 2008, p.3). Esta é uma neurociência e um campo de especialização da psicologia que se dedica à avaliação e intervenção nas consequências comportamentais que determinadas disfunções cerebrais provocam (Beaumont, 2008). Estas disfunções podem ter uma etiologia variada sejam doenças, tumores, traumatismos ou efeitos secundários a substâncias tóxicas (Beaumont, 2008).

No SPSM existem consultas de neuropsicologia clínica que provém maioritariamente de pedidos de colaboração da especialidade de neurologia. Estes pedidos visam uma avaliação neuropsicológica geral ou de domínios cognitivos específicos e pretende-se confirmar ou infirmar hipóteses diagnósticas previamente estabelecidas com base em lesões, patologias e/ ou sinais e sintomas que doente apresente.

2. Atividade de estágio desenvolvidas

2.1. Reuniões de serviço

As reuniões de serviço do SPSM têm uma periodicidade semanal, à segunda feira na primeira hora do dia. Estas são reuniões multidisciplinares onde todos os profissionais de saúde do departamento participam (enfermeiros, psicólogos, psiquiatras e assistente social), ou são representados por um dos colegas (situação da equipa de enfermagem). Os objetivos destas reuniões são discutir casos clínicos em internamento ou em lista de espera para o internamento, analisar pedidos e possíveis internamentos novos e, partilhar e definir estratégias de ação perante questões práticas ou logísticas que possam surgir.

Ao longo do período de estágio estive presente de forma assídua nestas reuniões que se demonstraram muito pertinentes e enriquecedoras. Foi-me permitido um contacto mais próximo com todos os profissionais de saúde do departamento, um maior conhecimento a nível dos sinais e sintomas da psicopatologia, uma maior consciencialização da logística do internamento em saúde mental e, permitiu-me ainda entender a pertinência e a importância do trabalho multidisciplinar nesta área.

2.2. Reuniões de supervisão

As reuniões de supervisão tinham uma periodicidade semanal que variava conforme a disponibilidade dos elementos, com a duração de cerca de 2 horas, sendo dirigidas pela Professora Doutora Manuela Leite. Estas reuniões normalmente ocorriam no IUCS em grupo, havendo sempre a hipótese de se realizarem de forma individual e com uma menor periodicidade, dependendo da necessidade de cada aluna.

Os objetivos incidiam no acompanhamento regular das atividades de estágio, na discussão e na partilha de casos clínicos, na partilha de dúvidas quanto à atuação clínica e possíveis estratégias de resolução e/ou intervenção e ainda, na partilha de materiais informativos de apoio.

Todos estes objetivos foram atingidos ao longo dos meses e eu acrescentaria um outro que não foi mencionado anteriormente, mas que na minha opinião foi essencial e muito enriquecedor. A partilha por parte do grupo de inquietações e medos que surgiram com a realidade clínica e, a procura de estratégias adaptativas para a resolução destas foi essencial para o meu crescimento pessoal e profissional. Permitiu-me diversas vezes uma reflexão pessoal e o estabelecimento de empatia com as minhas colegas perante as situações que relatavam e, permitiu-me ainda definir estratégias que me seriam úteis em situações profissionais semelhantes. Este objetivo só foi conseguido pelo facto de as reuniões serem em grupo, ou seja, aconteciam com todas as orientadas da Professora Doutora Manuela Leite sendo que, cada uma de nós tinha um tempo para partilhar o que pretendia. Considerando que, o grupo era constituído por estagiárias de dois locais de estágio muito distintos, um hospital público e uma clínica privada, potencializava o conhecimento e a partilha de experiências e de realidades muito distintas, sendo assim uma mais valia.

Após a situação de confinamento, devido à pandemia COVID – 19, estas reuniões passaram a realizar-se por videoconferência, através da plataforma *ZOOM*. Apesar da situação, as reuniões mantiveram a periodicidade, com a duração de 2 a 3 horas e os objetivos foram reformulados. A Professora Doutora Manuela Leite propôs ao grupo a apresentação semanal e de forma rotativa de casos clínicos que fomos acompanhando durante o período de estágio, de forma a que estes casos pudessem ser discutidos entre o grupo. Estas apresentações continham uma breve descrição da história clínica e pessoal do paciente, o estabelecimento de hipóteses diagnósticas, a descrição e explicação dos instrumentos usados, a apresentação dos resultados, a discussão dos mesmos, o

estabelecimento de um diagnóstico possível através da confirmação ou não das hipóteses e por fim, uma proposta de intervenção. Mais uma vez esta reformulação dos objetivos foi muito enriquecedora e reveladora de uma grande capacidade de adaptação à nova realidade. Desta forma, continuamos a potencializar as aprendizagens através da partilha de experiências, de sugestões e de opiniões clínicas de cada uma de nós.

2.3. Reuniões de orientação

As reuniões de orientação aconteciam como uma periodicidade semanal ou sempre que existia essa necessidade. Numa fase inicial, estas reuniões incidiam no planeamento de atividades de estágio, passando gradualmente à partilha e discussão de casos clínicos presenciados durante a observação participante, ao esclarecimento de dúvidas e ao acompanhamento regular durante todo o período de estágio.

Destas reuniões surgiu a criação do meu grupo terapêutico (c.f.2.5.) e o desenvolvimento de uma investigação que serviria como tema para a minha formação prevista e obrigatória, perante toda a equipa do serviço (c.f.2.8.).

Considerando que, a recolha de amostra para a minha dissertação de mestrado aconteceu simultaneamente às minhas atividades de estágio neste serviço havia a necessidade de reunir e de ser orientada pela investigadora responsável no hospital pela minha investigação. Posto isto, de acordo com as minhas necessidades e com os planos definidos pela Doutora existiam reuniões que tinham como objetivos, o esclarecimento de dúvidas e a discussão e atribuição de novos casos que poderiam ou não ser usados na investigação.

2.4. Observação participante

A observação participante consiste tal como o nome refere, na observação por parte do estagiário das consultas de psicologia. O objetivo desta observação é promover o conhecimento e a adaptação ao serviço e à prática clínica.

A observação ocorreu durante os primeiros 3 meses de estágio (outubro, novembro e dezembro) e cada estagiária presenciou consultas dos 4 psicólogos pertencentes à equipa da UNIPSI. Esta experiência permitiu-me o contacto com uma realidade clínica muito diversificada, com quadros clínicos e evoluções muito diferentes

e ainda, estabelecer relações com profissionais das diferentes especialidades tendo cada um deles, diferentes formas de atuar na prática clínica. Durante este período observei primeiras consultas, consultas subsequentes ou de *follow-up*, consultas de intervenção em crise, consultas de avaliação psicológica e neuropsicológica e consultas de devolução em casos de avaliações neuropsicológicas

Esta experiência foi bastante importante nesta fase inicial, abrindo horizontes o que a “teoria” nem sempre consegue fazer, e demonstrando-nos a diversidade de funções de um psicólogo num meio hospitalar. Apesar deste enriquecimento, que considero muito positivo, esta experiência pode-se tornar um pouco assustadora uma vez que, somos confrontados como uma realidade clínica que não conhecíamos e que nem sempre nos é perspectivada a nível teórico. As funções de um psicólogo num meio hospitalar são tão diversificadas e ao mesmo tempo estão tão limitadas a questão de tempo e logística, que numa fase inicial e numa primeira experiência, que foi o meu caso, pode assustar-nos ou não corresponder às nossas expectativas. Apesar disto, a minha experiência pessoal demonstrou-me que facilmente se ultrapassa estas questões e barreiras e rapidamente nos adaptamos.

De todas as consultas desta fase de observação devo salientar a participação em reuniões multidisciplinares de protocolos estabelecidos, como por exemplo com o CPMA, a EIHSCP, a Avaliação Multidisciplinar do Tratamento Cirúrgico para a Obesidade - AMTCO e a Psicologia de Ligação com os Cuidados de Saúde Primários. Considero que estas participações foram muito enriquecedoras apesar de me terem exigido um trabalho extra para compreender áreas e termos médicos envolvidos nestas equipas, tornando-se um desafio muito positivo, que me proporcionou um conhecimento amplo sobre áreas diferentes, mas muito interessantes da intervenção da psicologia.

Durante o meu período de observação participante consigo fazer uma estimativa (por defeito) das consultas que presenciei sendo cerca de 25 consultas/semana.

Após o fim do período de observação participante e após ter-me sido atribuído um orientador local, continuei por opção, a fazer observação participante todos os dias, assistindo a todas as consultas do horário do meu orientador.

2.4.1. Programa de Prevenção de Recaídas de doente mentais graves – visitas domiciliárias

O SPSM desenvolveu este programa com o objetivo de monitorizar e acompanhar familiares e doentes com perturbações mentais graves ou com perturbações neurocognitivas – demências, favorecendo a assistência médica. Este programa é desenvolvido semanalmente, às sexta feiras no horário da manhã sendo realizadas visitas domiciliárias previamente agendadas com os utentes ou familiares. A este programa pertencem 4 equipas, constituídas por diferentes profissionais do serviço e formadas de acordo com, o objetivo de cada semana: a equipa de saúde mental - constituída por médico psiquiatra e psicólogo; a equipa de enfermagem em saúde mental - constituída por enfermeiro e médico psiquiatra; a equipa de serviço social - constituída por uma assistente social e um médico psiquiatra; e, a equipa de psicogerontologia – constituída por médico psiquiatra e enfermeiro.

Durante o meu período de observação participante tive a oportunidade de acompanhar 4 visitas domiciliárias nomeadamente, de saúde mental e de psicogerontologia (2 de cada). Os objetivos da equipa de saúde mental são avaliar a frequência de crises, o controlo da sintomatologia e a monitorização e avaliação do estado mental em doentes com diagnóstico de perturbações mentais graves. A equipa de psicogerontologia em que, a população alvo são pacientes com diagnósticos de perturbações neurocognitivas – demências, tem como objetivos a monitorização de sintomatologia ativa, a avaliação do estado mental, a adaptação da terapêutica farmacológica, se necessário, e a monitorização de cuidadores.

A realidade social e familiar de alguns casos acabou por vezes, por me sensibilizar e obrigar a confrontar com situações nem sempre positivas e que são difíceis de gerir. Apesar disto, este é um projeto muito pertinente dado que nos permite uma proximidade à realidade e à vida diária do paciente, fortalecendo a relação terapêutica e até a adesão ao tratamento.

2.5. Grupos terapêuticos

2.5.1. Intervenção em grupo numa população com perturbação depressiva *major* ou persistente – “Vamos sair da depressão?”

Numa fase inicial do estágio foi-me dada possibilidade de desenvolver uma intervenção em grupo para uma população com diagnóstico de perturbação depressiva *major* ou persistente.

A terapia em grupo é uma mais valia, pois permite-nos num meio hospitalar intervir e prestar acompanhamento contínuo mais frequente e de uma forma mais sistematizada, tornando-se muito benéfico para os pacientes.

Descrição do grupo

O grupo “Vamos sair da depressão?” era um grupo fechado e heterogéneo constituído por 20 participantes (divididos em 2 grupos de 10), com objetivos psicoeducativos. Foram planeadas 8 sessões com a duração de uma hora e com uma periodicidade quinzenal. O grupo era dinamizado por mim, com o apoio do meu orientador local e ainda por 2 coterapeutas, duas estagiárias (1 para cada grupo de 10).

População alvo e seleção

O grupo era constituído por pacientes com diagnóstico de perturbação depressiva persistente ou *major*, em acompanhamento psicológico na consulta externa de psicologia.

Os critérios de inclusão definidos foram:

- Disponibilidade emocional e motivação intrínseca;
- Diagnóstico de uma perturbação depressiva persistente ou *major* e/ou uma perturbação de ansiedade;
- Estar em acompanhamento psicológico no SPSM.

Os critérios de exclusão definidos foram:

- Historial de falta de adesão ao tratamento;
- Ausência de motivação para a mudança comportamental.

Objetivos gerais

Durante a estruturação do grupo foram definidos os objetivos gerais sendo que, cada uma das sessões tinha objetivos específicos. Os objetivos gerais são:

- ✚ Psicoeducar sobre as perturbações depressivas e ansiosas: sinais, sintomas, fatores protetores e precipitantes;
- ✚ Promover a aceitação e compreensão da doença.

- ✚ Criar uma relação de suporte e apoio emocional que suscite a relação terapêutica, de forma a motivar a participação ativa do paciente durante o tratamento;
- ✚ Fornecer estratégias que ajudem na gestão do humor, do stress, dos comportamentos e das cognições, de forma a diminuir sintomas e a prevenir recaídas;
- ✚ Intervir e reconhecer as distorções, as crenças e os pensamentos automáticos;
- ✚ Promover o autoconceito e autoeficácia;
- ✚ Promover a expressão e aceitação emocional;
- ✚ Promover estratégias adaptativas de resolução de problemas;
- ✚ Promover a adoção de um estilo e de hábitos de vida saudáveis;
- ✚ Facilitar o processo de mudança comportamental.

Métodos e instrumentos

Na primeira e na última sessão estava prevista a aplicação de um instrumento de avaliação da depressão, o *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale – CES - D*, com o objetivo de avaliar a eficácia desta intervenção.

No final de cada sessão estava planeada uma reflexão entre os profissionais presentes sobre o decorrer da sessão com o objetivo de realçar as melhorias necessárias e destacar os momentos positivos e/ou negativos. Contudo, devido à pandemia só foi possível a realização de duas sessões, e consequentemente de duas reuniões de reflexão entre os dinamizadores do grupo.

Planeamento das sessões

Durante o planeamento de cada uma das sessões redigi alguns documentos pertinentes para o desenvolvimento e caracterização do grupo tais como: as regras de funcionamento – que posteriormente foram apresentadas e entregues a cada participante na primeira sessão (Anexo A1), um consentimento informado (Anexo A3) e um questionário sócio demográfico (Anexo A2).

Cada sessão foi planeada tendo por base o modelo cognitivo comportamental tendo sempre em consideração o carácter psicoeducativo do grupo. Por isso, elaborei uma apresentação em *PowerPoint* (Anexo A5) para cada uma das 8 sessões e ainda, um folheto

com um breve resumo da apresentação (Anexo A6), a ser entregue a cada participante, no final da sessão. Estava ainda prevista a realização de algumas atividades a serem desenvolvidas no domicílio, as quais se encontravam descritas nos folhetos informativos.

As 8 sessões foram estruturadas com base nos objetivos específicos, nos equipamentos e materiais necessários, nas atividades e exercícios previstos e na avaliação final de cada uma (Anexo A4).

A 1ª sessão teve como objetivo a apresentação dos profissionais e dos participantes do grupo, a definição das regras de funcionamento, a discussão dos objetivos e expectativas de cada um dos elementos, a entrega e respetiva assinatura do consentimento informado, o preenchimento do questionário sócio demográfico e a aplicação do instrumento CES - D.

Na 2ª sessão o objetivo principal foi refletir e discutir sobre: “O que é a depressão”.

A 3ª sessão tinha como objetivos a reflexão e discussão sobre: pensamentos, crenças e distorções e a definição e identificação dos mesmos.

Na 4ª sessão o objetivo era a reflexão e discussão sobre: emoções e comunicação, a definição e identificação das diferentes emoções e tipos de comunicação e o enquadramento destes na depressão.

Na 5ª sessão pretendia-se identificar as diferenças entre “ter uma doença” e “ser doente”, refletir e discutir a importância da adoção de um estilo de vida saudável e identificar atividades prazerosas e não prazerosas para cada um dos participantes.

A 6ª sessão tinha como objetivos a discussão sobre o impacto do stress na depressão, a reflexão sobre a importância do relaxamento e a definição de estratégias de relaxamento.

Na 7ª sessão estava prevista uma reflexão sobre o processo de aceitação na depressão e sobre a resolução de problemas e ainda, uma contextualização da importância do compromisso na depressão.

A última sessão tinha como objetivo abordar a prevenção de recaídas, refletir e discutir sobre todas as sessões e as aprendizagens de cada uma, refletir sobre a concretização ou não dos objetivos previamente estabelecidos, refletir acerca das

expetativas e o cumprimento destas, ao longo das sessões e por fim, novamente a aplicação do instrumento CES – D.

Devido à situação de pandemia as atividades de grupo foram suspensas sendo que, apenas me foi possível realizar a 1ª e a 2ª sessão.

Apesar de sempre me sentir à vontade em apresentações orais ao longo do percurso académico, estas sessões de grupo exigiram de mim uma preparação diferente. Necessitava de conseguir captar a atenção dos participantes, de uma forma completamente distinta às apresentações académicas ou sociais. A demonstração de empatia para com o sofrimento de cada um era essencial para motivar os participantes à participação e adesão ao grupo. Isto contribuiu para o nervosismo e inquietação nas primeiras sessões, sendo que, com o decorrer de cada uma, estes foram desvanecendo. O *feedback* que recebi de cada um dos profissionais que me acompanharam nestas duas sessões foi de que, apesar de perceptível, consegui de forma adaptativa contornar os níveis de ansiedade, e captar de forma positiva a atenção dos participantes. Na reunião final de cada sessão, todos percebemos que, a diversidade do grupo contribuía muito para a motivação, atenção e adesão dos participantes. Um dos grupos tinha uma faixa etária mais envelhecida, contribuindo para uma menor adesão e motivação. Já o outro grupo destacava-se pela colaboração e participação durante as sessões facilitando o estabelecimento da relação terapêutica. Apesar disto, acredito que seria possível superar estas primeiras dificuldades com o decorrer das restantes sessões, e que este grupo poderia ter tido um efeito muito positivo nos participantes.

2.6. Coterapeuta em grupo terapêutico

Também como atividade de estágio foi-me dada a possibilidade de ser coterapeuta de dois grupos distintos: um grupo terapêutico de intervenção no processo de luto – “História de uma vida” e um outro de Estimulação Neurocognitiva. Há semelhança do que aconteceu com o grupo planeado por mim, estes dois grupos, também devido à situação de pandemia não decorreram como planeado, tendo sido ambos suspensos. Apesar disto, foi-me possível participar em duas sessões no grupo de “Histórias de uma vida” e por isto, descrevo-o mais pormenorizadamente em baixo. Já no grupo de Estimulação Neurocognitiva não foi possível participar em nenhuma sessão, uma vez que,

o início previsto para este grupo seria em março, período em que se iniciou o confinamento.

Grupo terapêutico “Histórias de uma vida”

“Histórias de uma vida” é um grupo terapêutico de intervenção no processo de luto. Foram planeadas 6 sessões com a duração de 120 minutos e uma frequência quinzenal.

A população alvo são pacientes que perderam os seus familiares (conjugues, filhos, cuidadores) que estavam em tratamentos paliativos e com acompanhamento psicológico na EIHS CP.

Trata-se de um grupo fechado e heterogéneo constituído por 8 participantes em processo de luto. Todos os participantes são anteriormente questionados sobre a sua vontade em participar nesta intervenção em grupo.

Como objetivos principais foram definidos os seguintes:

- ✚ fornecer informação acerca do processo de luto;
- ✚ possibilitar a identificação, a expressão e a aceitação de sentimentos, emoções e pensamentos individuais relacionados com a perda;
- ✚ fornecer estratégias eficazes de confronto ativo nas diferentes respostas de luto;
- ✚ possibilitar o crescimento e o desenvolvimento pessoal;
- ✚ promover a adoção de comportamentos e atitudes que visam bem-estar e a qualidade de vida;
- ✚ *“celebrar a vida de quem partiu, na vida de quem ficou; recordar e não esquecer”*

A terapeuta responsável pelo grupo era uma outra estagiária, com a orientação e apoio da sua orientadora, contando com o apoio de duas coterapeutas: eu e outra estagiária.

Infelizmente, devido à situação de pandemia e à suspensão das atividades de grupo participei apenas em 2 das 6 sessões que estavam previstas. Contudo, esta experiência de

coterapeuta, permitiu-me um confronto mais direto com a perda, perspetivando as diferentes formas e processos de luto.

2.7. Investigação da dissertação de mestrado – recolha de amostra

Tal como já referi, paralelamente às atividades de estágio que me eram propostas, este local está associado à investigação da minha dissertação de mestrado intitulada de “*Avaliação da capacidade financeira em contexto de envelhecimento cognitivo normal e patológico. Validação da versão Portuguesa do Numerical Activities of Daily- Living- Financial (NADL-F)*.”, tendo por isto realizado a minha recolha de amostra nas horas livres das restantes atividades.

Esta recolha implica a aplicação de um protocolo de avaliação neuropsicológica, a pacientes que cumpram os critérios de inclusão previamente estabelecidos pela equipa investigadora. Este protocolo de avaliação é constituído por vários instrumentos que avaliam os diferentes domínios cognitivos: o *Adeenbrooke’s Cognitive Examination (ACE - III)* – um instrumento de despiste rápido de défice cognitivo. Avalia 5 domínios: atenção, memória, linguagem, fluência verbal e capacidade visuoespacial.; o *Ineco Frontal Screening (IFS)* – é um instrumento de despiste rápido das funções executivas. Avalia 3 funções distintas: a capacidade de abstração, a memória de trabalho, a inibição e alternância de resposta; a Prova de aritmética da Escala de Inteligência de *Weschler* para adultos (WAIS) – esta é um subprova da WAIS que pretende avaliar a capacidade e a velocidade de cálculo, a memória de trabalho verbal, a concentração e o raciocínio abstrato; a Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) – é um instrumento de avaliação da autonomia do sujeito na realização de atividades da vida diária, de um modo independente; a Escala de Depressão Geriátrica (GDS) – é um instrumento de despiste de sintomas ou de perturbação depressiva, específico para idosos; o *Numerical Activities of daily- living - financial (NADL-F)* – é um instrumento de avaliação da capacidade financeira, sendo este o instrumento que se encontra em validação.

Após a avaliação, posteriormente realizava um relatório clínico com a exposição do caso, os resultados obtidos, as conclusões diagnósticas e ainda, uma possível intervenção.

Esta oportunidade permitiu-me o contacto e a experiência na área da neuropsicologia e da avaliação neuropsicológica sendo esta uma área de grande interesse para mim.

2.8. Investigação “Variáveis psicossociais dos novos pacientes na consulta de Psicologia – Saúde Mental, em adultos.”

Descrição e objetivos

A investigação “Variáveis psicossociais dos novos pacientes na consulta de Psicologia – Saúde Mental, em adultos.” é uma atividade extra ao plano de atividades de estágio e foi desenvolvida por mim e pelo meu orientador local. O objetivo desta investigação era conseguir uma caracterização sociodemográfica dos pacientes que iniciavam acompanhamento psicológico no SPSM, nas áreas de intervenção do meu orientador, ou seja, a saúde mental em adultos.

Metodologia

Participantes

Os participantes desta investigação eram pacientes encaminhados por outras especialidades para a consulta de psicologia. Na sua maioria, tinha diagnóstico de uma perturbação depressiva ou de uma perturbação ansiosa. A todos foi-lhes explicado o objetivo da investigação e fornecido o consentimento informado (Anexo B1).

Procedimentos

Inicialmente realizamos uma pesquisa na literatura acerca de temas semelhantes e que nos pudessem ajudar a delinear o nosso projeto. Com esta pesquisa percebemos que, este não é um tema muito estudado e por isso decidimos refletir e discutir quais as variáveis que mais nos interessavam para, posteriormente decidir quais os instrumentos que usaríamos.

Com esta discussão definimos as seguintes variáveis: idade, sexo, escolaridade, profissão, estado civil, constituição do agregado familiar, área de residência, situação profissional, antecedentes clínicos, estratégias de coping mais utilizadas, suporte social e familiar percebido, níveis de ansiedade e depressão e perceção de saúde. Estas últimas seriam avaliadas através de instrumentos específicos como o *Brief cope*, a Escala de

Satisfação com o Suporte Social, a *HADS* e o Questionário de Saúde Geral de Goldberg, respetivamente. Concomitantemente desenvolvemos um questionário sócio demográfico que permitisse retirar conclusões acerca das restantes variáveis (Anexo B2).

Este conjunto de instrumentos eram aplicados por mim, nas primeiras consultas após uma breve recolha de informação acerca da história do problema e da explicação dos objetivos da investigação.

Resultados

Para a realização da análise estatística foi desenvolvida uma matriz no programa informático *IBM SPSS Statistics 25*.

Até à situação de pandemia só nos foi possível recolher cerca de 18 protocolos de avaliação não sendo por isso, uma amostra significativa para obtermos resultados com interesse científico. Com esta situação, esta investigação ficou também suspensa, dada a escassez de marcações de primeiras consultas e estas serem maioritariamente via telefónica.

2.9. Investigação “Ser cuidador em tempos de pandemia”

No decorrer de uma reunião de supervisão durante uma reflexão acerca da nova realidade que estamos a viver e, das dificuldades que os nossos pacientes poderiam estar a enfrentar, surgiu a hipótese de desenvolvermos uma investigação sobre o impacto da pandemia.

Esta hipótese provém das preocupações que cada uma de nós foi manifestando acerca dos “seus” pacientes. A minha preocupação prendia-se com os pacientes que acompanhava nas consultas de avaliação neuropsicológica e que estariam agora obrigados a um isolamento que muitos deles nem iriam conseguir entender o porquê, nem a gravidade da situação, e também, com os pacientes que acompanhava nas consultas com o meu orientador local, com diagnóstico de perturbações depressivas e ansiosas, muitas deles com sintomatologia ativa e em que, toda esta situação poderia agravar o quadro. As preocupações das minhas colegas de supervisão eram dirigidas às crianças com perturbações do desenvolvimento, confinadas e sem apoio especializado, contando em algumas situações exclusivamente com o apoio dos seus cuidadores familiares. Após uma reflexão conjunta e considerando as preocupações de todas e as investigações já em curso

naquele momento, e as dificuldades inerentes à avaliação desta população específica, surgiu a hipótese de focar esta investigação nos cuidadores. Esta era coerente com a população de cada uma das estagiárias, uma vez que todas envolviam necessidade de cuidadores formais ou informais, em graus diferentes. Este facto aliado à paragem obrigatória das atividades assistenciais (centros de dia, apoio domiciliário) ou terapêuticas (consultas de terapia ocupacional, terapia da fala, psicologia, enfermagem, fisioterapia, etc.), tornam os cuidadores e/ou familiares muito vulneráveis à confrontação com dificuldades diárias que, conseqüentemente, leva a uma maior sobrecarga, com impacto muito negativo, em várias vertentes.

A investigação obrigou o envolvimento ativo de todas as estagiárias, da supervisora e de outra docente do IUCS. Inicialmente, desenvolveu-se uma pesquisa na literatura acerca de instrumentos que poderiam fornecer ideias para a construção do nosso questionário adequado à situação atual e, posteriormente foram realizadas várias reuniões para o desenvolvimento em conjunto do questionário (Anexo C). O passo seguinte consistiu na pesquisa de plataformas que poderíamos usar para colocar o questionário online. Seguidamente estabeleceram-se contactos com instituições que nos poderiam ajudar a recolher dados e através das redes sociais foi-nos possível dar uma maior visibilidade ao estudo. Considerada a pertinência da investigação fizemos a submissão da mesma à OPP (via verde) tendo sido aprovada.

Apesar de todos os esforços da equipa, assim que a situação de confinamento terminou encerramos a recolha de dados e após a análise dos mesmos percebemos que não existiam resultados significativos, talvez devido ao baixo número de respostas (n=69). Apesar disto, pretende-se futuramente publicar estes resultados em formato de póster.

2.10. Formações

2.10.1. Formação prevista

Como atividade de estágio está prevista a realização de uma formação aos profissionais de saúde que pertencem ao SPSM, durante a reunião de serviço. Posto isto, juntamente com o meu orientador foi discutido qual seria o tema pertinente para esta apresentação, e chegamos à conclusão de que esta seria fundamentada na investigação

que ambos iniciamos sobre as “Variáveis psicossociais dos novos pacientes na consulta de Psicologia – Saúde Mental, em adultos.”

O objetivo desta formação era dar a conhecer aos profissionais do departamento a investigação descrevendo os objetivos, os métodos, os procedimentos, os instrumentos, a recolha de amostra e os resultados obtidos.

A data da formação seria a 23 de março de 2020, no entanto, devido à situação de pandemia, esta não se realizou.

2.10.2. Formações recebidas

Ao longo do meu período de estágio participei em diversas ações de formação realizadas pelo local de estágio sendo que, algumas eram de carácter obrigatório e outras de carácter facultativo.

No total participei em 11 formações:

“Cultura de segurança do doente na prestação de cuidados” – organizado pelo Centro de Formação do hospital, com a duração de 1 hora.

“Ansiedade e síndrome pós-stress traumático” – organizado pelo Centro de Formação do hospital em parceria com profissionais do SPSM, com a duração de 2 horas.

“Combate à Resistência Antimicrobiana – Abordagem para Enfermeiros, TSS e TSDT” - organizado pelo Centro de Formação do hospital, com a duração de 1 hora.

“Cuidados Paliativos em doenças não oncológicas” - organizado pelo Centro de Formação do hospital em parceria com a EIHSCP, com a duração de 4 horas.

“Depressão e comportamentos suicidários” - organizado pelo Centro de Formação do hospital em parceria com profissionais do SPSM, com a duração de 1,5 horas.

“Família e Eu... Eu e a Relação” – 3ª Reunião Interdisciplinar – organizada pelo Serviço de Pedopsiquiatria do hospital, com a duração de 8 horas.

“O papel do psicólogo no apoio domiciliário em cuidados paliativos oncológicos” – ministrado pela minha colega estagiária, na reunião de serviço do SPSM, com a duração de 30 minutos.

“Observadores de higiene das mãos – Abordagem para enfermeiros e técnicos” - organizado pelo Centro de Formação do hospital, com a duração de 2 horas.

“Plano de Emergência – Atualização” - organizado pelo Centro de Formação do hospital, com a duração de 1 hora tendo obtido uma classificação final de 20 valores.

“Proteção da informação de saúde – noções gerais do RGPD” - organizado pelo Centro de Formação do hospital, com a duração de 2 horas.

“Psicopatologia na Infância e na Adolescência” - organizado pelo Centro de Formação do hospital em parceria com profissionais do SPSM, com a duração de 3,5 horas.

2.11. Consultas de acompanhamento psicológico e de avaliação

Paralelamente à observação participante foi-me permitida a realização de avaliações neuropsicológicas e psicológicas, e também, a participação ativa em reuniões multidisciplinares e em avaliações psicológicas individuais no âmbito da Avaliação Multidisciplinar do Tratamento Cirúrgico para a Obesidade - AMTCO.

2.11.1. Consultas de AMTCO

A minha participação em reuniões multidisciplinares de AMTCO surge devido ao protocolo estabelecido entre a cirurgia bariátrica, a psicologia e a nutrição.

O início deste processo ocorre em sessões de grupo, com caráter psicoeducativo, onde são explicados todos os procedimentos pré e pós cirúrgicos, e contam com a participação das três especialidades – gastroenterologia, nutrição e psicologia, envolvidas no processo. Posteriormente, cada um dos pacientes é convocado para a consulta de psicologia onde é sujeito a uma avaliação individual específica.

Após um longo período de observação participante nas consultas individuais e nas sessões de grupo e, sempre sob a orientação e supervisão do meu orientador, foi-me dada a possibilidade de, na qualidade de psicóloga, ministrar cerca de 4 sessões de grupo, nas reuniões multidisciplinares.

A psicologia tem aqui um papel preponderante e de grande responsabilidade, uma vez que, todos os pacientes inscritos para a realização desta cirurgia são submetidos a

uma avaliação psicológica individual determinante na realização ou não da cirurgia. O processo só evolui após a aprovação do doente por parte da psicologia. Esta avaliação consiste em perceber se os pacientes estão devidamente consciencializados acerca de todo o processo, desde a tomada de decisão a todas as mudanças comportamentais que serão necessárias para o sucesso do tratamento. Este é um processo complexo em que a motivação intrínseca de cada um dos pacientes é essencial para que objetivos do tratamento sejam atingidos.

Esta era até ao início deste estágio, uma área de pouco conhecimento para mim. Apesar disto e após alguma pesquisa e estudo sobre todo o processo e experiência clínica, tornou-se numa nova área de interesse. Lembro-me que inicialmente, o facto de a decisão da realização ou não da cirurgia depender do parecer clínico da equipa de psicologia, era angustiante, isto porque, apesar de esta decisão pertencer sempre exclusivamente ao meu orientador, este solicitava a minha opinião clínica perante algumas situações. As minhas inquietações prendiam-se com o facto de a nossa tomada de decisão influenciar por completo a vida do paciente e as implicações que poderia ter. Com o auxílio do meu orientador comecei a conhecer melhor os sinais de alerta para os casos em que, a nossa decisão deverá ser ponderada e até adiada, na tentativa de que o paciente adquira maior consciência de todo o processo e maior motivação para a mudança de rotinas e de comportamentos.

2.11.2. Avaliação neuropsicológica

As avaliações neuropsicológicas surgem no âmbito da recolha de amostra para a investigação da minha dissertação. Para a seleção dos pacientes era necessária a aplicação de um protocolo de avaliação neuropsicológica, já descrito anteriormente, que avaliava os diferentes domínios cognitivos, permitindo-me experiência e capacitação nesta área de avaliação.

Após o desconfinamento e com a retoma progressiva da atividade assistencial, e dada a complexidade da avaliação neuropsicológica, que obriga a um maior contacto com os pacientes e manipulação de material de ambas as partes, aumentando o risco de contágio, foi-nos solicitado (a mim e à outra colega de estágio que realiza avaliações neuropsicológicas), o desenvolvimento de um protocolo de segurança de acordo com, as medidas de segurança emitidas pela DGS. Este protocolo prevê um conjunto de normas

e procedimentos a ter em consideração durante a avaliação neuropsicológica, de forma a manter a segurança e diminuir a probabilidade de contágio (Anexo D1).

No total iniciei 31 avaliações neuropsicológicas (pré pandemia), sendo que, apenas conclui 27 destas já que, após o desconfinamento e a retoma da atividade assistencial, 3 pacientes não quiseram retomar as avaliações pelo medo associado ao risco de contágio em meio hospitalar. Esta não deixa de ser uma questão preocupante, pois o medo deste novo vírus é tao incapacitante que leva os pacientes a declinar as avaliações que seriam essenciais para um diagnóstico com possíveis consequências ao nível da evolução clínica.

Houve ainda uma situação em particular, que me deixou muito apreensiva com a suspensão do estágio e da atividade assistencial e devido a esta paragem não me foi possível continuar o acompanhamento e a avaliação do caso. Trata-se de um dos pacientes que me foi encaminhado para avaliação neuropsicológica por suspeita de um quadro demencial. No decorrer da avaliação identifiquei também, um quadro depressivo com ideação e plano suicida na sequência de 4 AVC's. Com isto, o objetivo da avaliação neuropsicológica, aquando da detetação destes sintomas ficou suspenso e, imediatamente, em conjunto com a minha orientadora foi delineada uma intervenção com o objetivo de diminuir a sintomatologia depressiva e conseqüentemente, perceber e controlar esta ideação. Para tal, passei a acompanhar este paciente semanalmente, estabelecendo-se a relação terapêutica e posteriormente, o pacto terapêutico típico nestes quadros de alto risco de suicídio. Com o início da pandemia e a conseqüente suspensão do estágio alertei a equipa de psicologia para a urgência deste caso, sobre o risco de agravamento e consumação suicida, fase à situação atípica em que todos passamos a viver. Rapidamente, este paciente passou a ser monitorizado e acompanhado por outro profissional da equipa.

Numa fase inicial e perante as minhas expetativas, a neuropsicologia seria maioritariamente a minha área de intervenção e participação neste local de estágio sendo que, é uma área de grande interesse. Apesar disto, confesso que a realização das avaliações neuropsicológicas se tornou um grande desafio devido à diversidade e à complexidade de casos que iam surgindo, obrigando-me a desenvolver e procurar novas competências quer clínicas, quer pessoais. O confronto com diagnósticos precoces de doenças neurodegenerativas, com as sequelas de AVC ou TCE em pessoas ainda jovens ou com a rápida evolução clínica das demências, obrigou-me a uma maior gestão emocional, que me permitisse o distanciamento emocional necessário, de modo a evitar

a projeção, em determinados casos. Por outro lado, estas sequelas que me sensibilizavam tornavam a avaliação, por vezes mais difícil obrigando-me a uma gestão da minha frustração, por nem sempre conseguir cumprir todos os objetivos da avaliação e/ou obter os resultados que tinha previsto. Apesar de tudo isto, considero uma experiência muito positiva que só veio alimentar e suscitar ainda mais curiosidade e interesse por esta área.

2.11.3. Consultas de Psicologia Saúde Mental – avaliação psicológica

A possibilidade de realizar avaliações psicológicas individuais surge no período de retoma às atividades de estágio, após o período de suspensão devido à pandemia.

Dado a diminuição do número de consultas e a suspensão dos grupos terapêuticos por tempo indeterminado, em discussão com o meu orientador acerca de alternativas surgiu a hipótese de realizar avaliação psicológica e posteriormente, intervenção em dois casos já incluídos no grupo terapêutico, sendo um destes o caso clínico descrito em baixo (c.f.4.). Procedemos à seleção de dois pacientes que, posteriormente foram informados sobre os objetivos desta avaliação e questionados sobre o interesse na participação. De notar que, alguns pacientes por medo devido à situação de pandemia preferiam evitar os deslocamentos ao hospital.

Seguidamente procedemos à estruturação das áreas de interesse para a avaliação, tendo desenvolvido uma anamnese completa (Anexo D2) e escolhidos alguns instrumentos específicos como a HADS – para avaliação dos níveis de depressão e ansiedade, o *Brief Cope* – que nos permite entender quais são estratégias de coping mais adotadas e posteriormente, tentar modificar e ajustar na intervenção e, o BSI – que permite um despiste de uma perturbação emocional e a presença de sintomas psicopatológicos.

Esta avaliação estava planeada em 4 sessões semanais, com a duração de 1 hora. Devido à falta de tempo útil, já não foi possível preparar e agendar a intervenção para estes casos, no entanto ambos continuam inscritos no grupo e retomarão logo que, tal seja autorizado.

Este tipo de avaliação tornou-se duplamente um desafio para mim. Além das inseguranças normais, que também senti na avaliação neuropsicológica acresce-se o facto de eu considerar até certa fase do estágio, que não me conseguia adequar à população com diagnóstico de perturbação depressiva maior ou persistente. A catarse, a ventilação

emocional, a labilidade emocional e até o silêncio são tipos de posturas recorrentes nestas perturbações e que a mim, me deixavam angustiada e com dúvidas sobre as minhas competências clínicas em conseguir controlar e intervir de forma adequada. Com o decorrer do tempo e especialmente, com os casos observados durante a observação participante com o meu orientador, comecei a adquirir mais e melhores competências para lidar com este tipo de situação.

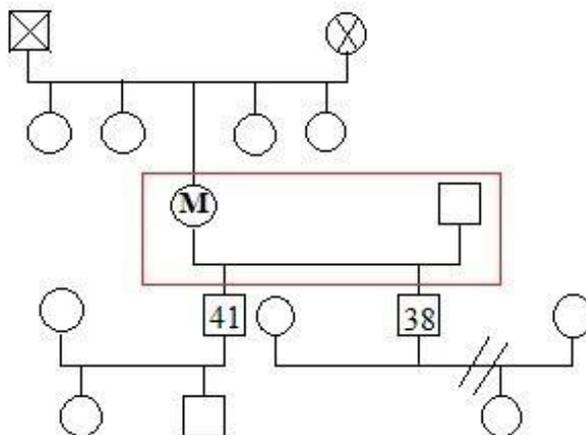
Mais uma vez, as minhas expetativas estavam erradas e esta foi mais uma experiência que se tornou positiva e que resultou num grande crescimento pessoal e profissional, tendo-me despertado interesse em mais uma área de intervenção.

3. Caso clínico I – avaliação neuropsicológica

Dados de identificação

M., tem 67 anos é casada (42anos) e tem dois filhos fruto deste casamento, adultos e independentes. M., está reformada, não exercendo qualquer tipo de atividade laboral. Possui o 4ºano de escolaridade.

Genograma

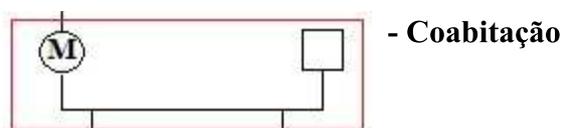


Legenda

-  - Homem
-  - Mulher
-  - Morte

⊗ - Morte

Ⓜ - Pessoa identificada



—//— - Separação

Motivo da avaliação

O pedido de consulta de neuropsicologia provém da especialidade de neurologia e conjuntamente, com um pedido de avaliação neuropsicológica. Este encaminhamento é sustentado por queixas por parte do marido e da paciente, relativamente a alterações significativas e generalizadas, a nível cognitivo.

História pessoal

M., nasceu a 4 de dezembro de 1952 no seio de uma família com um nível socioeconómico baixo. Os pais viviam da agricultura e M., era a terceira filha de uma fátia de 5.

M., descreve uma infância feliz pautada pelas dificuldades económicas, mas equilibrada pelo afeto que os pais e as irmãs lhe davam. “*Apesar de tudo, nunca me faltou amor*” (sic.).

A paciente frequentou a escola até ao 4º ano “*naquele tempo tínhamos que ajudar os pais e eu não tinha muito jeito para a escola*” (sic.). Sempre gostou de ajudar na agricultura pois considerava estes momentos como positivos para a relação familiar “*sempre gostei do trabalho de campo, o meu pai era muito meiguinho e não nos obrigava a nada*” (sic.).

Na adolescência começou a trabalhar aos 14 anos na indústria têxtil, área onde permaneceu a trabalhar até à reforma, em 2015. Nesta altura M., descreve poucos amigos, mas uma grande relação proximal com as irmãs “*estava sempre com as minhas irmãs, saímos e íamos às festas da aldeia juntas*” (sic.).

Na altura em que atingiu a maioridade e com uma maior independência social e financeira, a paciente conheceu o atual marido, sendo que namoraram cerca de 7 anos. Refere que nesta altura, um namoro de 7 anos não era bem aceite pela sociedade, no entanto devido ao facto do marido ter prestado serviço militar, o casamento foi um plano adiado e que aconteceu apenas aos 25 anos de ambos.

Aos 26 anos nasceu o primeiro filho tendo esta sido uma gravidez desejada e planeada. Descreve que nesta altura era muito feliz apesar de terem uma vida difícil a nível financeiro *“tínhamos a nossa casa a construir e fazíamos aos pouquinhos conforme o dinheiro, por isso vivíamos sempre apertados, mas éramos muito felizes”*.

A gravidez do segundo filho ocorreu de forma não planeada, no entanto era um desejo de ambos. Tudo correu dentro da normalidade e os dois filhos sempre foram saudáveis.

M., descreve que na idade adulta, aos 40 anos a morte do pai foi um acontecimento marcante dado a sua imprevisibilidade. O pai faleceu devido a um acidente de moto. Nesta altura M., teve de dar suporte emocional à sua mãe e às suas irmãs que tiveram uma repostas mais desadaptativa. Há cerca de 7 anos faleceu a mãe vítima de um AVC.

A paciente descreve esta fase como complicada, tendo desenvolvido um quadro de uma perturbação depressiva dois anos após a morte da mãe coincidentemente com o divórcio do seu filho mais novo *“nunca aceitei bem a separação do meu filho, não consigo entender e tenho tanta pena da minha neta”* (sic.). Atualmente, refere que já ultrapassou estas questões e que, o filho já tem nova companheira.

Após o diagnóstico de perturbação depressiva a paciente, por opção, reformou-se.

História clínica

As reais preocupações da paciente neste momento devem-se ao seu estado de saúde e à rápida evolução da sintomatologia.

O marido descreve que recentemente, a paciente foi diagnosticada com epilepsia após alguns episódios de crises de ausência. Na sequência de uma destas crises teve um internamento de 15 dias para avaliação da situação, sendo que atualmente segue a terapêutica farmacológica e mantém seguimento na especialidade de neurologia. A paciente refere que, sempre que tem estas crises existe um agravamento da sintomatologia a nível cognitivo e surgem novas queixas.

Atualmente, as queixas da paciente são: dores fortes na nuca na parte frontal que se têm vindo a agravar, perda significativas e com impacto na vida diária a nível da memória e da atenção e episódios de desorientação temporal e espacial. O marido acrescenta uma apatia, anedonia e alguns episódios de agressividade verbal sem contexto.

Durante algum tempo, a paciente foi acompanhada pela especialidade de neurologia num hospital privado, tendo sido feita uma avaliação neuropsicológica, no entanto, devido aos custos associados às consultas, abandonou este acompanhamento.

M., descreve outras doenças físicas como diabetes, dislipidemia e hipertensão arterial cumprindo terapêutica farmacológica para controlo sintomático. Além disso, cumpre também uma terapêutica farmacológica para controlo da sintomatologia depressiva, que surge com o diagnóstico de uma perturbação depressiva persistente, à cerca de 5 anos.

Planeamento das sessões

Para a avaliação neuropsicológica estavam previstas cerca de 4 sessões, de uma hora cada. No entanto, foram realizadas 2 sessões extras para reavaliação de possíveis alterações significativas e para esclarecimento das hipóteses diagnosticadas definidas, perfazendo um total de 6 sessões de uma hora cada.

Na primeira sessão realizou-se a recolha de história clínica e pessoal da paciente e iniciou-se a aplicação dos instrumentos do protocolo de avaliação.

A segunda, terceira e quarta sessão foram dedicadas à continuação da aplicação dos restantes instrumentos.

Na primeira sessão após o período de confinamento, ou seja, quinta sessão a paciente demonstrava um declínio acentuado ao nível da sintomatologia depressiva e consequentemente uma maior deterioração cognitiva relatado pela mesma e pelo marido. Este refere que M., no horário da manhã (período em que decorria a sessão) encontra-se sempre mais apática, desconcentrada e menos motivada para qualquer tipo de tarefa. Com isto, foi impossível manter o planeamento da sessão tendo sido remarcada, para um horário mais conveniente, na tentativa de continuar a avaliação prevista e conseguir uma maior motivação por parte da paciente.

Na sexta e última sessão, a paciente apresentou uma melhoria do estado geral quando comparado com a anterior. Ao contrário do que acontecia nas outras sessões, o

marido aguardou durante toda a sessão na sala de espera, não entrando na consulta com a paciente. Esta opção foi sugerida por mim, tanto à paciente como ao marido. Isto porque, ao longo das outras consultas notei que, a paciente era muito dependente do marido e que poderia existir uma hipervalorização dos sintomas por parte deste e com isto, M., assumir assim, uma postura de vitimização e também hipervalorização dos sintomas.

Comportamento durante a avaliação

A paciente em todas as sessões fazia-se acompanhar pelo marido sendo que, apenas na última o marido não entrou. Esta minha opção baseou-se no comportamento da paciente ao longo das 4 sessões, aquando da revisão do caso durante a preparação da 5ª e 6ª sessão. Surgiu-me a hipótese de o comportamento da paciente ser mais apelativo perante o marido, de forma a justificar as suas queixas e também, as queixas de sobrecarga do marido.

Ao longo das seis sessões (4 sessões + 2 sessões pós-confinamento) demonstrava um humor depressivo com alguma labilidade emocional, um aspeto geral cuidado, sem alterações visíveis do pensamento ou do conteúdo. Apresentou um discurso por vezes desorganizado e lentificado, com um volume e prosódia normal. Na penúltima sessão, o discurso era muito desorganizado e pouco fluente, acompanhado com uma postura pouco colaborante (primeira sessão após o confinamento onde era visível uma maior deterioração).

De uma forma geral, a paciente demonstrou interesse na avaliação, estando atenta e concentrada aquando da colocação e explicação das atividades. Apesar disto, nem sempre conseguia perceber o que lhe era proposto demonstrando algum desânimo e desmotivação proferindo comentários autodepreciativos.

Instrumentos de avaliação utilizados

Esta avaliação foi delineada após uma primeira consulta, onde foram estabelecidas previamente, hipóteses diagnósticas que fundamentam a avaliação proposta.

Hipótese 1: as alterações cognitivas derivam do quadro depressivo – pseudo demência depressiva.

Hipótese 2: as alterações cognitivas derivam da epilepsia e possíveis lesões cerebrais resultantes.

Hipótese 3: as alterações cognitivas derivam do início de um quadro demencial.

Tendo em conta as hipóteses levantadas, a sintomatologia relatada pela paciente e o pedido da especialidade, os instrumentos usados, numa fase inicial, foram os instrumentos previstos no protocolo de recolha de amostra (referido anteriormente):

Adeenbrooke's Cognitive Examination (ACE - III) – este é um instrumento de despiste rápido de défice cognitivo. Avalia 5 domínios cognitivos: atenção, memória, linguagem, fluência verbal e capacidade visuoespacial.

Ineco Frontal Screnning (IFS) – este é também um instrumento de despiste rápido das funções executivas. Avalia 3 funções distintas: capacidade de abstração, memória de trabalho e inibição e alternância de resposta.

Prova de aritmética da Escala de Inteligência de *Weschler* para adultos (WAIS) – este subprova da WAIS pretende capacidade e a velocidade de cálculo, a memória de trabalho verbal, a concentração e o raciocínio abstrato.

Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) – é um instrumento de avaliação da autonomia do sujeito na realização de atividades da vida diária, de um modo independente.

Escala de Depressão Geriátrica (GDS) – é um instrumento de despiste de sintomas ou perturbação depressiva, específico para idosos.

Posteriormente, após os resultados destes instrumentos e uma vez que, nenhuma das hipóteses poderiam ser confirmadas ou infirmadas através dos resultados obtidos fiz uma revisão de outros instrumentos que poderiam ajudar nesta tarefa. Para tal seleccionei o *Hopkins Verbal Learning Test – HVLT – R*, fototeste, *Brief Symptom Inventory – BSI* e o *Trail Making Test – Parte A e B*.

Resultados

Instrumentos	Sub escalas	Resultado quantitativo	Resultado qualitativo
Addenbrooke's Cognitive Examination – ACE – III	Atenção	12/18 (z= -3,67)	Muito inferior
	Memória	7/26 (z= -6,74)	Muito inferior
	Fluência	3/14 (z= -5,44)	Muito inferior
	Linguagem	19/26 (z= -4,07)	Muito inferior
	Visuoespacial	12/16 (z= 0,24)	Médio
	Total	53/100 (z= -5,69)	Muito inferior
Ineco Frontal Screening – IFS	Séries	3/3	
	Instruções	1/3	
	G-NO-GO	3/3	
	Dígitos	2/6	
	Meses	1/2	
	Espacial	1/4	
	Provérbios	0/3	
	Hayling	0/6	
	Memória de trabalho	3/10	Muito inferior
Total	11/30 (z= -3)	Muito inferior	
Escala de Inteligência de Wechler – WAIS	Aritmética	8/22 (resultado padronizado 9)	Médio inferior
IADL	-----	6/8	Dependência ligeira
GDS	-----	14/30	Depressão ligeira
Hopkins Verbal Learning Test – HVLT- R	Recordação total	r=12; t<20	Défice graves
	Recordação retardada	r=0; t<20	Défice graves
	Retenção	r=0; t<20	Défice graves
	Índice de reconhecimento discriminativo	r=3; t<20	Défice graves
Foto teste	Denominação	6/6	
	Fluência verbal Homens	7	
	Fluência verbal Mulheres	10	
	Recordação livre	0/12	
	Recordação Facilitada	3/6	
	Total	26	Médio inferior
Trail Making Test	Parte A (tempo)	159segundos	Percentil: 3-5
	Parte B (tempo)	721segundo	Percentil: <1
	B - A	562	Percentil: <1
	B / A	4,5	Percentil: 3-5
	B – A / A	3,5	Percentil: 3-5
	A + B	880	Percentil: <1
	A x B / 100	1146,39	Percentil: <1
Brief Symptom Inventory - BSI	Somatização	r=0,43	Médio
	Obsessivo- Compulsivo	r=1,33	Médio
	Sensibilidade interpessoal	r=2,00	Superior
	Depressão	r=1,33	Médio Superior
	Ansiedade	r=1,17	Médio
	Hostilidade	r=1,40	Médio Superior
	Ansiedade fóbica	r=0,20	Médio
	Ideação paranoide	r=1,80	Médio Superior
	Psicoticismo	r=0,80	Médio
	IGS	r=1,08	Médio
	TSP	r=37,00	Médio Superior
ISP	r=1,54	Médio	

TABELA 1 - RESULTADOS DOS DIFERENTES INSTRUMENTOS - CASO I

Discussão de resultados

Considerando os resultados apresentados na tabela anterior e os diferentes domínios cognitivos (atenção, memória, linguagem, cálculo e raciocínio leitura e escrita) é notável um declínio cognitivo acentuado.

De um modo geral, todos os domínios sofreram grande deterioração exceto na área visuoespacial. Os domínios mais afetados são a memória, a fluência e a linguagem sendo que, estes resultados estão de acordo com o relato da paciente e do marido.

Ao longo das sessões, eram visíveis grandes dificuldades no processo de retenção da informação, que podem derivar da dificuldade de atenção e concentração, mas também no processo de codificação e recuperação. Por várias vezes, era necessário repetir ou simplificar a instrução de forma a que, a paciente conseguisse perceber e posteriormente, responder. Isto acontecia essencialmente em instrumentos com tarefas mais complexas e os resultados do HVLT- R também o demonstram essencialmente, no domínio da retenção. O marido refere que, a esposa ultimamente não consegue acompanhar conversas diárias, entre a família, nota que esta não consegue estar concentrada e participar de forma ativa, acabando por se isolar.

As dificuldades de fluência verbal eram também notáveis ao longo das sessões, pela dificuldade da paciente em nomear/encontrar a palavra correta no curso da conversa (afasia anômica) e pela dificuldade em nomear as figuras apresentadas na subprova de linguagem, do ACE.

Relativamente, à pontuação obtida na GDS, apesar de demonstrar uma depressão ligeira, durante as sessões, tal como mencionado em cima, a paciente apresentava um humor depressivo, com grande labilidade emocional, comentários autodepreciativos e um grande desânimo perante a vida. O marido refere que, estes sintomas acontecem há vários meses sendo que, com o agravamento da deterioração cognitiva, têm vindo evoluir negativamente. Depois de exploradas estas questões não foi evidenciada pela paciente ou pelo marido, ideias ou planos suicidas, apesar deste desânimo ser persistente e causar um grande sofrimento psicológico.

A paciente admite que, apesar de conseguir fazer todas as atividades de vida diária, está muito dependente do apoio e companhia do marido. Refere que este é “*o seu pilar na vida*” (sic.) e que é por ele que aguenta toda esta situação. A pontuação obtida no IADL representa uma dependência ligeira, no entanto, ambos referem que M., necessita de apoio

para quase todas as atividades instrumentais de vida diária (pagamento de contas, controlo da terapêutica farmacológica, ida às compras...), exceto nas atividades domésticas.

Os resultados obtidos no BSI são coerentes com o relato do marido e da paciente e com a postura adotada em consulta. A sintomatologia depressiva e ansiosa, a hostilidade e sensibilidade interpessoal apesar de apresentar resultados médios superiores e superiores, respetivamente, contribuem e justificam o diagnóstico de uma perturbação depressiva *major*.

Além destas alterações cognitivas referidas pelo marido e pela paciente e comprovadas pelos instrumentos, o marido refere que esta ultimamente, tem algumas alterações do comportamento, que não são habituais. Estas são alterações verbais, ou seja, a paciente altera-se e torna-se, em períodos curtos, agressiva verbalmente. Quando questionada sobre estes episódios, a paciente menciona que não entende o porque destes acontecerem. Além disto, o marido refere uma apatia até relativamente a questões importantes do seio familiar “*parece que perdeu o interesse em tudo, não liga a nada*” (sic.).

Posto isto, apesar da sintomatologia depressiva, a hipótese 1 que atribui este declínio cognitivo a uma possível pseudodemência depressiva, não me parece adequada dada a evolução do défice cognitivo e alterações do comportamento nos últimos tempos.

Uma pseudodemência depressiva é a conjugação de vários défices cognitivos não mais explicados por uma doença neurodegenerativa conjuntamente com um diagnóstico de uma perturbação depressiva *major* ou persistente (Kang *et al.*, 2014).

Indivíduos com diagnóstico de pseudemências têm uma postura diferente daqueles com diagnósticos de quadro demenciais. Os primeiros normalmente demonstram uma menor motivação e demoram mais tempo para a realização da avaliação neuropsicológica, têm um grande número de respostas monossilábicas e até se recusam a responder e a realizar as diferentes tarefas da avaliação (Sekhon & Marwaha, 2020). Tendo em consideração esta afirmação também defendida por outros autores (Kang *et al.*, 2014), podemos infirmar a hipótese 1 uma vez que, ao longo das várias sessões M., apresentou-se colaborante e motivada para a realização da avaliação considerando que, esta seria importante para estabelecer um diagnóstico e posteriormente, definir uma terapêutica que lhe permitisse a diminuição do seu sofrimento psicológico provocado pelas consequências do declínio cognitivo acentuado. Para além disso, o agravamento

vespertino referido pelo marido, com melhorias ao longo do dia, (facto comprovado em consulta), remete para um quadro neurológico.

Quanto à hipótese 2 que atribui a epilepsia como causa deste declínio cognitivo esta poderá ser provável e igualmente justificar a sintomatologia depressiva que esteve na base da hipótese 1 uma vez que, a literatura defende que a epilepsia tem como comorbidades alterações de memória e de atenção e a deterioração a nível da saúde mental nomeadamente, com o aparecimento de sintomatologia depressiva e ansiosa (Holmes, 2015).

Miller *et al.*, (2016) e os seus colegas realizaram um estudo com uma amostra constituída por idosos sem diagnóstico de epilepsia e com diagnóstico de epilepsia. O objetivo era comparar os resultados obtidos numa avaliação neuropsicológica. Estes autores concluíram que, os idosos com diagnóstico de epilepsia tinham pior desempenho na avaliação quando comparados com os idosos sem epilepsia, especialmente nos domínios da memória visual, da atenção e das funções executivas. Estes autores (Miller *et al.*, 2016) à semelhança de outros estudos (Hermann, Seidenberg & Bell, 2000) conseguiram comprovar também uma relação entre perturbações depressivas e ansiosas em pacientes com epilepsia.

Sekhon & Marwaha (2020), salientam que a terapêutica farmacológica usada para controlo das convulsões, os anticonvulsivantes, têm também impacto negativo no funcionamento cognitivo.

Denotar que, tanto a paciente como o marido relatam uma evolução deste declínio sempre que existia uma crise e que, desde o seu internamento na especialidade de neurologia, há cerca de 5 anos que segue este tipo de terapêutica para controlo da sintomatologia.

Relativamente à hipótese 3 que define um quadro demencial como possível etiologia deste declínio cognitivo, esta poderá ser considerada provável.

As demências englobam um conjunto de sinais e sintomas de detioração a nível cognitivo tendo um impacto significativo nas atividades pessoais, sociais e profissionais do indivíduo (Smid, 2008). A suspeita de um quadro demencial deverá ser levantada quando existem alterações cognitivas essencialmente, a nível da memória, a nível da

saúde mental e do comportamento e ainda, da dependência do indivíduo na realização de atividades de vida diária (Smid, 2008).

O diagnóstico de uma demência varia consoante os sinais e sintomas tendo sido definidos diferentes tipos, cada um com critérios específicos: demência de Alzheimer, demência mista, demência vascular, demência por corpos de Lewy, demência frontotemporal, e demências que derivam de outras patologias (Gallucci, Tamelini & Forlenza, 2005).

Atualmente, segundo o DSM – V a demência é definida como uma perturbação neurocognitiva que se pode classificar como “leve” ou “maior” de acordo com os sintomas e sua gravidade existindo diferentes tipos (APA,2014). Revendo os critérios de diagnóstico do DSM - V (APA, 2014) para a perturbação neurocognitiva maior, neste caso M., cumpre todos os critérios para o diagnóstico desta perturbação. O critério A descreve a presença de um declínio cognitivo atual em um ou mais domínios cognitivos, que se comprovam pelos resultados nos instrumentos aplicados e pelo relato do marido e da paciente e o critérios B afirma o impacto que este declínio tem na independência da paciente, que neste caso também pode ser confirmado. Quanto aos critérios C e D estes também podem ser comprovados uma vez que, em nenhum momento foi relatado pela paciente ou pelo marido episódios de *delirium*, não existe historial clínico de um diagnóstico de esquizofrenia e, tal como explicado anteriormente, a hipótese 1 que atribui este declínio a uma perturbação depressiva poderá ser descartada.

No entanto, para a realização de um diagnóstico diferencial entre a hipótese 2 e 3 seriam necessários exames de imagiologia que pudessem demonstrar a existência de alterações neurológicas e/ou neuroanatómicas significativas, aos quais não tive acesso.

Conclusão/parecer clínico

Considerando os resultados apresentados nos diferentes instrumentos, a história pessoal e clínica da paciente e os diferentes tipos de perturbações neurocognitivas definidas pelo DSM – V (APA, 2014), os critérios que mais se enquadram perante este caso são os de uma perturbação neurocognitiva *major* devido a outra condição médica, neste enquadramento uma condição neurológica que é a epilepsia.

No entanto, dada a incerteza de um quadro de perturbação neurocognitiva independente do quadro clínico neurológico, será importante uma reavaliação no período de um ano, de forma a monitorar a sua evolução e definição clara do diagnóstico.

Proposta de intervenção

A intervenção neuropsicológica foi fundamentada por Anderson, Winocur & Palmer (2010) e consiste no uso da técnica de retreinamento cognitivo, ou seja, na prática e repetição de exercícios cognitivos nos diferentes domínios como a atenção, memória e concentração, de forma a potencializar o funcionamento cognitivo mais complexo. Outra técnica também descrita como eficaz e que poderia ser usada neste caso, seria a abordagem compensatória que consiste em usar os pontos fortes da paciente para compensar os défices que esta apresenta, através de estratégias internas do paciente e também externas.

Paralelamente a esta técnicas mais direcionadas para o treinamento cognitivo considera-se importante estabelecer uma terapia de suporte emocional tendo por base o modelo cognitivo comportamental de modo a: facilitar a ventilação emocional (que durante as sessões mostrou-se necessária pelo comportamento da paciente); ajustar estratégias de coping mais adaptativas para lidar com a psicopatologia; potencializar o *insight*, o autoconceito, a auto estima e a auto eficácia (que se demonstraram diminuídos durante as consultas); promover a relação terapeuta-paciente; e, promover acima de tudo, uma melhor qualidade de vida e bem-estar percecionado pela paciente, tendo em conta, a promoção da saúde e prevenção da doença.

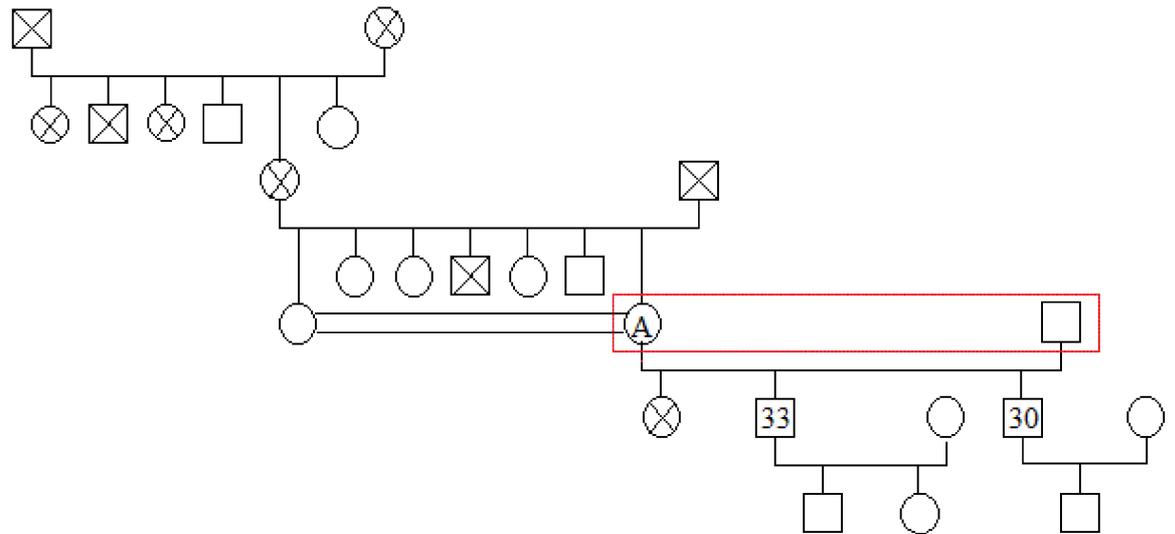
Além disso, e por último, após uma análise paralela aquando da avaliação à paciente, considero importante dar uma especial atenção ao marido, devido a sinais de desgaste, possível *burnout* do cuidador. Caso exista uma evolução da sintomatologia, não evidenciada ou relatada até agora, seria importante ponderar um apoio psicoterapêutico e até farmacológico pela especialidade de psiquiatria, para o marido.

4. Caso clínico II – avaliação psicológica

Dados de identificação

A., tem 56 anos é casada (36 anos) e tem atualmente 2 filhos homens adultos e independentes e vive com o marido. A., tem o 6ºano de escolaridade e está reformada, tendo até então exercido funções como ajudante de lar num lar de idosos.

Genograma



Legenda

□ - Homem

○ - Mulher

⊠ - Morte

⊗ - Morte

Ⓐ - Pessoa identificada

Ⓐ □ - Coabitação

○ ———— Ⓐ - Relação próxima

Motivo de avaliação

O pedido de colaboração advém da especialidade de psiquiatria para intervenção psicoterapêutica coerente com o diagnóstico de perturbação depressiva persistente (distímia). Como proposta de intervenção a paciente iria frequentar o grupo terapêutico de intervenção em perturbações depressivas *major* ou persistentes, no entanto, devido à pandemia, este foi suspenso e surgiu a oportunidade de dar continuidade ao acompanhamento desta paciente de forma individual.

História pessoal

A., nasceu a 3 de junho de 1964 numa fratria de 7 sendo, a filha mais nova. Os seus pais trabalhavam na indústria fabril tendo também a agricultura como meio de subsistência.

Na infância A., assim como os seus irmãos ficavam durante o dia aos cuidados da avó materna uma vez que, os seus pais estavam a trabalhar. Descreve que era uma altura muito feliz e que, a avó lhes dava muito carinho e atenção. Recorda com nostalgia brincadeiras da altura com os irmãos e alguns primos próximos “*fazíamos cada uma, a minha avó tinha uma paciência (risos)*” (sic.).

Apesar de não ter recordações deste acontecimento, quando tinha cerca de 8 anos, a avó materna de A., faleceu subitamente e 4 meses depois, o avô acabou por falecer também “*ele morreu de desgosto de amor, não conseguia viver sem ela, deixou de comer, ficou cego e morreu logo depois da minha avó*” (sic.).

Durante a infância descreve-se como uma criança calma e que não criava muitos conflitos. Relativamente ao seu percurso escolar refere que não gostava muito da escola e que não era muito boa aluna “*queria era brincar*” (sic.). Frequentou a escola até ao 6ºano e refere que não quis retomar os estudos posteriormente, por opção própria.

Sempre ajudou os pais na agricultura e refere que não gostava muito desses trabalhos.

Na adolescência a paciente refere que não se recorda de grandes alterações e que “*naquele tempo não falávamos de sexualidade nem da menstruação, ninguém falava, mas lá nos desenrascamos*” (sic.). Apesar disto, refere que a mãe estava sempre muito atenta a ela e aos irmãos.

Nesta fase já trabalhava na área têxtil sendo que, já nesta altura tinha o gosto pelo apoio e cuidado aos idosos “*sempre quis trabalhar nesta área e logo que tive oportunidade troquei de trabalho*” (sic.).

Aos 18 anos teve o seu primeiro namoro que se tornou o seu atual marido “*sempre será o meu único amor*” (sic.). Após dois anos de namoro decidiram casar e ambos continuaram a viver com os pais de A., Estes sempre os ajudaram neste início de vida conjugal “*Vivemos com eles durante 14 anos, enquanto fazíamos a nossa casa e assim que ficou pronta eles vieram viver connosco. Era o mínimo que podia fazer, tinha de lhes*

agradecer por tudo o que nos ajudaram” (sic.). A., refere que a sua relação com o marido sempre foi muito positiva, refere confiança, respeito e amor mútuo. Ao longo da vida este sempre foi o seu maior apoio e atualmente esperam pela reforma para poderem *“aproveitar a vida”* (sic.).

Um ano depois do casamento planearam ter o primeiro filho e a paciente engravidou facilmente. A gravidez correu dentro da normalidade, no entanto, no parto existiram complicações e a bebé acabou por falecer. *“Foi a pior coisa que me aconteceu na vida, tínhamos tudo preparado para a receber. Estive um mês fechada, mal comia ou dormia, não falava com ninguém e só queria chorar”* (sic.). A., refere que o marido e os pais foram cruciais para a sua recuperação.

Cerca de 2 anos após a morte da filha A., e o marido decidiram tentar uma nova gravidez e tudo correu dentro da normalidade, na gravidez, no parto e posteriormente no crescimento do bebé.

Aos 26 anos (3 anos depois do nascimento do segundo filho) o marido de A., sofreu um acidente de trabalho que o levou a um internamento prolongado e deixou algumas sequelas durante um longo período. A., descreve esta fase como sendo muito complicada pois ao longo do dia, mantinha o seu trabalho, tinha o seu filho pequeno e ainda ia visitar o marido ao hospital todos os dias *“era uma correria, não sei como aguentei, mas não lhe podia falhar tinha de ir vê-lo todos os dias”* (sic.). Após alguns meses de reabilitação, o marido de A., recuperou e voltou de novo ao trabalho, apenas com algumas limitações físicas.

Ainda na fase de recuperação do marido, A., engravidou novamente do terceiro filho. Refere que esta gravidez era desejada, no entanto, não planeada dada toda a situação com o marido e a instabilidade que estavam a atravessar. Esta gravidez, à semelhança da segunda, correu dentro da normalidade assim como o parto. Quanto ao desenvolvimento e crescimento deste terceiro filho tudo correu dentro dos parâmetros normais até aos 5 anos de idade, altura em que o menino foi diagnosticado com um problema cardíaco. Este problema levou a alguns internamentos e uma cirurgia. A., refere que após esta cirurgia, o quadro clínico do filho estabilizou, sendo apenas necessário uma vigilância frequente. *“Só pensava que podia perder este também.”* (sic.).

A., descreve-se nesta altura como uma pessoa forte e resiliente, no entanto, aos 38 anos com a morte inesperada da mãe começaram a aparecer os primeiros sintomas

depressivos “*senti tudo a desabar*” (sic.). A., tinha uma relação muito próxima com os pais, mas refere uma maior afinidade com a mãe “*fazíamos tudo juntas, ela andava sempre comigo e eu com ela*” (sic.). Após uma operação às cataratas foi diagnosticado um tumor cerebral à mãe, que rapidamente evoluiu e lhe causou a morte. No entanto, após o diagnóstico, o seu estado de saúde requeria alguns cuidados e para isso, A., abandonou o seu emprego para se dedicar exclusivamente aos cuidados que a mãe necessitava. Após a sua morte e com o surgimento dos primeiros sintomas depressivos estes rapidamente evoluíram para uma perturbação depressiva *major*. “*Acho que me caiu a ficha de tudo o que me foi acontecendo*” (sic.).

O pai da paciente sofreu muito com a perda da esposa e A., refere que este nunca recuperou. Cerca de 10 anos depois da sua morte, este foi diagnosticado com um cancro da próstata. À semelhança do que aconteceu com a mãe, A., dedicou-se à prestação de cuidados que o pai necessitava, no entanto, desta vez não abandonou a sua profissão mantendo as atividades em paralelo com a ajuda do marido e de uma das irmãs. Apesar de sempre ter vivido com os pais, A., refere que após a morte da mãe e neste período em que o seu pai necessitava de maiores cuidados, a relação de ambos fortaleceu-se ainda mais. Após a sua morte, A., sofreu uma recaída, tendo recorrido novamente a apoio psicológico e psiquiátrico para ajuste da terapêutica farmacológica que continua atualmente, tendo recorrido nesse período, algumas vezes a acompanhamento psicológico e psiquiátrico (recentemente com alta da especialidade de psiquiatria, no SSPM).

A paciente refere que lentamente e após cada um destes eventos significativos retomou a sua vida e que o trabalho sempre a ajudou. A., sempre se sentiu muito realizada com a sua profissão “*Eu sempre gostei de ir trabalhar, ia feliz*” (sic.). No entanto, à cerca de 3 anos sofreu um acidente de trabalho que, dado às sequelas a nível da coluna vertebral, a impossibilitou de voltar a trabalhar, tendo estado alguns meses de baixa médica e recentemente ficou reformada. Este acidente ainda tem um impacto significativo na vida da paciente uma vez que, tem limitações físicas especialmente, nos membros superiores. Continua a fazer fisioterapia para controlo da dor e reabilitação.

A., descreve uma relação muito próxima com os filhos e com os netos, sendo que atualmente cuida de um deles.

Apesar de não trabalhar mantém contacto e relação com algumas colegas e faz visitas esporádicas ao antigo local de trabalho “*faz-me bem vê-los e saber como estão*”

(sic.). Além disto, mantém atividades de voluntariado relacionadas com a igreja e que têm como objetivo a prestação de apoio e ajuda a populações mais desfavorecidas.

História clínica

Após o acidente de trabalho que sofreu há cerca de 3 anos, a paciente ficou com problemas na coluna vertebral. Para controlo da dor realiza diariamente fisioterapia em um centro de reabilitação.

Quanto a terapêuticas farmacológicas, atualmente a paciente segue a terapêutica prescrita para controlo da sintomatologia depressiva, nos últimos 19 anos tendo apenas sofrido alguns ajustes. Por iniciativa própria, durante o período de pandemia, em março, deixou 2 dos psicofármacos prescritos e refere que, apesar de no início não se sentir bem, (muitos enjoos, dores no corpo e na cabeça), ultimamente já não sente nenhum destes efeitos de abstinência.

A., descreve-se como preocupada em relação à sua saúde tentando manter um estilo de vida saudável, com a prática de uma alimentação equilibrada e com a realização de algum exercício físico.

Planeamento das sessões

Devido à suspensão do grupo terapêutico e após a retoma às atividades assistenciais surgiu a oportunidade de dar continuidade ao acompanhamento desta paciente, tal como referido anteriormente. Para tal, e dado o período temporal passado desde a última sessão de grupo pareceu-me apropriada a realização de uma nova avaliação psicológica para verificar o quadro clínico, que poderia ter-se agravado com a situação de pandemia.

Atendendo que, a grande maioria dos pacientes que estão inscritos no grupo são encaminhados pela especialidade de psiquiatria, com o pedido específico de integração neste tipo de intervenção, não está prevista a recolha de informação pessoal e clínica por parte da psicologia. No entanto, dada a oportunidade de avaliação individual achei pertinente nesta avaliação fazer uma breve recolha da história pessoal e clínica da paciente.

Posto isto, o planeamento das sessões de avaliação foi desenvolvido com base em 4 sessões semanais, com a duração de uma hora.

Na primeira e segunda sessão realizou-se a recolha de história clínica e pessoal da paciente.

Na terceira e quarta sessão foram dedicadas à aplicação dos instrumentos definidos.

Devido à falta de tempo útil e considerando que, assim que seja possível, a paciente retomará o grupo terapêutico, esta avaliação não prevê sessões de intervenção psicoterapêutica.

Comportamento durante as sessões

Ao longo das quatro sessões, a paciente demonstrou-se orientada no tempo e no espaço, com um humor distímico, com um aspeto geral cuidado, sem alterações visíveis do pensamento ou do conteúdo. Apresentou um discurso coerente sendo por vezes, demasiado detalhado e circunstancial. Assumiu uma postura colaborante e adequada, apesar de por vezes um pouco apelativa para alguns eventos de vida.

A paciente apresentava alguma diferenciação psicológica e insight.

Mantém uma rotina de vida ativa e estruturada focada nas atividades sociofamiliares (atividades domésticas e de prestação de cuidados ao neto) e de reabilitação ao ombro e coluna (fisioterapia). Refere alteração a nível dos padrões de funcionamento global, nomeadamente a nível do sono (insónia inicial e intermédia).

Instrumentos

Esta avaliação foi delineada tendo por base o pedido de encaminhamento da especialidade de psiquiatria. A paciente tem um diagnóstico de uma perturbação depressiva persistente (distímia) com um quadro clínico de evolução oscilante e com grande flutuação emocional.

Tal como mencionado anteriormente, a paciente frequentou ainda 2 sessões de grupo terapêutico tendo realizado a avaliação da sintomatologia depressiva, na primeira sessão tal como previsto no planeamento do grupo, através do CES – D.

Considerando os aspetos principais a considerar em uma avaliação psicológica, as queixas apresentadas e a sintomatologia depressiva presente

selecionaram-se os seguintes instrumentos:

Anamnese de adulto – desenvolvida por mim e tem como objetivo a recolha da história de vida pessoal e clínica (Anexo D2).

Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) (Gonçalves & Fagulha, 2003) – é um instrumento de avaliação de sintomas depressivos, que pode ser usado na população geral. Contém 20 itens e é pedido ao paciente para que responda considerando a forma como se sentiu e a frequência dos sintomas descritos, nos últimos 7 dias. A escala de resposta varia de acordo com a frequência dos sintomas descritos (“Nunca ou raramente” - <1 dia; “Ocasionalmente” – 1 a 2 dias; “Com alguma frequência” – 3 a 4 dias e “Com muita frequência ou sempre” – 5 a 7 dias) (Gonçalves & Fagulha, 2003).

Escala de Ansiedade e Depressão hospitalar (HADS) – esta é uma escala que avalia os níveis de ansiedade e depressão. Contém 14 itens (7 que avaliam a depressão e 7 que avaliam a ansiedade) e a escala de resposta varia de acordo com a frequência com que os sintomas surgem, considerando os últimos 7 dias (Meneses, Pais – Ribeiro, Silva & Giovagnoli, 2008).

Brief Cope (Pais Ribeiro & Rodrigues, 2004) – é uma escala de avaliação das estratégias de coping mais utilizadas. Este instrumento é constituído por 28 itens com uma escala de resposta *likert* que varia entre 0 e 3 (0 – “Nunca faço isto”; 1 – “Faço isto por vezes”; 2 – “Em média é isto que faço”; “3- Faço quase sempre isto”). É pedido ao paciente para descrever de forma breve, um evento stressante que tenha sofrido nos últimos tempos e que responda aos 28 itens com base nesse evento e na forma como normalmente reage.

Brief Symptom Inventory – BSI (Canavarro, 1995) – é um instrumento que avalia sintomas psicopatológicos e de perturbação emocional. É constituído por 53 itens que avaliam 9 dimensões distintas e 3 índices globais. A resposta é baseada numa escala de *likert* pontuada de 0 – 4 (“0 – Nada”; “1 – um pouco”; “2 – Moderadamente”; “3 – Muito”; “4 – Extremamente”).

Resultados

Instrumentos	Sub escalas	Resultado quantitativo	Resultado qualitativo
CES – D	_____	49 pontos	Depressão grave
HADS	_____	6 pontos	Ausência de depressão
Brief Cope	Coping ativo	6	Predominantemente a paciente recorre a estratégias de coping focadas no problema.
	Planear	6	
	Suporte instrumental	5	
	Suporte emocional	3	
	Religião	6	
	Reinterpretação positiva	0	
	Auto-culpabilização	2	
	Aceitação	3	
	Expressão de sentimentos	4	
	Negação	2	
	Auto distração	5	
	Desinvestimento comportamental	0	
	Uso de substâncias	0	
	Humor	5	
Brief Symptom Inventory - BSI	Somatização	r=0,57	Médio
	Obsessivo-Compulsivo	r=0,67	Médio Baixo
	Sensibilidade interpessoal	r=0,75	Médio
	Depressão	r=0,17	Médio baixo
	Ansiedade	r=0,00	Médio baixo
	Hostilidade	r=0,20	Médio baixo
	Ansiedade fóbica	r=0,00	Médio baixo
	Ideação paranoide	r=0,00	Médio baixo
	Psicoticismo	r=0,00	Médio baixo
	IGS	r=0,42	Médio baixo
	TSP	r=37,00	Médio baixo
ISP	r=0,59	Nitidamente inferior	

TABELA 2 - RESULTADOS DOS DIFERENTES INSTRUMENTOS - CASO II

Discussão resultados

Considerando os resultados globais e sem ponderar o historial clínico estes são resultados normativos e não indicativos de uma perturbação depressiva persistente.

No entanto deve-se considerar, que a paciente descreve atualmente uma fase mais positiva na sua vida, com uma diminuição significativa da sintomatologia depressiva e ansiosa e com a adoção de estratégias de coping mais adequadas e mais focada na resolução de problemas. Esta melhoria, segundo a paciente ocorre após o início da sua participação no grupo terapêutico que refere ter fornecido ferramentas úteis para a motivação necessária à mudança comportamental e cognitiva, apesar de só ter participado em 2 sessões.

Os resultados apresentados nos CES -D remetem a fevereiro deste ano, ou seja, cerca de 4 meses antes da aplicação da HADS, sendo os resultados deste último mais positivos revelando a ausência de depressão. Apesar disto, os resultados obtidos no BSI, demonstram ainda valores médios inferiores que não espelham esta ausência de depressão e ansiedade. A paciente salienta que, apesar de existir uma diminuição significativa da sintomatologia especialmente ansiosa, esta ainda não é inexistente, no entanto, houve uma alteração da paciente na forma como tentava lidar e contornar estes sintomas.

A recente adoção de estratégias de coping mais adaptativas comprovada pelos resultados e pelo relato da paciente, também contribuiu para estes resultados a nível depressivo e ansioso e para uma redução da frequência de sintomas. Durante a avaliação e o autopreenchimento do *Brief Cope*, a paciente refere por diversas vezes que há alguns meses, as respostas seriam completamente diferentes pois, o quadro clínico era mais agravado.

Apesar desta aparente evolução clínica não se pode deixar de considerar que, este quadro depressivo já existe há cerca de 19 anos tendo sempre uma terapêutica farmacológica de base para controlo sintomático e por isto, estes resultados satisfatórios e positivos poderão resultar apenas de uma fase mais positiva, que poderá regredir e levar a uma recaída posteriormente. Estes episódios de flutuações emocionais e de remissão interepisódica são típicos de uma perturbação depressiva persistente – distímia (Beck & Alford, 2009) não

podendo com isto, considerar-se uma remissão total ou parcial dos sintomas.

Diagnóstico e parecer clínico

Com base nos sinais e sintomas atuais e não descurando o historial clínico de perturbações depressivas maior desta paciente, de acordo com o DSM – V poderá se classificar este caso como uma perturbação depressiva persistente com síndrome distímica pura, em remissão parcial.

Proposta de intervenção

Tal como mencionado anteriormente, apesar desta aparente evolução clínica positiva devemos ter em consideração que, entre 9% a 57% dos casos com perturbações depressivas em tratamento farmacológico recaem com o reaparecimento de sintomas (Powell, Abreu, Oliveira & Sudak, 2008). Posto isto, de acordo com o diagnóstico descrito anteriormente será possível planear uma proposta de intervenção tendo por base o modelo cognitivo comportamental (Beck, 2013).

O modelo cognitivo comportamental é uma intervenção que visa as idiosincrasias do paciente, moldando-se a estas e a todos os fatores que circunscrevem a vida do paciente (Beck, 2013). Esta terapia facilita o autoconhecimento permitindo a adoção de estratégias cognitivas e comportamentais mais eficazes e adaptativas (Matos & Oliveira, 2013).

A intervenção cognitivo-comportamental na depressão comporta um conjunto de temas/assuntos essenciais para sua eficácia tais como as crenças, os pensamentos automáticos, as distorções cognitivas e a ativação comportamental.

Ao longo de todo o processo de intervenção, esta questão da eficácia da TCC está dependente da relação terapêutica previamente estabelecida entre o paciente e o terapeuta, sendo essencial para o processo de mudança (Matos & Oliveira, 2013). O estabelecimento de uma relação terapêutica está dependente de vários fatores tais como: a inclusão do paciente no processo terapêutico, através da explicação do plano de intervenção e, do pedido e aceitação de feedback ao longo da intervenção; da tomada de decisão colaborativa; e da diminuição de sintomas e alívio das preocupações e angústias do paciente que são obtidas através da demonstração de empatia e capacidades terapêuticas adequadas

(Beck, 2013). Técnicas como o questionamento socrático, a escuta ativa e a resposta empática são essenciais para o estabelecimento desta relação e consequentemente, promovem a mudança comportamental (Matos & Oliveira, 2013).

As crenças são ideias rígidas, globais e sobgeneralizadas criadas desde a infância (crenças nucleares) que regem os pressupostos e as atitudes ao longo da vida (Beck, 2013). Na depressão estas crenças são demasiado fortes e vincadas ao ponto de qualquer informação que contradiga essa crença seja desvalorizada (das Mercês, Moura & Oliveira, 2018). Posto isto, a TCC prevê a desconstrução destas crenças através da avaliação das evidências destas e perspetivando outras interpretações das situações e vivências de forma mais adaptativa, positiva e funcional (Beck, 2013; Powell *et al.*, 2008).

Os pensamentos automáticos surgem em prol das crenças e influenciam a reação comportamental, fisiológica e/ou emocional (Beck, 2013). Durante a intervenção é importante explicar, avaliar e intervir nestes pensamentos, de forma a que, posteriormente e de forma autónoma, o paciente seja capaz de identificá-los e procurar alternativas de resolução e/ou de aceitação (Beck, 2013; das Mercês, Moura & Oliveira, 2018).

As distorções cognitivas são erros sistemáticos no processamento cognitivo gerados pelas crenças nucleares e intermédias (Beck, 2013). Com base nestas distorções, muito comuns na depressão é importante promover a caracterização e reconhecimento destas na vida diária permitindo assim, entender as técnicas que possibilitarão o controlo e as consequências das mesmas.

Este conjunto de técnicas usadas nos pensamentos automáticos, nas crenças e distorções cognitivas definem a reestruturação cognitiva explicada por Beck (2013) & Beck *et al.*, (1997) como essencial para a eficácia no controlo da sintomatologia depressiva.

A ativação comportamental surge pela necessidade de contrariar a inatividade natural em quadros depressivos em que, estes pacientes deixam de sentir prazer em atividades anteriormente prazerosas (anedonia) (Matos & Oliveira, 2013; Beck, 2013). Nestas situações é importante explicar ao paciente a relação entre os pensamentos automáticos e a anedonia, definir atividades

prazerosas e não prazerosas e as vantagens e desvantagens na realização de determinada tarefa (Matos & Oliveira, 2013; Power *et al.*, 2008).

A identificação de emoções negativas e a concetualização da sua relação com os pensamentos automáticos e conseqüentemente, com a disfuncionalidade do paciente é também um importante tema a ser abordado ao longo da intervenção (Beck, 2013). Pretende-se com isto, não eliminar as emoções negativas, pois isto seria um objetivo irrealista contanto que, estes tipos de emoções fazem parte do ciclo de vida, no entanto, o objetivo é aumentar as emoções positivas e perceber as diferentes formas mais adaptativas e funcionais de experienciar emoções negativas (Beck, 2013).

Considerando as condições logísticas do meio hospitalar, muito limitadas a questões temporais e de agenda, esta proposta de intervenção terá a duração prevista de 6 sessões de 45 minutos cada, com uma frequência quinzenal.

	Objetivos	Procedimento, Atividades e Técnicas	Atividades de trabalho de casa
<u>Sessão n°1</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Discussão dos objetivos das sessões; - Conceitualização sobre a TCC; - Contextualização sobre a depressão; 	<ul style="list-style-type: none"> - Psicoeducação sobre TCC e depressão; - Escuta ativa e respostas empática; - Questionamento, exploração e interpretação; 	<ul style="list-style-type: none"> - Descrever quais os primeiros sintomas e o(s) possível(is) fator(es) precipitante(s)
<u>Sessão n°2</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Exploração da história do problema atual; - Identificação dos fatores precipitantes e de manutenção; - Promoção da resolução de problemas; 	<ul style="list-style-type: none"> - Breve abordagem sobre os pensamentos, distorções e crenças por detrás dos problemas atuais; - Restruturação cognitiva; - Técnicas de resolução de problemas; - Escuta ativa e resposta empática; 	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar 2 ou 3 problemas atuais e diferentes resoluções;

- Exploração, interpretação, reestruturação, reformulação e reflexão.

- Reflexão e discussão sobre: pensamentos, crenças e distorções na depressão;

- Identificação dos pensamentos, crenças e distorções mais presentes e adotadas pela paciente;

- Registo e monitorização de pensamentos disfuncionais;

Sessão nº3

- Exploração dos diferentes pensamentos automáticos, crenças e distorções presentes na depressão;

- Reestruturação cognitiva;

- Escuta ativa e resposta empática;

- Questionamento, reflexão, confrontação, reestruturação, generalização e/ou focalização;

- Conceitualização sobre a inatividade na depressão;

- Identificação de atividades prazerosas e não prazerosas.

- Planeamento de atividades prazerosas e estabelecimento de objetivo quanto á concretização e inclusão desta na vida diária;

Sessão nº4

- Definição da ativação comportamental e objetivos desta na depressão;

- Escuta ativa e resposta empática;

- Reflexão e discussão sobre a importância da adoção de estilo de vida saudável;

- Questionamento, exploração, reflexão, reestruturação e focalização;

- Registo de atividades prazerosas e não prazerosas;

- Reflexão e discussão sobre: emoções, comunicação e pensamentos;

- Identificação dos diferentes tipos de comunicação e emoções;

Sessão nº 5

- Definição e identificação das diferentes emoções e tipos de comunicação;

- Escuta ativa e resposta empática;

- Enquadramento das emoções e os tipos de comunicação na depressão.

- Questionamento, exploração, reflexão, reestruturação e interpretação;

Sessão nº6

- Prevenção de recaídas;
 - Reflexão e discussão sobre todas as aprendizagens;
 - Reflexão sobre a importância da manutenção das estratégias mais adaptativas;
 - Discussão sobre a concretização ou não dos objetivos previamente estabelecidos;
 - Identificação das maiores aprendizagens;
 - Escuta ativa e resposta empática;
 - Reflexão, reestruturação e interpretação;
-

Reflexão final

Recordo com um sorriso no rosto que, após a distribuição dos locais de estágio foram vários os comentários de antigos colegas e professores sobre a exigência e o ritmo

acelerado do local ao qual me tinha proposto. A realidade é que sempre vi isso com agrado e como um desafio que estava determinada a superar. As expectativas eram muitas, a ansiedade para que tudo começasse apoderou-se bem cedo, os medos e as inquietações surgiam de vez em quando, ao de leve, na minha cabeça, mas sempre com a certeza de que este seria um, ou talvez, o melhor ano desta minha fase académica. Este é o ano pelo qual, sempre esperamos e onde projetamos todas as expectativas daquilo que fomos aprendendo. Este é o nosso ano!

O estágio curricular é o primeiro momento, ao fim de 4 anos em que toda a teoria tem de ser aplicada na prática, em que o objeto de estudo é o ser humano e o objetivo é a diminuição do seu sofrimento. E é aqui que todas as expectativas “floridas” e “belas” criadas durante 4 anos se esvanecem perante o verdadeiro sofrimento da pessoa e aquando da exposição emocional de alguém em sofrimento. Este sofrimento que nenhum livro, artigo ou revisão de literatura nos consegue preparar e explicar como lidar e aliviar. A nós, que acabamos de chegar e que apenas sabemos a teoria. A nós, que nos faltam os anos de experiência com situações semelhantes. A nós, que ainda não temos os alicerces e as barreiras construídas para que situações difíceis não nos acompanhem depois do final do dia e durante dias seguidos. E é perante estas situações que as dúvidas surgem, que nos questionamos sobre as decisões tomadas. E é no meio deste misto de dúvidas, de questionamentos, de medos e emoções que não sabemos controlar e explicar que este último ano vai acontecendo. E é aqui quando conhecemos a realidade da Psicologia que a magia e a adoração por esta ciência nasce e vai crescendo durante toda a vida profissional.

Este teria tudo para ser o melhor ano da nossa fase académica, aquele que nos levaria a viver todas as sensações, positivas e negativas, ao limite. E apesar de não ter sido da forma como planeamos, este foi um ano de teste à nossa paciência, à nossa resiliência, ao nosso espírito de superação e de sacrifício, à nossa capacidade de inovar e nos reinventar. O ano em que coisas impossíveis aconteceram e que para sempre ficará marcado nas nossas memórias, como “o ano da pandemia foi o ano do nosso estágio”.

Não posso com isto esquecer os 6 meses, que apesar de tudo ainda me foi permitido viver este sonho. O meio hospitalar sempre foi um meio de interesse para mim, talvez pela multidisciplinaridade de funções que poderíamos exercer e pela oportunidade de vivenciar diferentes experiências clínicas. O que eu não tinha imaginado eram todas as questões logísticas que impossibilitavam a execução das nossas funções da forma

correta e perfeita. A falta de profissionais, as listas intermináveis de espera por novas consultas, a gestão de espaços que em nada se assemelham ao “setting” descrito como essencial para o processo terapêutico, o tempo curto para cada sessão, o número excessivo de consultas num curto espaço de horas são alguns exemplos dos obstáculos à execução das funções do psicólogo em meio hospitalar. Confrontar-me com esta realidade descrita de forma reduzida e simplista nos livros, tornou-se um desafio. O objetivo do psicólogo neste momento é, apesar de todas estas condições, adaptar-se a cada paciente e dedicar o pouco tempo que tem à ajuda e ao alívio do sofrimento de cada um que se senta à nossa frente. E quando o objetivo é cumprido, a sensação é tão positiva que todos os entraves são esquecidos e o nosso foco é continuar a fazer sempre mais e melhor.

Este foi o meu objetivo durante todo meu estágio e talvez a minha maior aprendizagem, a importância de me dedicar completamente ao doente que tinha à minha frente, preparar-me das mais variadas formas sempre com empatia e considerando idiossincrasias de cada um. Relembra-me da importância que aquele curto tempo de consulta poderia ter na vida da pessoa e toda a minha dedicação era neste sentido.

Esta experiência de estágio não só contribuiu para o meu desenvolvimento e crescimento profissional, mas também, mudou um pouco a minha perspetiva de vida. O confronto com histórias pessoais tão diversificadas, com quadro clínicos e evoluções tão variadas faz-nos ver e querer viver a vida de outra forma. Considero que, a minha capacidade de resiliência e superação esteve constantemente à prova, durante todo este ano, desde o início de estágio, passando pela sua suspensão, à sua retoma após uma pandemia que assusta e atormenta o mundo inteiro.

A gestão das minhas próprias expectativas nem sempre foi facilitada. Este foi um ano de grandes aprendizagens e de uma grande evolução e caso me perguntem se este foi o meu melhor ano tal como sempre imaginei, eu responderia que não. Mas este foi sim, um ano de grandes provas que nos deixa com a sensação de que, havia ainda muito para fazer e para aprender!

Bibliografia

American Psychological Association (APA). (2008). Clinical Health Psychology Obtido de American Psychological Association *Website*. (Acedido em janeiro de 2020). Disponível em: <https://www.apa.org/ed/graduate/specialize/health>

American Psychological Association (APA). (2008). Clinical Psychology. Obtido de American Psychological Association. *Website*. (Acedido em janeiro de 2020) Disponível em: <https://www.apa.org/ed/graduate/specialize/clinical>

American Psychiatric Association (2014). DSM-V: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (5ª Ed. Revista). Lisboa: Climepsi Editores.

Anderson, N. D., Winocur, G., & Palmer, H. (2010). Principles of cognitive rehabilitation. *Handbook of clinical neuropsychology*, 50-77. doi: 10.1093/acprof:oso/9780199234110.001.0001.

Araújo, F., Ribeiro, J., Oliveira, A., Pinto, C., & Martins, T. (2008). *Validação da escala de Lawton e Brody numa amostra de idosos não institucionalizados*. 217–220. Lisboa:ISPA. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/262198389_Validacao_da_Escala_de_Lawton_e_Brody_numa_amostra_de_idosos_nao_institucionalizados

Beck, A. T., & Alford, B. A. (2009). *Depression: Causes and treatment*. Second Editions. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

Beck, S. J. (2013). *Terapia cognitivo-comportamental – Teoria e prática*. Second Editions. São Paulo: Artmed.

Beaumont, G. J. (2008). The Discipline of Neuropsychology. In J. G. Beaumont, *Introduction to neuropsychology*. (Chap. 1, pp. 3-18). Second Editions. New York: The Guilford Press.

Benedict, R. H., Schretlen, D., Groninger, L., & Brandt, J. (1998). Hopkins Verbal Learning Test— Revised: Normative data and analysis of inter-form and test-retest reliability. *The Clinical Neuropsychologist*, *12*(1), 43-55. doi: 10.1076/clin.12.1.43.1726

Carneiro, A. M. (2016). Tratamento cognitivo-comportamental para depressão maior: uma revisão narrativa. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, *12*(1), 42-49. doi: 10.5935/1808-5687.20160007.

Castro, E. K. D., & Bornholdt, E. (2004). Psicologia da saúde x psicologia hospitalar: definições e possibilidades de inserção profissional. *Psicologia: ciência e profissão*, *24*(3), 48-57. doi: 10.1590/S1414-98932004000300007.

Cizil, M. J., & Beluco, A. C. R. (2019). As contribuições da terapia cognitivo comportamental no tratamento da depressão. *Revista Uningá*, *56*(S1), 33-42. Disponível em: <http://34.233.57.254/index.php/uninga/article/view/88>

das Mercês, E. L. (2018). Terapia cognitivo-comportamental aplicada à depressão: uma breve revisão bibliográfica. *Amazônia: Science & Health*, *6*(1), 2-11. doi: 10.18606/2318-1419/amazonia.sci.health.v6n1p2-11.

Dias, E., Pinto, J., Lopes, J. P., Rocha, R., Carnero-Pardo, C., & Peixoto, B. (2014). Phototest: Normative data for the Portuguese population. *Journal of Clinical Gerontology and Geriatrics*, *6*(2), 59–62.

Derogatis, L. R., & Melisaratos, N. (1983). The brief symptom inventory: an introductory report. *Psychological medicine*, *13*(3), 595-605. Doi: 10.1017/S0033291700048017.

Gallucci Neto, J., Tamelini, M. G., & Forlenza, O. V. (2005). Diagnóstico diferencial das demências. *Revista Psiquiatria Clínica*, 32(3), 119-130. Doi: 10.1590/S0101-60832005000300004.

Gasparini, F. A. V. M. (2018). O hospital e suas demandas para o psicólogo. Obtido em: https://www.psicologia.pt/artigos/ver_artigo_licenciatura.php?o-hospital-e-suas-demandas-para-o-psicologo&codigo=TL0451&area=d8

Goldberg, D. P. (1996). Questionário de Saúde Geral: manual técnico. *São Paulo: Casa do Psicólogo*.

Gomes, V. H. (2019). O Manejo clínico cognitivo-comportamental no tratamento de transtornos depressivos. Obtido em: <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1359.pdf>

Gonçalves, B., & Fagulha, T. (2003). Escala de depressão do centro de estudos epidemiológicos (CES-D). *MM Gonçalves, MR Simões, L. Almeida y C. Machado (Coords.): Avaliação Psicológica: Instrumentos Validados para a População Portuguesa, 1*, 33-43.

Gurd, M. J., Kischka, U., & Marshall, C. J. (2010). Principles of cognitive rehabilitation. In Anderson, N. D., Winocur, G., & Palmer, H. *Handbook of clinical neuropsychology*, (Chap. 1, pp. 50-77). Second Editions. United States: Oxford University Press.

Hallis, L., Cameli, L., Bekkouche, N. S., & Knäuper, B. (2017). Combining cognitive therapy with acceptance and commitment therapy for depression: A group therapy feasibility study. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 31(3), 171-190. doi: 10.1891/0889-8391.31.3.171.

- Hayes, S. C., Pistorello, J., & Biglan, A. (2008). Terapia de aceitação e compromisso: Modelo, dados e extensão para a prevenção do suicídio. *Revista Brasileira de terapia comportamental e cognitiva*, 10(1), 81-104. doi: 10.31505/rbtcc.v10i1.234.
- Hermann, B. P., Seidenberg, M., & Bell, B. (2000). Psychiatric comorbidity in chronic epilepsy: identification, consequences, and treatment of major depression. *Epilepsia*, 41, S31-S41. doi: 10.1111/j.1528-1157.2000.tb01522.x.
- Hermolin, M. K., Rangé, B. P., & Porto, P. R. (2000). Uma proposta de tratamento em grupo para depressão. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 2(2), 171-179. doi: 10.31505/rbtcc.v2i2.299.
- Holmes, G. L. (2015). Cognitive impairment in epilepsy: the role of network abnormalities. *Epileptic Disorders*, 17(2), 101-116. doi: 10.1684/epd.2015.0739.
- Horton, M. C., & Wedding, D. (2008). Foundations of Neuropsychology. In A. M. Horton, *Neuropsychology Handbook* (Chap. 1, pp. 3-31). 3ª edição, New York: Springer Publishing Company.
- Junqueira, M. D. F. R., & Ribeiro, M. F. (2006). A viagem do relaxamento: técnicas de relaxamento e dinâmicas. *Editora UCG*, 1(1), 47. Disponível em: <https://docero.com.br/doc/sncecn>
- Kang, H., Zhao, F., You, L., & Giorgetta, C. (2014). Pseudo-dementia: A neuropsychological review. *Annals of Indian Academy of Neurology*, 17(2), 147. doi: 10.4103/0972-2327.132613.

- Kellett, S., Simmonds-Buckley, M., Bliss, P., & Waller, G. (2017). Effectiveness of Group Behavioural Activation for Depression: A Pilot Study. *Behavioural and cognitive psychotherapy*. doi: 10.1017/S1352465816000540.
- Llinàs-Reglà, J., Vilalta-Franch, J., López-Pousa, S., Calvó-Perxas, L., Torrents Rodas, D., & Garre-Olmo, J. (2017). The Trail Making Test. *Assessment*, 24(2), 183–196. doi: 10.1177/1073191115602552
- Machado, A., Baeta, É., Pimentel, P., & Peixoto, B. (2015). Psychometric and normative indicators of the Portuguese version of the Addenbrooke's cognitive examination-III. Preliminary study on a sample of healthy subjects. *Acta Neuropsychologia*, 13(2), 127-136.
- Machado, D. M. S. F. L. (2015). Atividade física e técnicas de relaxamento no tratamento da depressão e ansiedade. Dissertação de Mestrado em Medicina. (tese de mestrado não publicada). Universidade da Beira Interior – Faculdade de Ciência da Saúde. Covilhã.
- Matos, A. C. S., & de Oliveira, I. R. (2013). Terapia cognitivo-comportamental da depressão: relato de caso. *Revista de Ciências Médicas e Biológicas*, 12(4), 512-519. doi:10.9771/cmbio.v12i4.9203.
- Meier, M. J. (1974). Some challenges for clinical neuropsychology. In R. M. Reitan & L. A. Davison (Eds.), *Clinical neuropsychology: Current status and applications* (pp. 289–324). New York: John Wiley.
- Meneses, R., Pais-Ribeiro, J. L., da Silva, A. M., & Giovagnoli, A. (2008). Portuguese Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS): usefulness in focal epilepsy. *The internet Journal of Mental Health*, 5 (2).

Moreira, H. S., Lima, C. F., & Vicente, S. G. (2014). Examining Executive Dysfunction with the Institute of Cognitive Neurology (INECO) Frontal Screening (IFS): normative values from a healthy sample and clinical utility in Alzheimer's disease. *Journal of Alzheimer's Disease: JAD*, 42(1), 261–273. doi: 10.3233/JAD-132348.

Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP). (2015). A situação da Psicologia no Serviço Nacional de Saúde. Lisboa. Disponível em: http://recursos.ordemdospsicologos.pt/files/artigos/sit_psic_sns.pdf

Ribeiro, J. L., & Rodrigues, A. P. (2004). Questões acerca do coping: A propósito do estudo de adaptação do Brief Cope. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(1), 3-15. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.12/1054>

Powell, V. B., Abreu, N., Oliveira, I. R. D., & Sudak, D. (2008). Terapia cognitivo-comportamental da depressão. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 30, 73-80. doi: 10.1590/S1516-44462008000600004.

Ramos, S., Almeida, N., & Fonseca, J. (2017). [Redacted]
[Redacted]
[Redacted] *Web page*. (acedido em abril de 2020)
[Redacted] [pt/Lservico.asp?c=101](#)

Ribeiro, J. L. P., & Leal, I. (1996). Psicologia clínica da saúde. *Análise Psicológica*, 4(XIV), 589-599. Disponível em: https://www.academia.edu/21249937/Psicologia_cl%C3%ADnica_da_sa%C3%BAde

Sekhon, S., & Marwaha, R. (2020). *Depressive Cognitive Disorders (Pseudodementia)*. StatPearls Publishing. Obtido em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559256/>

Smid, J. (2008). Introdução e definições de demência. *Web page*. (acedido em abril de 2020). Obtido em: <http://www.medicinanet.com.br/conteudos/revisoes/1341/demencias.htm>

Veleda, G. W., de Mattos Souza, L. D., & Molina, M. L. (2019). Efeito da terapia cognitivo-comportamental um ano após tratamento para adultos com transtorno depressivo maior. *Revista Psicologia-Teoria e Prática*, 21(3). Doi: 10.5935/1980-6906/psicologia.v21n3p345-365.

Wilson, B. A., Gracey, F., Evans, J. J., & Bateman, A. (2009). *Neuropsychological rehabilitation: Theory, models, therapy and outcome*. Cambridge University Press. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/236855464_Neuropsychological_Rehabilitation_Theory_Models_Therapy_and_Outcome

Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V. O. (1982). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *Journal of psychiatric research*, 17(1), 37-49. doi: 10.1016/0022-3956(82)90033-4.

Anexos ao relatório de Estágio

Luísa Isabel Soares de Sousa

Número de aluna: 23545

Supervisão: Professora Doutora Manuela Leite

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

Gandra, 2020

Índice de Anexos

Anexo A: Grupo Terapêutico

A1 – Regras de Funcionamento

A2 - Questionário Sócio demográfico;

A3 - Consentimento informado;

A4 – Planos de sessão

A5 – Apresentação de cada sessão - *Power Point*

A6 – Panfletos de cada sessão

Anexo B: Investigação “Variáveis psicossociais dos novos pacientes na consulta de Psicologia – Saúde Mental, em adultos.”

B1: Consentimento informado

B2: Questionário sócio demográfico

Anexo C: Investigação “Ser cuidador em tempos de pandemia”

C1: Questionário

Anexo D: Consultas

D1: Protocolo de segurança

D2: Anamnese adulto

Anexo A – Grupo Terapêutico

A1 – Regras de funcionamento



Regras do grupo!

1. O grupo é **psicoeducativo** – pretende-se aprender sobre a depressão e partilhar algumas opiniões e exemplos apenas;
2. Todos os participantes devem ter **oportunidade de falar** e dar a sua **opinião** sempre que seja oportuno, mas ninguém é obrigado a fazê-lo!
3. A opinião de cada um deve ser ouvida, aceite e **respeitada!**
4. Todos os membros devem **valorizar** e **validar** as diferenças e experiências dos restantes;
5. A **assiduidade** e **pontualidade** devem ser respeitadas;
6. As **conversas paralelas** devem ser evitadas;
7. Toda a informação partilhada no grupo é **confidencial** sendo que, nada deve ser transmitido fora do consultório;
8. A entrada de novos membros, após o início do grupo é proibida a menos que, seja aceite por todos os membros e em casos excecionais.



A2 – Questionário Sócio demográfico

Código: _____

Dados sócio demográficos

Idade: _____ anos

Sexo

Masculino Feminino

Estado Civil

Casado(a) Divorciado(a) Viúvo(a) Solteiro União
de facto

Constituição do agregado familiar: _____

Concelho: _____

Profissão: _____

Situação profissional

Empregado (a) Baixa médica/clínica Reformado (a) Outro: _____

Habilitações literárias

Sem habilitações 1º ciclo (4º ano) 3º Ciclo (9ºano)

Secundário (12ºano) Licenciatura

- **Tipo de ensino**

Ensino regular Novas oportunidades

Dados clínicos

1. Tem ou teve o diagnóstico de alguma doença física? Sim Não

Se sim, qual? _____

2. Tem ou teve alguma patologia psiquiátrica? Sim Não

2.1. Se sim, qual? _____

- 2.2. Tem ou teve apoio psicológico/ psiquiátrico? Sim Não

2.2.1. Se sim, quando? _____

2.2.2. Qual o motivo? _____

2.2.3. Quanto tempo durou o acompanhamento? _____

3. Faz ou já fez algum tipo de psicofármaco? Sim Não

3.1. Se sim, qual? _____

Antipsicóticos Ansiolíticos Benzodiazepínicos

Antidepressivos Estabilizadores de humor

3.2. Durante quanto tempo? _____

- 3.3. Na sua família, tem conhecimento de alguém que tem ou teve um diagnóstico de uma doença mental? Sim Não

3.4. Se sim, qual o grau de parentesco?

4. Ao longo da nossa vida existem diferentes acontecimentos que podem ter um impacto positivo ou negativo. Por favor, de uma forma breve descreve

alguns dos acontecimentos da sua vida, que mais o impactaram quer de forma positiva, quer de forma negativa.

	Muito Negativo	Negativo	Neutro	Positivo	Muito Positivo
a)	1	2	3	4	5
b)	1	2	3	4	5
c)	1	2	3	4	5
d)	1	2	3	4	5
e)	1	2	3	4	5

A3 – Consentimento informado

Consentimento informado

Eu, _____ declaro que aceito participar de livre vontade no grupo “Vamos sair da depressão?” ministrado por Luísa Isabel Soares de Sousa, com orientação e supervisão do

A mim foram-me explicados e compreendo os objetivos principais deste grupo aceitando participar de forma ativa nas várias sessões e compreendendo que a minha participação neste grupo é voluntária, podendo desistir a qualquer momento, tendo como consequência a perda de acompanhamento psicoterapêutico.

Entendo, ainda, que toda a informação transmitida será estritamente confidencial e que a minha identidade ou a de qualquer outro membro do grupo, nunca será revelada em qualquer relatório ou publicação, ou a qualquer pessoa não relacionada diretamente com este grupo, a menos que eu o autorize por escrito.

Data: ____ de _____ de _____

Assinatura: _____

A4 – Planos de sessão**Plano de sessão N°1**

Modelo: TCC	População - alvo: pacientes com diagnóstico de perturbação depressiva	Periodicidade: sessões quinzenais	Sessão n°: 1
Técnica: psicoeducação			Duração: 1 hora
Objetivo	Equipamentos e materiais	Atividade/exercício/trabalho	Avaliação final da sessão
<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação dos profissionais e dos membros do grupo; - Definição das regras de funcionamento do grupo; - Discussão dos objetivos e expectativas do grupo; - Entrega do consentimento informado; - Preenchimento do questionário sócio demográfico; - Aplicação do Inventário de depressão de BECK ou CES - D. 	<ul style="list-style-type: none"> - Equipamentos digitais: projetor, tela de projeção; - Documentos com informações pretendidas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Jogo do novelo – apresentação dos membros; - Preenchimento do inventário de Beck ou CES-D; - Preenchimento do questionário sócio demográfico; 	<ul style="list-style-type: none"> - Reflexão entre os profissionais sobre o decorrer da sessão salientando melhorias necessárias.

Plano de sessão n°2

Modelo: TCC	População - alvo: pacientes com diagnóstico de perturbação depressiva	Periodicidade: sessões quinzenais	Sessão n°: 2
Técnica: psicoeducação			Duração: 1 hora
Objetivo	Equipamentos e materiais	Atividade/exercício/trabalho	Avaliação final da sessão

- Reflexão e discussão sobre: “O que é a depressão”;	- Equipamentos digitais: projetor, tela de projeção;	- Atividade para casa: descrever o início dos sintomas e qual o acontecimento que esteve na origem destes.	- Reflexão entre os profissionais sobre o decorrer da sessão salientando melhorias necessárias.
- Contextualização sobre a depressão;	- Apresentação power point;		
- Identificação sintomas e sinais de alerta.			

Plano de sessão nº3

Modelo: TCC	População - alvo: pacientes com diagnóstico de perturbação depressiva	Periodicidade: sessões quinzenais	Sessão nº: 4
Técnica: psicoeducação + reestruturação cognitiva			Duração: 1hora
Objetivo	Equipamentos e materiais	Atividade/exercício/trabalho	Avaliação final da sessão
- Reflexão e discussão sobre: pensamentos, crenças e distorções;	- Equipamentos digitais: projetor, tela de projeção;	- Atividade durante a sessão: identificação de pensamentos negativos mais comuns;	- Reflexão entre os profissionais sobre o decorrer da sessão salientando melhorias necessárias.
- Definição e identificação dos diferentes pensamentos automáticos, crenças e distorções presentes na depressão.	- Apresentação power point;	- Atividade para casa: Registro de Pensamentos Disfuncionais.	
	- Folha de Registro de Pensamentos Disfuncionais.		

Plano de sessão nº4

Modelo: TCC	População - alvo: pacientes com diagnóstico de perturbação depressiva	Periodicidade: sessões quinzenais	Sessão nº: 3
Técnica: psicoeducação			Duração: 1hora
Objetivo	Equipamentos e materiais	Atividade/exercício/trabalho	Avaliação final da sessão

<ul style="list-style-type: none"> - Reflexão sobre a última sessão e discussão dos resultados dos trabalhos de casa; - Reflexão e discussão sobre: emoções e comunicação; - Definição e identificação das diferentes emoções e tipos de comunicação; - Enquadramento das emoções e os tipos de comunicação na depressão. 	<ul style="list-style-type: none"> - Equipamentos digitais: projetor, tela de projeção; - Apresentação power point; 	<ul style="list-style-type: none"> - Atividade durante a sessão: identificação de emoções e de formas de comunicar. 	<ul style="list-style-type: none"> - Reflexão entre os profissionais sobre o decorrer da sessão salientando melhorias necessárias.
---	---	--	---

Plano de sessão nº5

Modelo: TCC	População - alvo:	Periodicidade: sessões quinzenais	Sessão nº: 5
Técnica: psicoeducação + ativação comportamental	pacientes com diagnóstico de perturbação depressiva		Duração: 1hora
Objetivo	Equipamentos e materiais	Atividade/exercício/trabalho	Avaliação final da sessão
<ul style="list-style-type: none"> - Reflexão sobre a última sessão e discussão dos resultados dos trabalhos de casa; - Identificação das diferenças entre “ter uma doença” e “ser doente” - Reflexão e discussão sobre a importância da adoção de estilo de vida saudável; - Identificação de atividades prazerosas e não prazerosas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Equipamentos digitais: projetor, tela de projeção; - Apresentação power point; - Folha de Registro de Atividades. 	<ul style="list-style-type: none"> - Atividade durante a sessão: identificação atividades prazerosas e não prazerosas. - Atividade para casa: Registro de Atividades. 	<ul style="list-style-type: none"> - Reflexão entre os profissionais sobre o decorrer da sessão salientando melhorias necessárias.

Plano de sessão nº 6

Modelo: TCC	População - alvo: pacientes com diagnóstico de perturbação depressiva	Periodicidade: sessões quinzenais	Sessão n.º: 6
Técnica: psicoeducação + relaxamento			Duração: 1 hora
Objetivo	Equipamentos e materiais	Atividade/exercício/trabalho	Avaliação final da sessão
<ul style="list-style-type: none"> - Reflexão sobre a última sessão e discussão dos resultados dos trabalhos de casa; - Discussão sobre o impacto do stress na depressão; - Reflexão sobre a importância do relaxamento; - Definição de estratégias de relaxamento. 	<ul style="list-style-type: none"> - Equipamentos digitais: projetor, tela de projeção; - Apresentação power point; - Material para técnica de relaxamento. - Documento com explicação das técnicas de relaxamento. 	<ul style="list-style-type: none"> - Atividade durante a sessão: treino autógeno de Schultz; - Atividade para casa: executar as técnicas de relaxamento aprendidas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Reflexão entre os profissionais sobre o decorrer da sessão salientando melhorias necessárias.

Plano de sessão n.º7

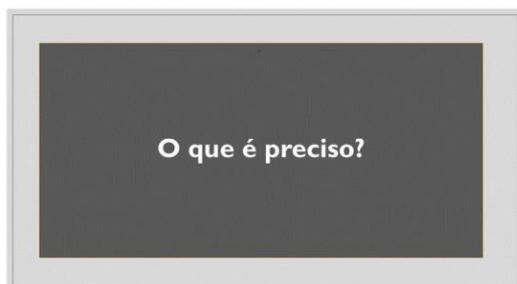
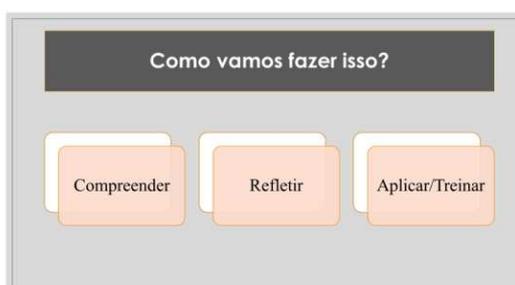
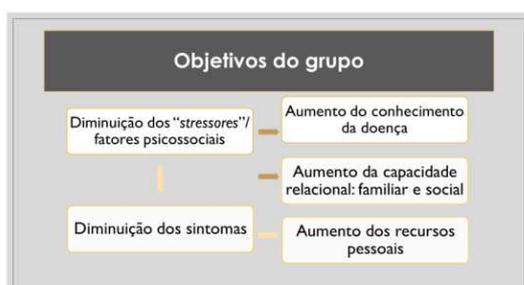
Modelo: aceitação e compromisso	População - alvo: pacientes com diagnóstico de perturbação depressiva	Periodicidade: sessões quinzenais	Sessão n.º: 7
Técnica: psicoeducação			Duração: 1 hora
Objetivo	Equipamentos e materiais	Atividade/exercício/trabalho	Avaliação final da sessão
<ul style="list-style-type: none"> - Reflexão sobre a última sessão; - Reflexão sobre o processo de aceitação na depressão – resolução de problemas; - Contextualização da importância do compromisso na depressão. 	<ul style="list-style-type: none"> - Equipamentos digitais: projetor, tela de projeção; - Apresentação power point; 	<ul style="list-style-type: none"> - Atividade durante a sessão: identificar e refletir sobre falhas e vitórias ao longo da vida. 	<ul style="list-style-type: none"> - Reflexão entre os profissionais sobre o decorrer da sessão salientando melhorias necessárias.

Plano de sessão nº8

Modelo: TCC	População - alvo: pacientes com diagnóstico de perturbação depressiva	Periodicidade: sessões quinzenais	Sessão nº: 8
Técnica: Psicoeducação			Duração: 1 hora
Objetivo	Equipamentos e materiais	Atividade/exercício/trabalho	Avaliação final da sessão
<ul style="list-style-type: none"> - Prevenção de recaídas; - Reflexão e discussão sobre todas as sessões e as aprendizagens; - Discussão sobre a concretização ou não dos objetivos do grupo; - Discussão das expetativas e o cumprimento destas, ao longo das sessões; - Preenchimento do Inventário de Beck ou CES – D; 	<ul style="list-style-type: none"> - Equipamentos digitais: projetor, tela de projeção; - Apresentação power point; 	<ul style="list-style-type: none"> - Atividade durante a sessão: identificar a sessão que mais gostaram e que a menos gostaram; as principais aprendizagens; 	<ul style="list-style-type: none"> - Reflexão entre os profissionais sobre o decorrer da sessão salientando melhorias necessárias.

A5 – Apresentação das sessões (Power Point's)

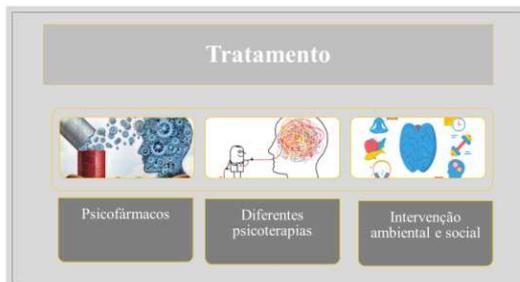
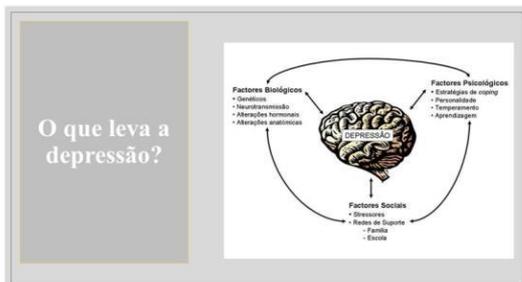
1ª sessão



2ª sessão



Depressão	Tristeza
É uma doença	Sentimento – emoção
Não é necessário um acontecimento de vida	Reativa a algum acontecimento de vida
Prolongada (meses, anos)	Temporária
É necessário tratamento: farmacológico e/ou psicoterapêutico	Não necessita de tratamento
Afeta em vários níveis da vida: laboral, social e familiar	Não interfere/prejudica nos diferentes aspetos da vida
Provoca alterações: sono, apetite, energia	Pode ser protetora



Atividade para casa

Em casa definir:

- Fator/motivo
- Início

Para Refletir

“Vamos sair da depressão?”

Estagiária: Luísa Sousa

3ª sessão

“Vamos sair da depressão?”

Estagiária: Luísa Sousa

Pensamentos, Crenças e Distorções

Objetivos da sessão

- Distinguir entre pensamentos, sentimentos e a própria realidade
- Tomar-se consciente das maneiras que os seus pensamentos influenciam os seus sentimentos
- Avaliar criticamente a veracidade dos pensamentos automáticos e distorções
- Desenvolver as habilidades para perceber, interromper e intervir ao nível dos pensamentos automáticos e distorções e como eles acontecem.

Crenças

Ideias
Nem sempre verdadeiras
Podem ser testadas
Desenvolvidas em crianças
Evoluem com o tempo / fortalecem-se
Regem-nos
Podem ser alteradas/modificadas



O que são distorções cognitivas?



Pensamentos automáticos

Positivos	Repentinos
	Breves
Negativos	Incontroláveis
	Provocam alterações
	Derivam das crenças

Modelo Cognitivo

Por exemplo, diante a situação de falar em público, um indivíduo pode ter **pensamentos automáticos** como "vou corar, vou fazer um papel de tolo; ninguém vai gostar da minha apresentação, vão perceber a minha ansiedade; corar é uma vergonha; se ganhar vai ser horrível; estou tão preocupado com a minha ansiedade, que nem me consigo concentrar no que tenho para dizer". Em função destes pensamentos, o indivíduo vai sentir **emoções negativas**, como medo, tristeza e culpa. Depois poderá ter **comportamentos** que podem agravar a situação como preparar-se excessivamente, procurar adivinhar o que vai acontecer, imaginar uma "catástrofe" ou procurar controlar daquilo que não é possível controlar (ex. procurar a aprovação de toda a gente ou exigir-se uma apresentação perfeita).

Como avaliá-los?



VAMOS Refletir

“Se tivermos **pensamentos felizes**, seremos felizes, se pensarmos em coisas que nos causam **medo**, seremos **medrosos**, se **acreditarmos** em tudo aquilo que **pensamos**, seremos aquilo que **pensamos**, se pensarmos no **fracasso**, teremos **mais hipóteses de fracassar**, se tivermos **pena de nós próprios**, é mais provável que **as pessoas se afastem**, se tivermos **auto-estima** é mais provável que os outros **se aproximem e gostem de nós**”

Françoise Lisa Maillat, 2019

Atividade para casa

Qual o pensamento?	Quando (dia)	O que aconteceu antes?	Como se sentiu?	Comportamento/atitude

“Vamos sair da depressão?”

Estagiária: Luísa Sousa

4ª sessão

“Vamos sair da depressão?”

Estagiária: Luísa Sousa

Emoções e comunicação

The slide features the title 'Emoções e comunicação' at the top. Below the title are three icons: the first shows a grid of various facial expressions with the text 'O QUE SÃO EMOCÕES?'; the second shows a red heart with a speech bubble; the third shows two stylized figures in conversation.

Objetivos da sessão

- Definir e identificar emoções
- Definir comunicação e entender os diferentes tipos de comunicação
- Relação entre as emoções e a depressão
- A importância da comunicação na depressão

Emoções

Deriva latim

- "ex" para fora
- "movere" passar

As emoções são reações afetivas de uma grande intensidade e que surgem como resposta a um acontecimento, experiência ou sensação.

São reações automáticas com funções: protetoras, reintegrativas, explorativas, modeladoras de comportamentos e promotoras da interação social e da comunicação.

Classificação das emoções

- Primárias / Básicas**
 - São inatas, universais, evolutivas, partilhadas por todos
 - nojo, raiva, tristeza, alegria, surpresa e medo
- Secundárias / Complexas**
 - Resultam da aprendizagem, podem ser impostas por convenções sociais, religiosas, culturais ou económicas
 - a vergonha, ciúme, orgulho, vaidade e culpa

Exercício nº1

Quais são as emoções aqui presentes?

Exercício nº2

Quais são as emoções aqui presentes?

Emoções vs. Sentimentos

Sentimento	Emoção
<ul style="list-style-type: none"> - Não são observáveis; - São íntimos, privados; - Remetem o nosso interior; - Resultam das emoções 	<ul style="list-style-type: none"> - Observáveis através das nossas expressões; - Universais; - Automáticas

O que é comunicação?

O processo de comunicação

O processo de comunicação consiste na transmissão de informação entre um emissor e um receptor que descodifica (interpreta) uma determinada mensagem. Esta ocorre no mínimo entre duas pessoas.

A comunicação é universal, as mais variadas espécies usam formas de comunicação, mas só a espécie humana usa a linguagem.

Tipos de comunicação

- Comunicação verbal** → Consiste em toda linguagem falada ou escrita, ou seja, toda mensagem transmitida através de palavras
- Comunicação não verbal** → Consiste na comunicação que é realizada com a ausência das palavras, nomeadamente através de sinais que produzimos, de gestos que fazemos, de imagens que criamos, etc

Tipos de comunicação

Passiva	Agressiva	Passivo-agressivo	Assertivo
<ul style="list-style-type: none"> As pessoas não expressam as suas opiniões e vontades; concordam com tudo o que lhes é dito; Normalmente pessoas tímidas; 	<ul style="list-style-type: none"> As pessoas expressam e demonstram as suas opiniões e vontades de uma forma agressiva; criam muitos conflitos; 	<ul style="list-style-type: none"> As pessoas tem as suas opiniões e vontades, mas não as demonstram; Assumem o papel de vítima; 	<ul style="list-style-type: none"> As pessoas expressam e demonstram as suas opiniões e vontades de forma a evitar conflitos e a encontrar soluções; Pessoas seguras de si, vivem em harmonia.

Como comunicar de forma assertiva?

- Não ter medo de questionar
- Intervir e tomar uma posição própria
- Saber dizer "NÃO"
- Calma
- Assertividade
- Firmeza

<https://www.youtube.com/watch?v=rd1m1CZYblwE>

“Vamos sair da depressão?”

Estagiária: Luísa Sousa

5ª sessão

“Vamos sair da depressão?”

Estagiária: Luísa Sousa

Estilo de vida saudável e stress



Objetivos da sessão

- Identificação das diferenças entre “ter uma doença” e “ser doente”
- Reflexão e discussão sobre a importância da adoção de estilo de vida saudável
- Identificação de estratégias para ter um estilo de vida saudável
- Reflexão sobre o stress e o impacto deste na vida e na depressão
- Identificação de estratégias para lidar com o stress
- Identificação de atividade prazerosas e não prazerosas

Ter uma doença ↔ Ser doente

“estar” – é um estado, transitório; mais cedo ou mais tarde iremos mudar, deixar de “estar”;

“ser” – é um estado, remete para algo permanente; nunca deixaremos de “ser”

- Podemos “agarrar” o diagnóstico e deixar que este traga todo o sofrimento inerente;

- Aceitar e aprender a viver com o diagnóstico, sempre tendo em conta que, a doença não nos define e procurando sempre a recuperação ou o melhor bem-estar e qualidade de vida.

Estilo de vida saudável



Estilo vida saudável e depressão

Estilo de vida saudável ↔ Depressão

- Sono (hiper ou hiposónia);
- Alimentação (aumento ou diminuição do apetite);
- Exercício físico (anedonia);
- Alterações de humor (desregulação emocional);
- Exacerbação de vícios (álcool ou drogas)

Como alterar isto?



- Encontrar um equilíbrio
- Estabelecer regras e rotinas
- Estabelecer um compromisso
- Ser disciplinado e responsável



Alimentação



Exercício físico



Regulação emocional



Higiene do sono

Higiene do sono



- Estabelecer um **horário** de dormir e acordar regular.
- Bloqueie todo o **ruido** que cause distração e elimine a **luminosidade** ao máximo
- Reserve o seu quarto para dormir, com **conforto** e **silêncio**;
- **Refeições** à noite **leves**, sem açúcares, álcool ou cafeína;
- Evitar ficar na cama quando o sono não vem.

Regulação emocional



Stress – uma resposta do nosso corpo a novas situações ou eventos que exigem de nós. Tem funções protetoras e motivadoras caso não seja vivido de forma exagerada; tem um grande impacto nas diferentes áreas da vida e cada um de nós tem uma forma diferente de lidar com o stress.

Como diminuir o stress?



- Encontrar a(s) fonte(s) de stress
- Dividir tarefas
- Colocar-se em primeiro lugar
- Estabelecer relações de ajuda
- Sono, alimentação e exercício
- Controlar/mediar expectativas
- Realizar atividades prazerosas

Atividade



Atividade para casa

Em casa definir:



Monitorizar e apontar 2 atividades por dia, uma que lhe traz satisfação e outra menos, identificar ao longo do dia cada uma delas e posteriormente, perceber o impacto dessa atividade: a motivação para o fazer, como se sentiu (0-10) a fazer e no final o grau de satisfação ou insatisfação (0-10);

“Vamos sair da depressão?”

Estagiária: Luísa Sousa

6ª sessão

“Vamos sair da depressão?”

Estagiária: Luísa Sousa

Relaxamento



Objetivos da sessão

- Reflexão sobre a última sessão e discussão dos resultados dos trabalhos de casa;
- Reflexão sobre a importância do relaxamento;
- Definição de estratégias de relaxamento;
- Treino durante a sessão do treino autógeno de Schultz

Relaxamento



- O relaxamento consiste num conjunto de técnicas que permitem aliviar as tensões acumuladas e que resultam do stress e da rotina diária. Existem vários tipos e várias formas de relaxar, mas todas têm o objetivo de suavizar, apaziguar, desfocar.

Benefícios do relaxamento

- ↓ Ansiedade
- ↓ Stress
- ↑ Autocontrolo
- ↑ Autoconhecimento
- ↑ Energia e vitalidade

Relaxamento e depressão



- Diminuição de alguns sintomas:
- Pensamentos automáticos
- Sensação de falta de energia
- Estabilização humor
- Criatividade

- Sem telemóveis
- Ouvir música
- Fazer exercício físico
- Respiração

Treino autógeno de Schultz



- Gerado pelo praticante;
- Relaxamento profundo;
- Aquecimento do corpo;
- Partes do corpo;
- 3 etapas.

Como fazer?

- Escolher um local
- Escolher a posição
- Fecchar os olhos
- Repetir as frases

Estou completamente relaxada – 1x. O meu braço direito está pesado – 6x.
Estou completamente relaxada – 1x. O meu braço esquerdo está pesado – 6x.
Estou completamente relaxada – 1x. O meu coração bate tranquilo e normal – 6x.
Estou completamente relaxada – 1x. A minha respiração está calma e equilibrada – 6x.
Estou completamente relaxada – 1x. A minha barriga está quente – 6x.
Estou completamente relaxada – 1x. A minha testa está agradavelmente fria/fresca – 6x.
Estou completamente relaxada – 1x.

Considerações importantes



- Sempre que disser as frases devem estar com atenção focada na parte do corpo referida na frase. Sempre que disser as frases devem estar com a atenção focada na parte do corpo referida na frase.
- Não tenha pressa em terminar cada exercício, desfrute da sensação de relaxamento, bem-estar e paz que se apodera de si, antes de passar para o seguinte exercício.
- Inicialmente não será fácil atingir o relaxamento, porque a nossa mente não está habituada ao relaxamento e por isto, não devemos desistir.
- Se adormecerem não tem problema.

Atividade para casa

Em casa:



Treinar o relaxamento proposto (ou outro mencionado ao longo das sessões) e registar quando o faz, como se sentiu antes e depois da sessão de relaxamento.

Dia	Antes do relaxamento		Depois do relaxamento	
	Como se sente?	Como se sente?	Quais as dificuldades?	

“Vamos sair da depressão?”

Estagiária: Luísa Sousa

7ª sessão

“Vamos sair da depressão?”

Estagiária: Luísa Sousa

Aceitação e compromisso



Tempo de Aceitação e Compromisso (ACT)

Objetivos da sessão

- Reflexão sobre a última sessão;
- Reflexão sobre o processo de aceitação na depressão – resolução de problemas;
- Contextualização da importância do compromisso na depressão

Aceitação vs. Evitamento



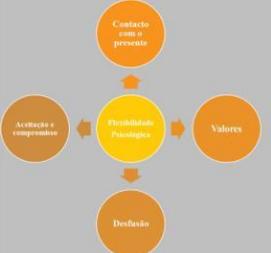
- a aceitação consiste em entender os pensamentos que surgem na depressão;
- é vista como uma forma, não de evitar, mas sim de controlar os sentimentos, pensamentos e sensações indesejadas.
- o evitamento é uma “fuga” a estes mesmos pensamentos levando a uma hipervalorização destes e a uma reformulação da vida com base nisso.

Compromisso – o que é?



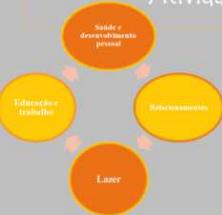
- é o estabelecimento de metas e objetivos, com base nos valores, na aceitação e no "Eu". Permite e impulsiona a mudança comportamental.

Inflexibilidade psicológica



Os objetivos é adquirir a flexibilidade psicológica tendo por base estes componentes, que se revelam essenciais.

Atividade para casa



Com base nos diferentes domínios da vida:

- Identifique quais as principais vitórias e falhas;
-
- Quais as principais memórias desses momentos e o que fez para ultrapassar, no caso das falhas.

“Vamos sair da depressão?”

Estagiária: Luísa Sousa

8ª sessão

“Vamos sair da depressão?”

Estagiária: Luísa Sousa

Objetivos da sessão

- Prevenção de recaídas;
- Reflexão e discussão sobre todas as sessões e as aprendizagens;
- Discussão sobre a concretização ou não dos objetivos do grupo;
- Discussão das expectativas e o cumprimento destas, ao longo das sessões;
- Preenchimento do questionário;

O que é a depressão?



Pensamentos, Crenças e Distorções



Emoções e comunicação



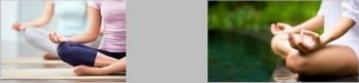
Alimentação

Exercício físico

Regulação emocional

Higiene do sono

Relaxamento



Aceitação e compromisso



Objetivos do grupo

Diminuição dos "stressores"/ fatores psicossociais	Aumento do conhecimento da doença
Diminuição dos sintomas	Aumento da capacidade relacional: familiar e social
	Aumento dos recursos pessoais

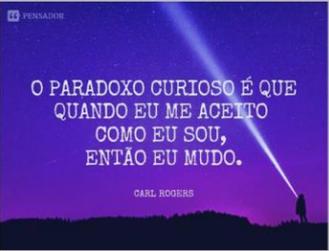
Atividade

- Qual a sessão que mais gostaram; Porquê?
- Qual a que menos gostaram; Porquê?
- Qual a principal aprendizagem?



O PARADOXO CURIOSO É QUE QUANDO EU ME ACEITO COMO EU SOU, ENTÃO EU MUDO.

CARL ROGERS



“Vamos sair da depressão?”

Estagiária: Luísa Sousa

1ª sessão

Grupo psicoeducativo
& Estagiária Luísa
Sousa

- O que é necessário?
- ✚ A recuperação da depressão é um processo longo e difícil, no entanto, a vontade de mudar é essencial para o sucesso de qualquer tipo de tratamento;



Grupo psicoeducativo
& Estagiária Luísa
Sousa

“Vamos sair da depressão?”



Unidade de Psicologia Clínica e da Saúde

Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental

Grupo psicoeducativo
& Estagiária Luísa
Sousa

- Regras de funcionamento do grupo
1. O grupo é **psicoeducativo** – pretende-se **aprender** sobre a depressão e partilhar algumas opiniões e exemplos apenas;
 2. Todos os participantes devem ter **oportunidade de falar** e dar a sua **opinião** sempre que seja oportuno, mas ninguém é obrigado a fazê-lo!
 3. A opinião de cada um deve ser ouvida, aceite e **respeitada!**
 4. Todos os membros devem **valorizar** e **validar** as diferenças e experiências dos restantes.
 5. A **assiduidade** e **pontualidade** devem ser respeitadas;
 6. As **conversas paralelas** devem ser evitadas;
 7. Toda a informação partilhada no grupo é **confidencial** sendo que, nada deve ser transmitido fora do consultório;
 8. A entrada de novos membros, após o início do grupo é proibida a menos que, seja aceite por todos os membros e em casos excecionais.

“Vamos sair da depressão?” / & Luísa Sousa

Grupo psicoeducativo
& Estagiária Luísa
Sousa

- Objetivos
- ✓ Acompanhamento psicoterapêutico mais frequente;
 - ✓ Fornecer informação que ajude a compreender melhor a doença e com isto melhorar alguns aspetos como:
 - ✚ Diminuição dos “stressores” / fatores psicossociais;
 - ✚ Diminuição dos sintomas;
 - ✚ Aumento do conhecimento da doença;
 - ✚ Aumento da capacidade relacional: familiar e social;
 - ✚ Aumento dos recursos pessoais.



“Vamos sair da depressão?” / & Luísa Sousa

3ª sessão

Grupo psicoeducativo
& Estagiária Luísa
Sousa
3ª sessão – “Pensamentos, crenças e distorções”

- Como avalia-los?
 - ✦ Através do questionamento sobre: as **evidências** a favor ou contra esse pensamento; se existe um **ponto de vista alternativo**; as **consequências** positivas e negativas deste pensamento; qual o **significado** desse pensamento e o que acontecia se este pensamento mudasse; e, **imaginar/projetar** no outro, caso tivéssemos um amigo nesta situação o que lhe diríamos.
- Como mudá-los?



“Se tivermos **pensamentos felizes, seremos felizes**, se pensarmos em coisas que nos causam **medo, seremos medrosos**, se **acreditarmos** em tudo aquilo que **pensamos, seremos aquilo que pensamos**, se pensarmos no **fracasso, teremos mais hipóteses de fracassar**, se tivermos **pena de nós próprios**, é mais provável que **as pessoas se afastem**, se tivermos **auto-estima** é mais provável que os outros se **aproximem e gostem de nós**.”

Fernando Lima Magalhães, 2019

Grupo psicoeducativo
& Estagiária Luísa
Sousa
3ª sessão – “Pensamentos, crenças e distorções”

“Vamos sair da depressão?”

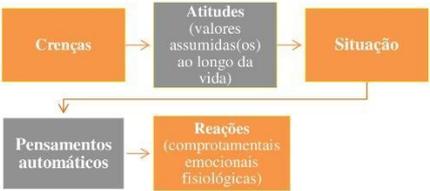


Unidade de Psicologia Clínica e da Saúde
Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental

Grupo psicoeducativo
& Estagiária Luísa
Sousa
3ª sessão – “Pensamentos, crenças e distorções”

- O que é são crenças?

- ✦ São ideias, convicções que se criam e que estão relacionadas com algo que não pode ser comprovado e, por vezes sem fundamento ou justificação. É uma opinião formada acerca de alguma coisa, que se assume como verdadeira e que, por muitas vezes são formadas ainda em crianças.
- ✦ Quando as nossas crenças se ativam, a tendência é a desvalorizar tudo o que tenta contrariar, ou mostrar que não é verdade aquilo que nós acreditamos. Ao longo da vida interpretamos as situações sempre baseadas nessas crenças.



“Vamos sair da depressão?” / & Luísa Sousa

Grupo psicoeducativo
& Estagiária Luísa
Sousa
3ª sessão – “Pensamentos, crenças e distorções”

- O que é são distorções cognitivas?

- ✦ São erros sistemáticos na percepção e no processamento da informação que levam as pessoas a ver, as diferentes experiências da vida, de uma forma inflexível e absoluta. Alguns exemplos são:
 - Personalização** - relacionar ocorrências externas consigo próprio, atribuindo às suas características acontecimentos desagradáveis que ocorrem no meio – autculpabilização;
 - Catastrofização** – previsão do futuro, perspectiva de um futuro muito negativo, e que não conseguirá suportar;
 - Supergeneralização** - tendência a considerar que, um evento ou desempenho negativo ocorrerá outras vezes; uso de palavras absolutista – nunca, sempre, tudo;
 - Abstração seletiva** - numa experiência ver apenas o lado mau da situação, negando todos os aspetos positivos;
- O que é são pensamentos automáticos?

- ✦ São ideias que surgem repentinamente, de forma rápida e incontroável; surgem como verdades absolutas e provocam grandes alterações comportamentais e emocionais.

“Vamos sair da depressão?” / & Luísa Sousa

4ª sessão

Grupo psicoeducativo
& Estagiária Luísa
Sousa
4ª sessão – “Emoções e comunicação”

- Formas de comunicar

Passiva – pessoas que não expressam as suas opiniões e vontades; concordam com tudo o que lhes é dito e com os acontecimentos, sem se expressarem; normalmente são pessoas tímidas, que não se envolvem e que têm vergonha de questionar; guardam tudo o que sentem;

Agressivo – a pessoa responde e demonstra as suas opiniões de uma forma agressiva criando muitos conflitos. Expressam o que sentem mesmo quando não lhe é solicitado ou conveniente; estes comportamentos levam a que as pessoas se afastem;

Passivo agressivos / manipuladores – são pessoas que têm opiniões, mas, que não reclamam nem demonstram pessoalmente; não têm coragem para expressar aquilo que pensam ou sentem, no entanto, comentam “pelos costas” e muitas vezes, assumem papéis de vítima.

Assertivo – as pessoas expressam aquilo que pensam e sentem de forma a evitar conflitos e procurando sempre a solução das questões; não têm medos de questionar, de intervir e tomar uma posição própria; vivem em harmonia, são seguras de si e das suas opiniões. Posto isto, este torna-se o **método mais ajustado e correto** para comunicarmos com os outros. De forma, **firme, clara e assertiva**.

Grupo psicoeducativo
& Estagiária Luísa
Sousa
4ª sessão – “Emoções e comunicação”

- O que são emoções?

As emoções são reações afetivas de uma grande intensidade e que surgem como resposta a um acontecimento, uma experiência ou uma sensação. São reações automáticas, que têm funções de proteção, reintegração, exploração e de promoção à interação social e à comunicação com o outro.

- Classificação das emoções

Emoções primárias / básicas são inatas, universais, evolutivas e partilhadas por todos;

Exemplo: nojo, raiva, tristeza, alegria, surpresa e medo.

Emoções secundárias / complexas são sociais e resultam da aprendizagem; podem ser impostas pela educação (herança familiar) ou por convicções sociais, religiosas, económicas ou culturais.



“Vamos sair da depressão?” /

& Luísa Sousa

Grupo psicoeducativo
& Estagiária Luísa
Sousa
4ª sessão – “Emoções e comunicação”

“Vamos sair da depressão?”



Unidade de Psicologia Clínica e da Saúde

Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental

Grupo psicoeducativo
& Estagiária Luísa
Sousa
4ª sessão – “Emoções e comunicação”

- O que é a comunicação?

O processo de comunicação consiste na transmissão de informação entre um emissor e um recetor que descodifica / interpreta uma determinada mensagem. A comunicação é uma constante e ocorre no mínimo entre duas pessoas.

- Tipos de comunicação

Comunicação verbal – A comunicação verbal pode ser definida como sendo toda linguagem falada ou escrita, ou seja, toda mensagem transmitida através de palavras.

Comunicação não verbal - Comunicação que não envolve a utilização de sinais verbais (palavras); consiste em toda a comunicação que é realizada com a ausência das palavras, com recurso a sinais que produzimos, gestos que fazemos ou imagens que criamos.

“Vamos sair da depressão?” /

& Luísa Sousa

5ª sessão

Grupo psicoeducativo

1ª & Estagiária Luísa
Sousa

5ª sessão – “Estilo de vida saudável – regulação stress”

Regulação emocional e do stress – o stress é uma resposta do nosso corpo a novas situações ou eventos que exigem de nós. Tem funções protetoras e motivadoras desde que, não seja vivido de uma forma exagerada; tem um grande impacto nas diferentes áreas da vida e cada um de nós tem uma forma diferente de lidar com o stress. O stress provoca um conjunto de alterações a nível físico e emocional: dores generalizadas, insónia, alterações de humor, de apetite, agitação, frustração, tristeza, raiva, medo e muitos mais. Como interromper esta bola de neve:

- ✚ **Detetar a(s) fonte(s) de stress** - encontrar soluções ou a inexistência destas;
- ✚ **Dividir tarefas** – “*não levar o mundo às costas*”;
- ✚ **Colocar-se em primeiro lugar** - pensar em si e dispensar algum tempo do dia para se dedicar ao seu bem-estar;
- ✚ **Estabelecer relações de entreajuda** – ter um núcleo de amigos a quem possa recorrer para “fugir” e relaxar;
- ✚ **Expandir horizontes** – experimentar novas experiências, para fazê-lo mudar a forma como vê o mundo e como irá agir perante as situações;
- ✚ **Sono, exercício e alimentação equilibrada** – ajuda na regulação do humor e nos sintomas físicos;
- ✚ **Controlar expectativas em relação a si mesmo** – esquecer o perfeccionismo; focar nos aspetos positivos e nas vitórias ao longo da vida;
- ✚ **Recorrer a atividades prazerosas** – realizar atividades que o relaxem e que possam ser usadas em situação de grande stress.

Grupo psicoeducativo

1ª & Estagiária Luísa Sousa

5ª sessão – “Estilo de vida saudável – regulação stress”

- **O que fazer para mudar?**
- ✚ Encontrar um equilíbrio: não se pretende que seja penoso, castrador ou demasiado limitador;
- ✚ Definir regras e rotinas;
- ✚ Estabelecer um compromisso consigo mesmo (adequado e realista);
- ✚ Ser disciplinado e responsável.

Alimentação – fazer uma alimentação equilibrada tendo em conta, a roda dos alimentos, sem restrições, mas acima de tudo sem excessos;

Exercício físico – escolher um exercício físico que goste e lhe traga prazer e praticá-lo todos os dias;

Higiene do sono – assumir práticas e rotinas muito disciplinadas relativamente ao sono, de modo a que este seja reparador todas as noites: estabelecer um horário de dormir e de acordar regular; bloquear todo o ruído que cause distração e elimine a luminosidade ao máximo –telemóveis e tv; reserve o seu quarto para dormir, com conforto e silêncio; fazer as refeições da noite leves, sem açúcares, álcool ou cafeína; e, evitar ficar na cama quando

não tem sono.
“Vamos sair da depressão?” /
Sousa

& Luísa Sousa

Grupo psicoeducativo

1ª & Estagiária Luísa
Sousa

5ª sessão – “Estilo de vida saudável – regulação stress”

“*Vamos sair da
depressão?*”



Unidade de Psicologia Clínica e
da Saúde

Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental

Grupo psicoeducativo

1ª & Estagiária Luísa Sousa

5ª sessão – “Estilo de vida saudável – regulação stress”

- **Estilo de vida saudável**

Consiste num conjunto de medidas adotadas e seguidas ao longo da vida, com o objetivo promover a saúde e prevenir as doenças. A Direção Geral de Saúde (DGS) diz que estas medidas devem ser consideradas, como preventivas em relação à saúde.

Um estilo de vida saudável está relacionado com vários aspetos: sono, alimentação, exercício físico, regulação emocional e do stress e vícios associados quer álcool, drogas ou simplesmente o tabaco.

Um aspeto importante a ter em consideração é que, “*Ser saudável*” não é apenas “*não estar doente*”, não é apenas a ausência de doença, mas sim um bem-estar generalizado, a nível mental, físico e social.

- **Estilo de vida saudável e depressão**

Acontece que, a maioria dos sintomas da depressão estão relacionadas com estes aspetos essenciais para se ter um estilo de vida saudável: higiene do sono (hiper ou hiposónia), alimentação equilibrada (aumento ou diminuição do apetite), exercício físico (anedonia), alterações de humor (desregulação emocional) e exacerbação de vícios (álcool ou drogas).

“Vamos sair da depressão?” /

& Luísa

6ª sessão

Grupo psicoeducativo

Luísa Sousa & Estagiária Luísa Sousa
6ª sessão – “Relaxamento”

• Treino autógeno de Schultz

- ✚ Escolher um local sossegado, calmo e sem ruído;
- ✚ Escolher a posição (deitada ou sentada no sofá ou cadeira) o mais confortável possível;
- ✚ Fechar os olhos e mantenha a atenção sempre no membro mencionado;
- ✚ Repetir as seguintes frases pela seguinte ordem:
 - “Estou completamente relaxada” – 1x
 - “O meu braço direito está pesado” – 6x
 - “Estou completamente relaxada” – 1x
 - “O meu braço esquerdo está pesado” – 6x
 - “Estou completamente relaxada” – 1x
 - “O meu coração bate tranquilo e normal” – 6x
 - “Estou completamente relaxada” – 1x
 - “A minha respiração está calma e equilibrada” – 6x
 - “Estou completamente relaxada” – 1x
 - “A minha barriga está quente” – 6x
 - “Estou completamente relaxada” – 1x
 - “A minha testa está agradavelmente fria/fresca” – 6x
 - “Estou completamente relaxada” – 1x

Notas: se adormecer não há problema; quanto mais praticar mais fácil se

Grupo psicoeducativo

Luísa Sousa & Estagiária Luísa Sousa
6ª sessão – “Relaxamento”

“Vamos sair da depressão?”



Unidade de Psicologia Clínica e da Saúde

Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental

Grupo psicoeducativo

Luísa Sousa & Estagiária Luísa Sousa
6ª sessão – “relaxamento”

• O que é o relaxamento?

O relaxamento consiste num conjunto de técnicas que permitem aliviar as tensões acumuladas e que resultam do stress e da rotina diária. Existem vários tipos e várias formas de relaxar, mas todas têm o objetivo de suavizar, apaziguar, desfocar.

Os benefícios do relaxamento são muitos: **diminuir a ansiedade** - ajuda a controlar os sintomas que provém da ansiedade assim como, a diminuir o impacto que algumas situações ou estímulos têm em nós; **stress** - ajuda a regular o stress sentido e a diminuir a irritação e a labilidade emocional; **autocontrolo e autoconhecimento** - permite autoconhecer-nos, perceber quando há alterações a nível fisiológico; durante o relaxamento a nossa atenção está focada em nós mesmo e no nosso corpo e posteriormente, este conhecimento poderá ser usado em situações de stress ou maior ansiedade; **energia e vitalidade** - estas técnicas permitem relaxar as tensões musculares e consequentemente, aliviar algumas dores musculares. Isto irá permitir uma maior energia e vitalidade com o relaxamento.

Aumenta o bem-estar e a qualidade de vida.

“Vamos sair da depressão?” Luísa Sousa & Luísa Sousa

Grupo psicoeducativo

Luísa Sousa & Estagiária Luísa Sousa
6ª sessão – “relaxamento”

• Formas simples de relaxar

Sem telemóveis – desligar das notícias do mundo, das chamadas incomodativas, do stress do trabalho etc.

Ouvir música – mesmo que não aprecia, uma música de fundo permite um maior relaxamento, está provado.

Exercício – nem que seja apenas um conjunto de exercícios de alongamento do corpo; no entanto, pesquisa referem que ioga e natação são dos melhores exercícios para ajudar no relaxamento;

Respiração – retirar uns minutinhos do dia para ouvir a sua própria respiração;

Essencialmente - **Desfocar do mundo** – nem que seja por 15 minutos permita a sua mente fluir, sonhar, planear, imaginar coisas boas;



“Vamos sair da depressão?” Luísa Sousa & Luísa Sousa

7ª sessão

Grupo psicoeducativo
& Estagiária Luísa
Sousa
7ª sessão – “Aceitação e compromisso”

- Atividade para casa

Com base nos diferentes domínios da vida saúde, trabalho, relações e lazer:

✚ Identifique quais as principais vitórias e quais as principais falhas:

✚ Quais as principais memórias desses momentos e o que fez para ultrapassar, no caso das falhas:

Grupo psicoeducativo
& Estagiária Luísa
Sousa
7ª sessão – “Aceitação e compromisso”

- Inflexibilidade e flexibilidade psicológica

✚ **Inflexibilidade psicológica** deriva do:

- Experiências passadas;
- Medo do futuro e reviver o passado;
- Baixo autoconhecimento;
- Comportamentos negativos: inércia, impulsividade;
- Distorção e confusão relativamente a valores pessoais;
- Fusão cognitiva – “estar preso”, fixo a acontecimentos pessoais e privados, vivendo intensamente e de forma real e verdadeira; ocorre através dos pensamentos, emoções, memórias;

A junção destes acontecimentos leva a alterações do comportamento que são prejudiciais para o indivíduo e provocam a doença.

✚ **Flexibilidade psicológica** – capacidade do indivíduo de entender e compreender as emoções e pensamentos sentidos e, lutar para alterar os seus comportamentos de modo a obter o bem-estar e, sempre tendo em conta os valores.

“Vamos sair da depressão?” /

& Luísa Sousa

Grupo psicoeducativo
& Estagiária Luísa
Sousa
7ª sessão – “Aceitação e compromisso”

“Vamos sair da depressão?”



Unidade de Psicologia Clínica e da Saúde

Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental

Grupo psicoeducativo
& Estagiária Luísa
Sousa
7ª sessão – “Aceitação e compromisso”

- Aceitação e compromisso

A aceitação consiste em entender os pensamentos que surgem na depressão. É uma forma não de evitar, mas sim de controlar os sentimentos, pensamentos e sensações indesejadas.

O compromisso é o estabelecimento de metas e objetivos, com base nos valores, na aceitação e no “Eu”. Permite e impulsiona a mudança comportamental.



“Vamos sair da depressão?” /

& Luísa Sousa

8ª sessão

Grupo psicoeducativo

& Estagiária Luísa Sousa

8ª sessão – “Prevenção de recaídas”

- Formas simples de relaxar

Sem telemóveis – desligar das notícias do mundo, das chamadas incomodativas, do stress do trabalho etc.

Ouvir música – mesmo que não aprecia, uma música de fundo permite um maior relaxamento, está provado.

Exercício – nem que seja apenas um conjunto de exercícios de alongamento do corpo; no entanto, pesquisa referem que ioga e natação são dos melhores exercícios para ajudar no relaxamento;

Respiração – retirar uns minutinhos do dia para ouvir a sua própria respiração;

Essencialmente - **Desfocar do mundo** – nem que seja por 15 minutos permita a sua mente fluir, sonhar, planear, imaginar coisas boas;

- ✚ **Flexibilidade psicológica** – capacidade do indivíduo de entender e compreender as emoções e pensamentos sentidos e, lutar para alterar os seus comportamentos de modo a obter o bem-estar e, sempre tendo em conta os valores.

Grupo psicoeducativo

& Estagiária Luísa Sousa

8ª sessão – “Prevenção de recaídas”

- O que é são emoções?

As emoções são reações afetivas de uma grande intensidade e que surgem como resposta a um acontecimento, uma experiência ou uma sensação. São reações automáticas, que têm funções de proteção, reintegração, exploração e de promoção à interação social e à comunicação com o outro.

Tipo Assertivo – as pessoas expressam aquilo que pensam e sentem de forma a evitar conflitos e procurando sempre a solução das questões; não têm medos de questionar, de intervir e tomar uma posição própria; vivem em harmonia, são seguras de si e das suas opiniões. Posto isto, este torna-se o **método mais ajustado e correto** para comunicarmos com os outros. De forma, **firme, clara e assertiva**.

- **Estilo de vida saudável - O que fazer para mudar?**

- ✚ Encontrar um equilíbrio: não se pretende que seja penoso, castrador ou demasiado limitador;
- ✚ Definir regras e rotinas;
- ✚ Estabelecer um compromisso consigo mesmo (adequado e realista);
- ✚ Ser disciplinado e responsável.

“Vamos sair da depressão?”
Sousa

& Luísa Sousa

Grupo psicoeducativo

& Estagiária Luísa Sousa

8ª sessão – “Prevenção de recaídas”

“Vamos sair da
depressão?”



Unidade de Psicologia Clínica e
da Saúde

Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental

Grupo psicoeducativo

& Estagiária Luísa Sousa

8ª sessão – “Prevenção de recaídas”

- O que é a depressão?

A depressão é uma **doença afetiva** que está relacionada e que se caracteriza por alterações emocionais que envolvem grande sofrimento e com muito impacto nas diversas áreas da vida: social, familiar e profissional.

- O que é são pensamentos automáticos?

São ideias que surgem repentinamente, de forma rápida e incontrolável; surgem como verdades absolutas e provocam grandes alterações comportamentais e emocionais.

- Como avalia-los?

Através do questionamento sobre: as **evidências** a favor ou contra esse pensamento; se existe um **ponto de vista alternativo**; as **consequências** positivas e negativas deste pensamento; qual o **significado** desse pensamento e o que acontecia se este pensamento mudasse; e, **imaginar/projetar** no outro, caso tivéssemos um amigo nesta situação o que lhe diríamos.

“Vamos sair da depressão?”

& Luísa

Anexo B – Investigação “Variáveis psicossociais dos novos pacientes na consulta de Psicologia – Saúde Mental, em adultos.”

B1 – Consentimento Informado

Consentimento informado

Eu, _____ declaro que aceito participar de livre vontade na entrevista efetuada por Luísa Isabel Soares de Sousa, no âmbito de uma investigação hospitalar intitulada de **“Variáveis psicossociais dos novos pacientes na consulta de Psicologia – Saúde Mental, em adultos.”**

A mim foram-me explicados e compreendo os objetivos principais deste trabalho aceitando responder a uma entrevista que explora questões sobre a minha história de vida e compreendo que a minha participação nesta entrevista é voluntária, podendo desistir a qualquer momento, sem que essa decisão se reflita em qualquer prejuízo para mim.

Ao participar neste trabalho não estou a receber qualquer benefício direto ou indireto pela minha colaboração.

Entendo, ainda, que toda a informação obtida será estritamente confidencial e que a minha identidade nunca será revelada em qualquer relatório ou publicação, ou a qualquer pessoa não relacionada diretamente com esta investigação, a menos que eu o autorize por escrito.

Data: _____ de _____ de _____

Assinatura: _____

B2 – Questionário Sócio demográfico

Código: _____

Dados sócio demográficos

Idade: _____ anos

Sexo

Masculino Feminino

Estado Civil

Casado(a) Divorciado(a) Viúvo(a) Solteiro União

de facto

Constituição do agregado familiar: _____

Concelho: _____

Profissão: _____

Situação profissional

Empregado (a) Baixa médica/clínica Reformado (a) Outro: _____

Habilitações literárias

Sem habilitações 1º ciclo (4º ano) 3º Ciclo (9ºano)

Secundário (12ºano) Licenciatura

- **Tipo de ensino**

Ensino regular

Novas oportunidades

Dados clínicos

5. Tem ou teve o diagnóstico de alguma doença física? Sim Não

Se sim, qual? _____

6. Tem ou teve alguma patologia psiquiátrica? Sim Não

6.1. Se sim, qual? _____

6.2. Tem ou teve apoio psicológico/ psiquiátrico? Sim Não

6.2.1. Se sim, quando? _____

6.2.2. Qual o motivo? _____

6.2.3. Quanto tempo durou o acompanhamento? _____

7. Faz ou já fez algum tipo de psicofármaco? Sim Não

7.1. Se sim, qual? _____

Antipsicóticos Ansiolíticos Benzodiazepínicos

Antidepressivos Estabilizadores de humor

7.2. Durante quanto tempo? _____

7.3. Na sua família, tem conhecimento de alguém que tem ou teve um

diagnóstico de uma doença mental? Sim Não

7.4. Se sim, qual o grau de parentesco?

8. Ao longo da nossa vida existem diferentes acontecimentos que podem ter um impacto positivo ou negativo. Por favor, de uma forma breve descreve alguns dos acontecimentos da sua vida, que mais o impactaram quer de forma positiva, quer de forma negativa.

	Muito Negativo	Negativo	Neutro	Positivo	Muito Positivo
a)	1	2	3	4	5
b)	1	2	3	4	5
c)	1	2	3	4	5
d)	1	2	3	4	5
e)	1	2	3	4	5

Anexo C – Investigação “Ser cuidador em tempos de pandemia”

C1 – Questionário

Ser cuidador em tempos de Pandemia

A Pandemia provocada pela COVID-19, desafia diariamente a nossa capacidade de adaptação e superação. O confinamento e o isolamento social passaram a fazer parte das nossas vidas, alterando os padrões de relacionamento, e em muitos casos, de apoio e de cuidados.

Os cuidadores, independentemente da idade do seu familiar e da doença em questão (ex. autismo, paralisia cerebral, demência, AVC, esclerose múltipla), enfrentarão desafios acrescidos.

Neste contexto, a presente investigação tem como principal objetivo, compreender as necessidades e dificuldades dos cuidadores, tendo em consideração o momento em que vivemos. Este conhecimento é fundamental ao desenvolvimento de estratégias de intervenção que minimizem o seu impacto, na iminência de continuarmos com o isolamento social por tempo indeterminado e de podermos viver novos períodos de confinamento.

Por isso, se é cuidador de um familiar que depende de si, pedimos-lhe que dedique alguns minutos para responder as questões seguintes. A sua colaboração é imprescindível.

Todos os dados recolhidos são anónimos, destinando-se exclusivamente ao desenvolvimento da presente investigação.

Sem mais de momento, a equipa de investigação encontra-se disponível para o esclarecimento de qualquer dúvida através do e-mail: investigacaocovid@gmail.com.

Obrigada pela sua colaboração!

Dados Sociodemográficos

Pedimos por favor que nos forneça alguns dados sobre si.

Idade: ____

Sexo: Masculino Feminino

Estado Civil:

Solteiro(a) Casado(a)/União de facto Divorciado(a)
 Viúvo(a)

Profissão: _____

Situação profissional:

Empregado (a exercer)
 Desempregado (a) Reformado (a)
 Baixa médica/clínica Lay-off Outro: _____

Habilitações literárias:

Sem habilitações 1º ciclo (4º ano) 2º ciclo (6ºano) 3º ciclo (9ºano)
 Secundário (12ºano) Licenciatura Mestrado Doutoramento

Constituição do agregado familiar: _____

Dados do Seu familiar

Agora pedimos por favor que nos forneça algumas informações relativamente ao familiar a quem presta cuidados.

- **Grau de parentesco com essa pessoa?**

Pai/Mãe Cônjuge Filho/a Outro familiar _____

- Idade _____
- Sexo

Masculino

Feminino

• **Habilitações literárias:**

Sem habilitações 1º ciclo (4º ano) 2º ciclo (6ºano) 3º ciclo (9ºano)

Secundário (12ºano) Licenciatura Mestrado Doutoramento

• **Patologia (doença que está na base da necessidade de apoio):**

• **Com que idade foi diagnosticado:**

Gravidez/ Nascimento 1º infância (até aos 3 anos) 2ª infância (dos 4 aos 7 anos)

3ª infância (dos 8 aos 12 anos) Adolescência (dos 13 aos 19 anos)

Idade adulta

- Se na idade adulta, há quanto tempo foi diagnosticado? _____

- E há quanto tempo cuida dele(a)? _____

9. Numa escala de 0 a 4 assinale com uma cruz qual o nível de dependência do familiar de quem cuida antes da pandemia pelo COVID-19?

0	1	2	3	4
Totalmente Independente	Dependência Ligeira	Dependência Moderada	Dependência Grave	Totalmente Dependente

• Antes da pandemia, pelo COVID-19, quais as necessidades de ajuda do seu familiar?

Higiene

Alimentação

Deslocação

Gestão da medicação

Outros: _____

PRESTAÇÃO DE CUIDADOS

Pré- Pandemia

Por breves segundos pense em como era o seu dia-a-dia com o seu familiar, nos últimos 6 meses antes da pandemia (entre setembro de 2019 e finais de fevereiro de 2020). Responda agora às seguintes questões com base nesse período de vida.

- Em média, quantas horas diárias cuidava do seu familiar (antes da pandemia)?

- Tinha alguma ajuda na prestação de cuidados (antes da pandemia)?

Sim Não

– Se sim, quais?

Apoio Especializado (Psicologia, Terapia da Fala, Terapia Ocupacional, Fisioterapia, etc.)

Necessidades Educativas Especiais

Apoio Domiciliário

Visita Domiciliária da Equipa Médica e de Enfermagem

Centro de Dia

Apoio de Familiares

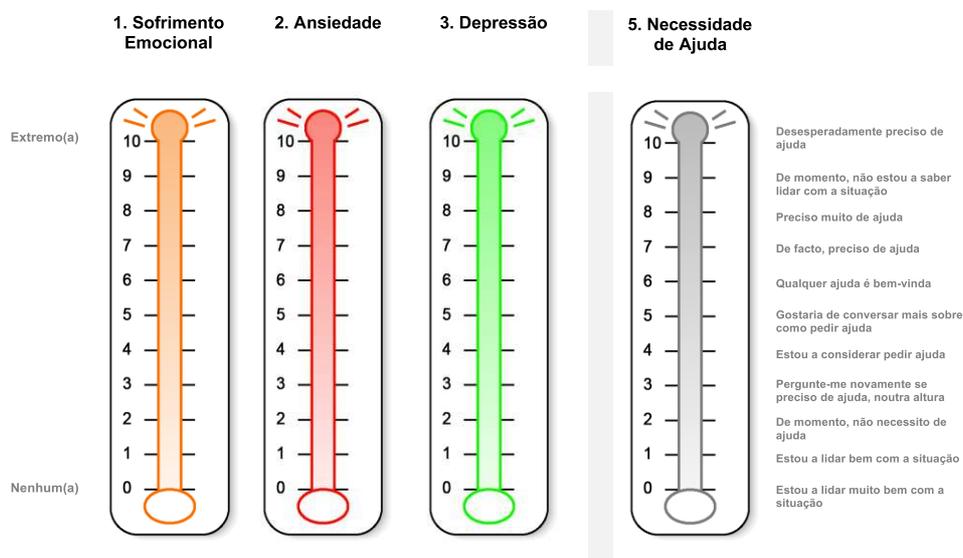
Outros: _____

- Com que frequência recebia esse apoio?

Diário Semanal Quinzenal Mensal Sempre que necessário

- Pedimos agora que tente descrever o seu estado emocional nesse período (antes da pandemia), marcando um X no número que melhor descreve em cada uma das seguintes colunas ou registando por baixo de cada uma das colunas o número entre 0 e 10 que melhor escreve o seu estado no que diz respeito ao “Sofrimento Emocional”, níveis de “Ansiedade” e “Depressão” e “Necessidade de ajuda”.

Considere que 0 – nunca se sentiu, 5 – sentiu moderadamente e 10 – sentiu intensamente/totalmente.



Pós-Pandemia

As próximas questões, referem-se ao período ATUAL de confinamento e isolamento social provocado pela pandemia do COVID-19.

- Neste período de confinamento e isolamento social, dedica mais horas diárias ao cuidado do seu familiar do que no período anterior?

Sim Não

– **Se sim:**

Porquê? _____

Qual a média de horas diárias: _____

- Desde o início da pandemia perdeu algum dos apoios anteriormente mencionados?

Sim Não

– **SE SIM**, qual/ quais é que perdeu?

Apoio Especializado (Psicologia, Terapia da Fala, Terapia Ocupacional,

Fisioterapia, etc.)

Necessidades Educativas Especiais

Apoio Domiciliário

Visita Domiciliária da Equipa Médica e de Enfermagem

Centro de Dia

Apoio de Familiares

Outros: _____

– **SE NÃO**, os seus apoios mantêm a mesma frequência que antes da pandemia?

Sim Não

Se não: Diminuiu Aumentou

- GANHOU algum apoio extra?

Sim Não

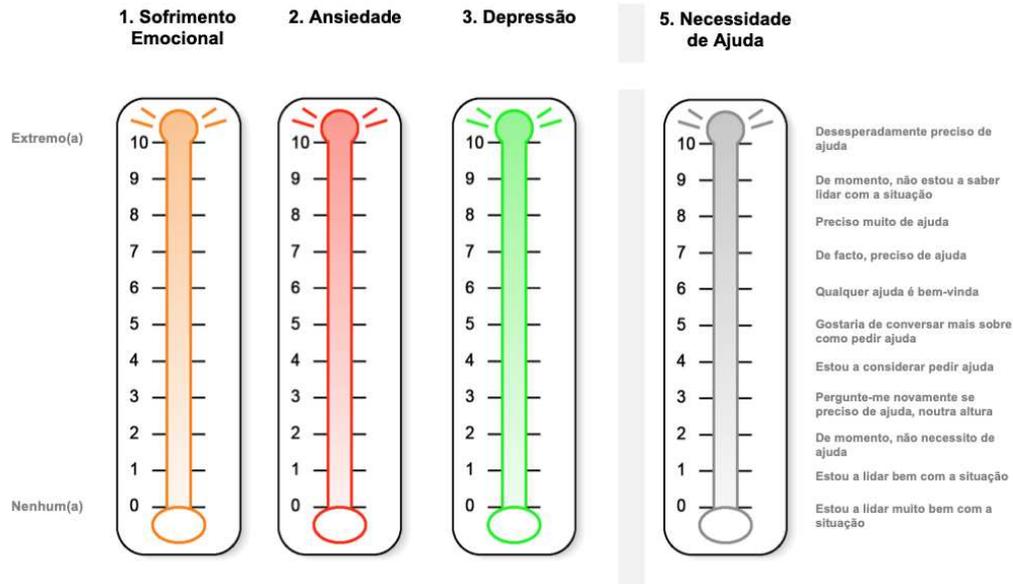
- Se sim, qual? _____

- Com que frequência a recebe?

Diário Semanal Quinzenal Mensal Outro _____

- Quais as principais dificuldades que tem sentido em lidar com o seu familiar, devido ao momento atual em que se encontra (pandemia):

- Pedimos agora que descreva o seu estado emocional ATUAL, marcando um X no número que melhor descreve em cada uma das seguintes colunas ou registando por baixo de cada uma das colunas o número entre 0 e 10 que melhor escreve o seu estado ATUAL no que diz respeito ao “Sofrimento Emocional”, níveis de “Ansiedade” e “Depressão” e “Necessidade de ajuda”.



9.1. Se os valores indicados são maiores ou menores do que no período antes da pandemia, explique o seu motivo: _____

9.2. Se na última coluna indicou que sente mais necessidade de ajuda, qual o tipo de ajuda de que precisa? _____

- Apesar dos desafios e dificuldades provocados pela pandemia, considera que tenha surgido algo de positivo na sua vida, sobretudo na relação com o seu familiar?

Sim Não

- Se sim, em que aspetos?

- Maior proximidade em relação à pessoa de quem cuida
- Sentir-se útil devido à prestação de cuidados
- Desenvolvimento de novas capacidades e habilidades de cuidado
- Outros ganhos:

10. Enumere os três principais desafios que tem sentido neste período de isolamento e confinamento social: _____

11. _____

12. _____

13. Enumere as três principais estratégias que tem utilizado para resolver estes desafios (ex: ouvir música, ver televisão, cozinhar, praticar exercício, etc):

14. Tem mantido contacto frequente com familiares e amigos?

Sim Não

– Se sim, como? _____

– Se não, qual o motivo? _____

○ Sente falta desse contacto?

Sim Não

Em relação ao seu familiar

As questões que se seguem dizem respeito ao seu ponto de vista, em relação à percepção que o seu familiar tem deste período de isolamento e confinamento social provocado pela pandemia do COVID-19.

15. Considera que a pessoa de quem cuida tem percepção da pandemia?

Sim Não

16. Considera que a pessoa de quem cuida tem percepção dos cuidados necessários?

Sim Não

17. Considera que a pessoa de quem cuida tem percepção dos riscos da pandemia?

Sim Não

- Tem sido fácil manter a pessoa que cuida confinada?

Sim Não

- Se respondeu que não, diga-nos porquê _____
- Quais as principais dificuldades demonstradas pelo seu familiar em lidar com o confinamento e isolamento social provocado pela pandemia:

Obrigado pela colaboração.

Anexo D – Consultas de acompanhamento psicológico e de avaliação

D1 – Protocolo de Segurança

A realização deste protocolo visa obedecer às obrigatórias medidas de higienização e segurança decorrentes da pandemia consequente da COVID-19.

Estagiária:

- Uso de máscara obrigatório, viseira e óculos (opcionais);
- Desinfecção das mãos sempre que necessário;
- Muda de roupa e calçado à entrada e à saída do hospital, dentro do gabinete.

Consultório:

- O posicionamento da cadeira da estagiária será o mais longe possível do paciente, de forma a manter alguma distância de segurança;
- A desinfecção da sala entre pacientes (mesa, cadeira e acrílico) será sempre feita pela estagiária usando o material cedido pelo hospital (toalhetas) e cumprindo sempre todos os cuidados (uso de luvas – opcional e lavagem e desinfecção das mãos – obrigatório);
- As janelas do consultório serão abertas após a saída dos pacientes e permanecerão abertas o máximo de tempo possível para arejar espaço;
- Após cada consulta e a devida desinfecção da sala, como medida extra de segurança as cadeiras deverão ser alternadas permitindo assim que, os pacientes não se sentem na mesma cadeira que o paciente da consulta anterior;
- Para evitar o contacto do paciente e diminuir a possibilidade de contágio, a maçaneta da porta será apenas manuseada pela estagiária;

Paciente:

- Durante contato telefónico para aviso da consulta deverá ser informado ao paciente que:

- deverá chegar APENAS 15 minutos antes da hora da marcação;
- não é permitido a presença de acompanhante (salvo exceções – pacientes com dependência moderada ou grave e necessidade de ajuda para locomoção e orientação no espaço);
- tem de usar máscara desde a entrada no hospital até à saída;
- deverá proceder à medição da temperatura e à desinfecção das mãos na entrada do hospital e posteriormente, á entrada do consultório;
- deverá aguardar na sala de espera, a chamada para a consulta mantendo a distância de segurança de outros pacientes;

Durante a avaliação:

- Todo o material necessário ficará “em quarentena” pelo menos 2 dias antes da consulta;
- O preenchimento de protocolo e anotações são feitas pela estagiária num documento que nunca entra em contacto com o paciente;
- O paciente recebe um papel e uma caneta para as provas de escrita ou desenho, sendo que a caneta será posteriormente desinfetada e o papel cumprirá o período de isolamento (descrito em baixo); este material deverá estar pronto aquando da chegada do paciente ao consultório (do lado de fora do acrílico de proteção).
- No final da avaliação, os protocolos/ papéis usados pelo paciente serão colocados pelo próprio numa caixa que se encontra aberta no consultório (ao lado da cadeira deste) sendo que, qualquer toque ou manuseamento será desencorajado;
- No fim de cada dia, a caixa é fechada permanecendo em incubação durante 5 dias sendo arrumada em cima de um móvel/ armário (preferencialmente, fechada dentro de um móvel/armário – dependente da disponibilidade) no consultório com um aviso colocado na caixa (**“Em quarentena, não mexer”**), para que esta não seja tocada por ninguém devido ao risco de contágio. Esta etapa será feita pela estagiária recorrendo ao uso de luvas (opcional) e posteriormente, à lavagem e desinfecção correta das mãos (obrigatório);
- O protocolo usado pela estagiária após a saída do paciente é colocado pela própria na mesma caixa junto com as resposta do mesmo (este processo deverá ser realizado com todo o cuidado e sem tocar na caixa ou nos papéis manuseados pelo

paciente) cumprindo todo o processo de incubação e manuseamento descrito em cima (ver notas em baixo).

Medidas extra para a aplicação específica da NADL-F:

- O material é todo plastificado e/ou colocado dentro de micas sendo desinfetado antes e após cada utilização;
- O paciente antes de manusear qualquer material deve calçar luvas que posteriormente serão colocadas num caixote/saco do lixo específico para este efeito (este estará numa zona do consultório de fácil acesso e apenas será usado para este fim – o lixo será retirado ao final de cada dia pela estagiária cumprindo sempre todas medidas de segurança no manuseamento deste);
- O manuseamento do material será desencorajado sempre que for desnecessário;

Notas

- No início de cada consulta deverão ser explicados ao paciente todos os cuidados necessários para diminuir o risco de contágio e manter todas as medidas de segurança:
 - Evitar o contacto com qualquer material ou objeto que não seja estritamente necessário;
 - Cumprir as regras da etiqueta respiratório;
 - Manter sempre que possível a distância de segurança;
 - Cumprir todas as medidas de higienização necessárias (desinfecção de mãos e uso de luvas);
- A aquisição das caixas (plásticas ou de cartão) é da responsabilidade de cada estagiária existindo uma para cada dia de consultas;
- Cada caixa será aberta no início das consultas e fechada ao final do dia;
- O uso de apenas uma caixa, tanto para as respostas do paciente como para o protocolo preenchido pela estagiária, tem como objetivo facilitar o arrumo das caixas nos consultórios devido à falta de espaço livre; todo este processo será realizado com os devidos cuidados e cumprindo todas as medidas de segurança e higienização;

Relatório de estágio

- Cada caixa deverá estar dividida por separadores com a data da avaliação, de forma a facilitar a contagem dos dias de incubação, sem correr o risco de manusear protocolos que ainda não cumpriram todo o período de quarentena;
- No final do período de quarentena as caixas serão reabertas e todo o material será guardado e ficará ao cuidado das estagiárias;
- As caixas deverão ser devidamente identificadas e a estagiária deverá avisar os colegas que poderão estar em contacto com a mesma;
- As consultas serão agendadas com o espaçamento de 1h30minutos – 2horas cada, dependendo do objetivo de cada consulta.

Nova versão a 01 de julho de 2020,

A ser implementado pelas estagiárias:

Luísa Sousa

Neuza Rocha

Nicole Baptista

D2 – Anamnese adulto

1. Dados sociodemográficos

Idade: **Sexo:** **Estado civil:**
Agregado familiar: **Profissão:**
Habilitações literárias: **Onde vive (rural ou urbano):**
Status económico:

1. História do problema atual

1.1. Atualmente tem algum problema que o(a) preocupe?

1.2. Se sim:

1.2.1. “Qual?”

1.2.2. “Há quanto tempo dura?”

1.2.3. “O que já fez para tentar solucionar?”

1.2.4. “Qual o impacto que esse(s) problema(s) tem na sua vida?”

1.3. Qual(is) o(s) seu(s) principal(is) medo(s)?

1.3.1. “O que faz para os contornar?”

1.3.2. “Sente que este(s) tem(êm) muito impacto na sua rotina diária?”

2. Saúde física e emocional – antecedentes e atual

2.1. “Ao longo da sua vida quais os problemas de saúde que teve?” (doenças físicas e/ou psiquiátricas, acidentes, cirurgias)

2.2. “Faz algum tipo de medicação?”

2.3. Se sim: “Qual?”

2.4. “De um modo geral, considera-se uma pessoa com saúde?”

2.5. “Atualmente como descreve a sua saúde?”

2.6. “Como se descreve em relação à sua saúde?” (preocupado(a), desleixado(a), cuidado(a), atento(a), exagerado(a))

2.7. “Adota um estilo de vida saudável?” (cuidados a nível de alimentação, exercício físico)

2.8. “Tem algum tipo de vício? (drogas, álcool ou jogo)”

3. História pessoal e familiar

Pessoal

3.1. Gravidez e nascimento

3.1.1. “A sua gravidez foi desejada e planeada pelos seus pais?”

3.1.2. “A gravidez correu dentro da normalidade?”

3.1.3. “A sua mãe teve acompanhamento médico durante a gravidez?”

3.1.4. “O parto foi normal ou de cesariana?”

3.1.5. “Durante o parto existiram complicações?”

3.2. Desenvolvimento e Infância

3.2.1. “Onde vivia nesta fase?”

3.2.2. “Com quem vivia”

3.2.3. “Ao longo do seu desenvolvimento tem conhecimento de algum atraso a nível da alimentação, linguagem, locomoção?”

3.2.4. Percurso escolar

3.2.4.1. “Frequentou jardim de infância ou creche?” Como foi a adaptação?

3.2.4.2. “A entrada na escola primária ocorreu na idade habitual (5/6anos)? Como foi a adaptação?”

3.2.4.3. “Como se descrevia enquanto aluno(a)?”

3.2.4.4. “Fazia facilmente amigos? Como descrevia a sua relação com o grupo de pares?”

3.2.5. “Recorda algum momento ou acontecimento marcante nesta fase?”

3.2.6. “Como descreveria a sua infância, de um modo geral?”

3.3. Adolescência/ Início da idade adulta

3.3.1. “Como descreve esta fase, de um modo geral?”

3.3.2. “Quais os seus principais medos nesta altura?”

- 3.3.3. “Na entrada da puberdade como se sentiu com todas as alterações corporais?”
- 3.3.4. “Sentia-se que podia conversar com os seus pais sobre todas as mudanças e inquietações desta altura?”
 - 3.3.4.1. “Se não, com quem o fazia?”
- 3.3.5. “Como era a relação com os seus pais?”
- 3.3.6. “Como era a relação com os amigos?”
- 3.3.7. “Teve relacionamentos amorosos nesta fase?”
 - 3.3.7.1. Se sim, “Estes marcaram-na? De que forma?”
- 3.3.8. “Como foi o início da vida sexual?”
 - 3.3.8.1. “Nesta altura sentia que tinha com quem conversar e tirar dúvidas acerca da sua vida sexual?”
- 3.3.9. “Tinha comportamentos abusivos de álcool ou drogas?”
- 3.3.10. “Nesta altura fazia planos de vida? Tinha ambições?”

3.4. Vida Adulta

3.4.1. Percurso profissional

- 3.4.1.1. “Quais eram os seus objetivos profissionais?”
- 3.4.1.2. “Conseguiu concretizá-los?”
- 3.4.1.3. Se não, “Porquê?”
- 3.4.1.4. “Quais as principais dificuldades que enfrentou neste aspeto da vida?”
 - 3.4.1.4.1. “Como as ultrapassou?”
- 3.4.1.5. “Está satisfeito(a) com a sua vida profissional?”
- 3.4.1.6. “O que mudaria?”

3.4.2. Vida relacional/conjugal

- 3.4.2.1. Se é casado(a):
 - 3.4.2.1.1. “O casamento era um sonho/plano?”
 - 3.4.2.1.2. “Há quanto tempo é casado(a)?”
 - 3.4.2.1.3. “Quanto tempo durou o namoro?”
 - 3.4.2.1.4. “Como descreve o namoro?”
 - 3.4.2.1.5. “Como descreve o casamento?”

- 3.4.2.1.6. “Como descreveria o seu cônjuge?”
- 3.4.2.1.7. “Conseguem enquanto casal cumprir todos os objetivos de vida traçados?”
- 3.4.2.1.8. “Sente-se feliz com a sua vida conjugal?”
- 3.4.2.1.9. “O que mudaria?”

3.4.2.2. Se é solteiro(a):

- 3.4.2.2.1. “Tem ou teve planos de constituir família?”
- 3.4.2.2.2. Se sim: “O que impediu?”
- 3.4.2.2.3. Se não: “Porquê?”
- 3.4.2.2.4. “Sente-se feliz com a vida relacional?”

3.4.2.3. Se tem filhos:

- 3.4.2.3.1. “Quantos filhos tem? Idade(s) e género(s)?”
- 3.4.2.3.2. “A(s) gravidez(es) foram planeadas? E desejadas?”
- 3.4.2.3.3. “A(s) gravidez(es) correram dentro da normalidade?”
- 3.4.2.3.4. “Como se descreveria enquanto mãe/pai?”
- 3.4.2.3.5. “Considera-se uma boa mãe/pai?”
- 3.4.2.3.6. “O que mudaria?”
- 3.4.2.3.7. “Como descreveria o seu estilo de educação com o(s) seu(s) filho(s)?”
- 3.4.2.3.8. “O(s) seu(s) filho(s) ainda é(são) dependente(s) de si?”
- 3.4.2.3.9. “Como descreve a relação com o(s) seu(s) filho(s)?”
- 3.4.2.3.10. “Sente maior proximidade/afinidade com algum deles?”

3.4.2.4. Se não tem:

- 3.4.2.4.1. “Gostaria de ter filhos?”
- 3.4.2.4.2. “Porque não teve?”

3.4.3. Relações sociais

- 3.4.3.1. “Faz amizades com facilidade?”
 - 3.4.3.1.1. Se não: “Porquê?”
- 3.4.3.2. “Tem amigos próximos e com quem convive regularmente?”

3.4.3.3. “Sente que pode contar com esses amigos em qualquer momento da sua vida?”

3.4.3.4. “Em algum momento da sua vida teve algum problema/ conflito com um amigo?”

3.4.3.4.1. Porquê?

3.4.3.5. “Sente-se satisfeito com a sua vida social?”

Familiar

3.5. Pais

3.5.1.1. “Qual a idade dos seus pais”

3.5.1.2. Em caso de morte:

3.5.1.2.1. “A quanto tempo faleceu(ram)?”

3.5.1.2.2. “Qual a causa de morte?”

3.5.1.2.3. “Como era a relação com ele(a/es)?”

3.5.1.3. Se vivos:

3.5.1.3.1. “Como é a relação com ambos?”

3.5.1.3.2. “Como os descreve enquanto casal?”

3.5.1.3.3. “Com quem se identifica mais?”

3.5.1.3.4. “Com quem tem mais afinidade?”

3.5.1.3.5. “Como descreve a relação com a mãe?”

3.5.1.3.6. “Como descreve a relação com o pai?”

3.5.1.3.7. “Como descreve a relação deles com o seu cônjuge?” (se casado(a))

3.5.1.3.8. “Tem algum acontecimento ou situação com os seus pais que o(a) tenham marcado?” (positiva ou negativamente)

3.5.1.3.9. “Sente que os seus pais são um pilar importante na sua vida?”

3.5.1.3.10. “Mudaria alguma coisa na relação com os seus pais?”

3.5.1.3.10.1. Se sim: “O quê?”

3.5.1.3.10.2. “Porquê?”

3.6. Irmãos (Se tiver)

- 3.6.1. “Quantos irmãos tem?” Qual(ais) a(s) idade(s)? E género?”
- 3.6.2. “Como descreve a relação atual com ele(a/eles)?”
- 3.6.3. “Tem maior afinidade com algum deles?”
- 3.6.4. “Como descreve a relação com ele(a/eles) na infância?”
- 3.6.5. “Como descreve a relação dos seus pais com ele(a/eles)?”
- 3.6.6. “Mudaria alguma coisa na relação que teve ao longo da vida com o(s) seu(s) irmão(s)?”
- 3.6.7. “Alguma vez sentiu que os seus pais gostavam mais do(s) seu(s) irmão(s) do que de si?”

- 3.6.8. Se não tem irmãos:
 - 3.6.8.1. “Gostaria de ter tido irmãos?”
 - 3.6.8.2. “Alguma vez sentiu falta de ter um irmão(irmã)?”

3.7. Família alargada

- 3.7.1. “É próximo da sua família mais alargada?”
- 3.7.2. Se sim:
 - 3.7.2.1. “Com quem tem mais afinidade?”
 - 3.7.2.2. “Desde quando existe essa proximidade?”
 - 3.7.2.3. “Sente que pode contar com esse(s) elemento(s)?”
- 3.7.3. Se não:
 - 3.7.3.1. “Porquê?”
 - 3.7.3.2. “Sente falta dessa proximidade?”