

# Relatório de Estágio

Mestrado Psicologia da Saúde e Neuropsicologia

Ana Rita Da Cruz Gonçalves

Nº 24001

Supervisora: Professora Susana Lêdo

Gandra, 2020

## **Agradecimentos**

À Professora Susana Lêdo pela disponibilidade e apoio prestados ao longo deste percurso, por todos os conselhos e incentivo.

À Professora Joana Soares pela disponibilidade e apoio prestado em todos os momentos.

A todos os profissionais do Centro Hospitalar pela excelente receção, orientação, encorajamento e carinho demonstrado ao longo do meu percurso como estagiária.

Aos meus amigos e família por todo o apoio, ajuda e incentivo a nunca desistir e por nunca deixarem de acreditar em mim.

Muito Obrigada a todos!

## Índice

Introdução.....	4
Caracterização local de estágio.....	5
Papel do psicólogo em contexto hospitalar.....	8
Descrição das Atividades de Estágio.....	10
Reuniões de Orientação e Supervisão	
Observação de Consulta Psicológica	
Avaliação Psicológica e Neuropsicológica	
Estudo de caso.....	12
Reflexão sobre o caso.....	19
Atividades de grupo realizadas .....	20
Reflexão final .....	23
Referências.....	24
Anexos.....	26

## **Introdução**

O presente relatório insere-se no âmbito do estágio curricular do Mestrado de Psicologia da Saúde e Neuropsicologia do Instituto Universitário de Ciências da Saúde do Norte (CESPU) e tem como principal objetivo apresentar todas as atividades realizadas, tais como a descrição da instituição onde o estágio foi realizado, o papel do psicólogo e de outras atividades tais como a realização de consultas psicológicas e intervenção em grupos terapêuticos. O estágio curricular é uma etapa muito importante no percurso académico pois permite um contacto direto com a realidade, que não seria possível concretizar sem a presença dos conhecimentos e competências adquiridos previamente.

Este estágio decorreu num centro hospitalar da região do Norte, iniciou-se no dia 24 de Setembro de 2019 e terminou no dia 15 de Junho de 2020. O horário semanal foi definido de acordo com as necessidades expostas, isto é, foi sendo ajustado ao longo do tempo tendo em conta as atividades a realizar.

O presente relatório engloba uma caracterização da instituição onde foi realizado o estágio, o papel do psicólogo na mesma, uma descrição de todas as atividades realizadas no estágio, incluindo um caso clínico seguido de uma reflexão integradora do caso e, por fim, uma reflexão geral e anexos.

## **Caracterização local de estágio**

O estágio curricular foi realizado num Centro Hospitalar do Grande Porto, nomeadamente no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental (DPSM) que é composto pelo Serviço de Psiquiatria de Adultos, pela Unidade de Psiquiatria da Infância e da Adolescência e pela Unidade de Psicologia. O DPSM disponibiliza cuidados assistenciais especializados a doentes agudos e crónicos, numa lógica de interação entre o hospital e a comunidade, tendo em vista a melhoria da qualidade de vida da população e a descentralização de cuidados.

Assim, os objetivos são a aproximação ao utente e aos seus cuidadores, a articulação com os Cuidados de Saúde Primários, uma abordagem sob a perspetiva biopsicossocial e a promoção da Saúde Mental, procurando a excelência e as inovações técnicas com produtividade e uso eficiente dos recursos existentes.

O Serviço de Psiquiatria dispõe, em termos de recursos humanos, de 29 psiquiatras, 1 diretor de departamento e 1 diretor de serviço. É característica fundamental deste serviço o trabalho em colaboração com todos os elementos do DPSM, independentemente da unidade de origem, num registo de interação e partilha contínua (Psiquiatria, Pedopsiquiatria, Psicologia, Serviço Social, Enfermagem, Administrativos e Auxiliares).

Os **Hospitais de Dia** dão resposta às necessidades de tratamento intensivo e mais estruturado de diversos pacientes, particularmente ao nível da patologia depressiva e da personalidade e que não carecem de Internamento completo.

A **Unidade de Psicologia Clínica** do centro hospitalar tem como objetivo a avaliação e a intervenção psicológica nos utentes com referenciação médica para consulta pelos diversos serviços clínicos. Intervém em todas as faixas etárias, ao longo do ciclo de vida, quer em regime de ambulatório, quer em internamento (parcial ou completo). A Unidade fornece um vasto leque de intervenções psicoterapêuticas (individuais e grupais), em articulação com outras Unidades do DPSM. Dos cuidados disponibilizados pela Unidade de Psicologia são de salientar os seguintes: Avaliações Psicológicas diversas (personalidade, desempenho intelectual, deterioração mental, psicopatologia, desenvolvimento, autismo, médico-legal); Psicoterapia Individual;

Consultas especializadas (Unidade da Mama, Ostomizados, Pós-interrupção Voluntária da Gravidez, Gravidez na Adolescência, Diabetes); Psicoterapias de Grupo e ainda consultas de ligação. As consultas de ligação são realizadas a doentes internados no edifício principal devido a dificuldades de aceitação de doenças, cirurgias, questões psicossomáticas e o médico ou cirurgião faz o pedido à psiquiatria quando considera necessário, depois o pedido é discutido em equipa e é feita uma divisão; quando é necessário ajustamento de medicação os casos ficam mais para os psiquiatras, quando é necessário um suporte terapêutico ficam destinados à psicologia.

Os grupos psicoterapêuticos existentes são: o grupo de apoio a doentes com psicose, realizado por uma equipa multidisciplinar, quinzenalmente e em simultâneo é realizado um grupo de apoio aos familiares destes doentes; o grupo do luto, realizado quinzenalmente; o grupo de apoio pós-alta de internamento, também quinzenal; o grupo de apoio a doentes depressivos, realizado semanalmente; o grupo de latência (hospital de dia de crianças) que também é semanal; o grupo de treino de competências, realizado quinzenalmente; o grupo de cuidadores de doentes com demência, também quinzenal; o grupo de apoio a doentes pós-cirurgia bariatria, realizado mensalmente; o grupo de relaxamento, realizado todas as semanas; o grupo de relaxamento para grávidas, também semanal e por fim, o psicodrama, realizado semanalmente.

A unidade de psicologia dispõe de 8 psicólogos na totalidade, sendo um destes diretor de serviço.

A equipa da **Unidade de Psiquiatria da Infância e da Adolescência** (PIA) é composta por profissionais que procuram compreender as razões ou as causas da criança / adolescente apresentar alterações psicológicas. A avaliação tem em conta os aspetos físicos, genéticos, educacionais, familiares, bem como as relações escolares e sociais). O objetivo dessa avaliação é a formulação de um plano com o objetivo de melhorar o funcionamento global da criança ou jovem (e da sua família) e promover a sua saúde mental atual e futura. Esta unidade dispõe de 4 pedopsiquiatras, sendo uma delas diretora de serviço e ainda 2 estagiárias que fazem consulta sob orientação dos médicos.

**A Unidade desenvolve diversas atividades assistenciais sendo elas:** Consulta (consulta externa geral; consulta de ligação – a crianças ou adolescentes com doenças crónicas / doenças psicossomáticas / consulta da criança e do jovem diabético; profissionais diferenciados na avaliação e orientação das perturbações do

desenvolvimento da primeira infância / perturbações do neuro desenvolvimento); Avaliação e acompanhamento de doentes internados no Serviço de Pediatria; Procedimentos terapêuticos (psicoterapias individuais; terapia familiar; terapias de grupo (grupos psicoterapêuticos com adolescentes, grupos de pais, grupo de contos terapêuticos com adolescentes, massagem de bebés, grupos de relaxamento); Sessões psicoeducacionais com familiares / pais (grupo de treino parental; sessões psicoeducacionais para pais e adolescentes); Intervenções terapêuticas estruturadas em área de dia, na idade da latência, com internamento parcial (sessões terapêuticas garantidas por equipa multidisciplinar).

O centro hospitalar tem 10 enfermeiros na consulta de psiquiatria (apoio ao hospital de dia e profusão) e 19 enfermeiros no internamento, 1 deles é enfermeiro chefe. Existe ainda 1 gabinete disponível para o assistente social, ao todo são 3 assistentes sociais. Por último, no que diz respeito aos serviços administrativos, trabalham 10 administrativos, sendo um deles o coordenador.

As funções do coordenador administrativo passam por: auxiliar os assistentes técnicos nos registos da atividade assistencial; sensibilizar os assistentes técnicos sobre as medidas a tomar para melhoria do desempenho; acompanhar os assistentes técnicos do departamento na implementação das medidas e procedimentos definidos pela direção, bem como no correto e integral cumprimento das exigências determinadas pelos normativos legais; proceder à gestão da assiduidade, pontualidade, dos assistentes técnicos sob supervisão da Administradora de Área; enviar as SMS com a marcação da consulta; Proposta de material administrativo para as duas unidades hospitalares; Proceder ao pedido de vinhetas médicas e receitas médicas à Direção Clínica, entre outras.

Em relação às funções do secretariado administrativo estas são: proceder ao registo de entrada de utentes mediante a efetivação dos procedimentos informáticos necessários e adequados; emissão de primeiras convocatórias – psiquiatria, pedopsiquiatria e psicologia; marcação e efetivação de domicílios; marcação e efetivação de prescrições de monitorização; marcação de consultas de psiquiatria, pedopsiquiatria; impressão das listagens de consulta do dia seguinte e pendentes: psiquiatria, pedopsiquiatria; marcação e efetivação de triagens médicas de psiquiatria e pedopsiquiatria; protocolar documentação e sua distribuição pelos respetivos serviços; tratamento de expediente; tratamento do pedido de perícia médico-legal dirigido

diretamente ao perito; receção, informação e reencaminhamento para vagas médicas de consulta sem agendamento informático; tratamento de emails enviados ao departamento administrativo do DPSM, entre outras.

### **Papel do psicólogo em contexto hospitalar**

Quando falamos do papel do psicólogo em contexto hospitalar, associamo-lo necessariamente ao conceito de Psicologia da Saúde. O domínio da Psicologia da Saúde diz respeito ao papel da Psicologia, como ciência e como profissão, nos campos da saúde e da doença, incluindo as saúdes física e mental e abrange todo o campo da Medicina, mas também tem em conta os fatores sociais, culturais e ambientais relacionados com a saúde e com a doença (Trindade & Teixeira, 2002, cit in Almeida & Malagris, 2011).

Os psicólogos da saúde tentam compreender a forma como os fatores biológicos, comportamentais e sociais influenciam a saúde e a doença. Podem estar centralizados na promoção da saúde e na prevenção de doença e trabalhar com os fatores psicológicos que fortificam a saúde e que reduzem o risco de doença, podendo disponibilizar serviços clínicos a indivíduos saudáveis ou doentes em diferentes contextos e, ainda, estar envolvidos em pesquisa e investigação, no ensino e formação (Teixeira, 2004, cit in Almeida & Malagris, 2011). Na atuação clínica, podem fornecer ajuda a pacientes com dificuldades de ajustamento à condição de doente, como por exemplo, na redução de sentimentos de depressão no paciente internado.

Na atualidade, a prática do psicólogo em hospitais apesar de ainda ser um pouco menosprezada encontra-se em constante crescimento consolidando a própria identidade num ambiente que era quase dominado pela Medicina (Silva, 2012).

Assim sendo e como consegui observar durante o meu estágio, o psicólogo em contexto hospitalar, tem a sua atuação marcada pelo dinamismo, tendo muitas vezes de ultrapassar as paredes do seu consultório saindo do *setting* terapêutico e procurando estabelecer contacto com outros profissionais (Chiatone & Sebastiane, cit in Silva, 2012).

Segundo Bruscato (2004), a organização e funcionamento dos serviços de psicologia num hospital geral podem ser de duas formas: Sistema de Consultoria ou Sistema de Ligação e, de facto isto verifica-se no Centro Hospitalar onde realizei o

estágio. No que diz respeito ao sistema de consultoria, o psicólogo avalia, indica ou realiza um tratamento para o paciente que está sob os cuidados de outros profissionais. A presença do psicólogo é episódica, respondendo a uma solicitação específica de outro profissional. A sua atuação baseia-se em auxiliar no diagnóstico e no tratamento, fornecendo orientações ao paciente, aos familiares e aos outros profissionais (Bruscatto, 2004, cit in Almeida & Malagris, 2011).

No sistema de ligação, o psicólogo tem um contacto contínuo com um dos diversos serviços/clínicas/departamentos/unidades do Hospital Geral por ser um membro efetivo das equipas locais, atendendo aos seus pacientes, participando em reuniões clínicas e lidando com aspetos da relação estabelecida entre equipas, pacientes e famílias. Os atendimentos têm caráter informativo, profilático e terapêutico (Bruscatto, 2004, cit in Almeida & Malagris, 2011). No centro hospitalar onde o meu estágio decorreu, quando o médico ou cirurgião entende que é necessário o apoio de outros profissionais, manda o pedido para a psiquiatria e depois o pedido é discutido em equipa e, caso se entenda que é necessário, vai o psicólogo fazer a consulta de ligação.

Deste modo, no departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar da Região Norte, o Psicólogo faz parte de uma equipa multidisciplinar. As principais atividades desenvolvidas neste departamento são dirigidas a todas as faixas etárias e são principalmente, referentes à avaliação psicológica e neuropsicológica, de acordo com o pedido do médico psiquiatra que encaminha o paciente, para intervenção psicológica e psicoterapêutica individual ou em grupo.

Alguns psicólogos dão também apoio aos doentes internados na unidade de Hospital de Dia, com diversas atividades semanais que incluem, por exemplo, sessões de relaxamento, atividades lúdicas e dinâmicas grupais com abordagem às problemáticas de cada paciente. Relativamente à psicoterapêutica em grupo, neste contexto o psicólogo insere-se em grupos com diversas temáticas, como por exemplo o Grupo Terapêutico de Relaxamento, o Grupo de Luto Complicado, o Grupo Terapêutico de Depressivos, o Grupo de Treino de Competências e o Grupo pós-alta de internamento.

Em relação ao *setting* terapêutico, num hospital torna-se um pouco complicado conseguir seguir todas as regras que deviam estar presentes numa consulta de psicologia. O psicólogo deve adaptar a sua atuação uma vez que os espaços e condições

hospitalares são muito diferentes do *setting* da atuação clínica em consultório (Ismael, 2005, cit in Almeida & Malagris, 2011). O espaço físico não é privativo ao atendimento psicológico, como o valorizado na teoria e modelo de consultório. Os consultórios são consultórios médicos com secretária e cadeira, existem por vezes barulhos de fundo que dificultam a consulta, no entanto, o *setting* não se resume somente ao espaço físico e, por isso, mais importante que o espaço físico do *setting* é o chamado “espaço mental do *setting*” que valoriza a manutenção dos papéis, das regras, da ética sem depender do ambiente físico.

## **Descrição das Atividades de Estágio**

### Reuniões de Orientação e Supervisão

A orientação decorreu ao longo de todo o estágio. As reuniões realizavam-se quinzenalmente ou de 3 em 3 semanas conforme a necessidade e tinham como principal objetivo o esclarecimento de dúvidas relativas ao estágio, como por exemplo questões acerca das avaliações psicológicas que iam sendo efetuadas, debates sobre os casos clínicos acompanhados, e a descrição das atividades relativas aos grupos e formações.

### Observação de Consulta Psicológica

Os primeiros dois meses do estágio curricular foram dedicados à observação de consultas, de avaliações realizadas pelos psicólogos orientadores e também à observação dos grupos terapêuticos decorrentes. Existiu assim a possibilidade de assistir a consultas de apoio psicológico (que abrangiam todas as faixas etárias: crianças, adolescentes, adultos e idosos), e à administração de provas de avaliação psicológica e neuropsicológica.

No que concerne os grupos terapêuticos, tive a oportunidade de assistir ao grupo de apoio a pacientes depressivos, ao grupo de relaxamento com pacientes com ansiedade, ao grupo de apoio a pais que perderam filhos e ainda fazer parte de um grupo de apoio a pessoas em luto por perda de cônjuges.

Esta primeira fase foi bastante importante para a iniciação da etapa que se seguia, tendo em conta que me proporcionou um primeiro contacto com a realidade da prática clínica, desenvolvendo e aprofundando também competências em termos de avaliação e intervenção em consulta.

As problemáticas mais frequentes nas consultas são problemas relacionados com ansiedade, depressão, luto complicado ou não, problemas familiares e perturbações obsessivo-compulsivas.

### Avaliação Psicológica e Neuropsicológica

A avaliação psicológica é um procedimento que está inserido em todas as áreas de atuação profissional do psicólogo e está relacionada com um conjunto de competências que todo psicólogo deve adquirir ao longo de sua formação, independentemente da área em que irá atuar profissionalmente (Nunes et al., 2012).

A avaliação psicológica é, assim, um processo que pode incluir testes padronizados como um dos recursos para atingir os seus objetivos e nela estão envolvidos a recolha das informações, os instrumentos e as diversas formas de medidas para que se possa chegar a uma conclusão. Assim sendo, o processo de avaliação psicológica pode incluir diferentes procedimentos de medidas, identificar dimensões específicas do sujeito, do seu ambiente e da relação entre eles (Capitão, Scortegagna & Baptista, 2005).

Após a fase de observação, foi iniciada a fase de avaliação psicológica de forma autónoma, ou seja, comecei a ter contacto direto com alguns dos testes psicológicos utilizados nas avaliações e a aplicá-los consoante os pedidos realizados por parte dos médicos psiquiatras. Posteriormente à administração das provas, procedia à cotação e realização do respetivo relatório para anexar ao processo clínico. Apesar da ampla vaga de testes psicológicos e neuropsicológicos disponíveis, os testes realizados foram maioritariamente os seguintes: Symptoms Checklist (SCL-90), para avaliação da Psicopatologia; Inventário Multifásico de Personalidade de Minnesota (M.M.P.I.), para avaliação da personalidade; Teste de inteligência Não-Verbal (TONI-2) e Escalas de Inteligência de Wechsler, para avaliação do desempenho intelectual e Avaliação Cognitiva de Addenbrooke e Mini Mental State Examination (MMSE). Esta seleção de provas mais restrita tem como base o protocolo definido pela Unidade de Psiquiatria e os pedidos realizados pelos médicos psiquiatras.

Na tabela abaixo são apresentados todos os casos em que realizei avaliações psicológicas. Para além das avaliações realizadas comecei a seguir um paciente sendo o único caso de seguimento e, por isso, é o meu estudo de caso.

<b>Identificação</b>	<b>Nº de consultas</b>	<b>Tipo de avaliação</b>	<b>Testes aplicados</b>
AL (27 anos)	3	Psicopatologia e QI	SCL-90 E WAIS
IR (42 anos)	2	Psicopatologia e QI	SCL-90 e TONI- III
AR (28 anos)	2	QI	WAIS
SR (39 anos)	2	QI	WAIS
AN (60 anos)	1	Neuropsicológica	Addenbrooke (ACE-R)
AC (49 anos)	2	QI	WAIS
AL (62 anos)	1	Neuropsicológica	Addenbrooke (ACE-R)

### **Estudo de Caso**

#### Identificação

AA é do sexo masculino, tem 44 anos, é casado e tem 2 filhos (um com 20 anos, estudante universitário e o outro com 8 anos que frequenta o 2ºano de escolaridade).

Trabalha como gruísta mas, no momento que vem à consulta, encontrava-se de baixa médica devido a um acidente de trabalho.

#### Motivo e Pedido

O principal pedido do paciente é referia-se à sua dificuldade em lidar com a ansiedade e com pensamentos intrusivos de acabar com a própria vida.

Relata vários sintomas relativos à ansiedade (batimento cardíaco acelerado, suores nas mãos, sensação de falta de ar e tensão muscular).

#### História de vida

Pais já falecidos. É oriundo de família onde havia violência doméstica por parte do pai. Na infância, desde muito cedo (6/7 anos) começou a ter muitas responsabilidades, “tinha de limpar a casa, fazer a comida”. Conta que sofreu de violência em criança (episódio em que ficou fechado no quarto e não podia sair para nada).

Aos 12 anos espetou uma faca no pescoço, "queria matar-me".

É casado há 25 anos. A esposa é distribuidora de pão, saudável. Boa relação, no entanto refere que já foi agressivo com esposa "batia na minha mulher". Melhoria há 15 anos. "Já há muitos anos que não voltei a ser agressivo e ela perdoou-me".

Já fez hipnoterapia (10 sessões) no ano passado refere que "alguma coisa melhorou" na altura que fez a hipnoterapia mas depois voltou a piorar.

Refere ideação de se matar, sem concretizar. Muitos episódios de choro sem motivo aparente. Imigrado em vários países (contratos de meio ano.) Atualmente na Bélgica mas de baixa, por acidente de trabalho.

Sintomatologia ansiosa, obsessiva e fóbica (fobia social e fobia de elevadores, do escuro).

Personalidade muito ansiosa com uma baixa autoestima, sentimentos de inferioridade e uma grande impulsividade. Refere 2 episódios em que agrediu gravemente 1 colega de trabalho e 3 jovens em outra situação. Justifica a sua forma de ser como um Karma, que tem passado de gerações. Muitas crenças irracionais. Pensamentos persecutórios.

### Enquadramento concetual

AA é encaminhado para o serviço de Psicologia devido a um quadro de Ansiedade. Segundo Pereira (2005), a ansiedade é uma emoção normal e importante para a sobrevivência do ser humano. Faz parte da experiência humana, funcionando como um sinal de alerta que faz com que o sujeito fique atento e preparado para lutar/fugir numa situação de perigo. Contudo, quando a ansiedade ocorre de forma desproporcional, acarreta prejuízos na vida dos sujeitos.

O paciente apresentava sintomas associados a um quadro ansioso, com uma postura bastante tensa e angustiada. Nas diversas definições de ansiedade podemos apontar alguns elementos que indicam um estado que envolve excitação biológica ou manifestações autonómicas e musculares e que são relatados por AA, como por exemplo: taquicardia, hiperventilação, sensações de sufocamento, suores, dores e tremores. Verifica-se também uma dificuldade de concentração e relatos verbais de estados internos desagradáveis, como a angústia, a apreensão, medo e um mal-estar indefinido (Gentil, 1997; Kanfer Phillips, 1970; Banaco, 2005).

Tendo em conta a problemática apresentada pelo paciente, tanto a explicação deste caso como a intervenção do mesmo podem basear-se, sobretudo, nos pressupostos da Terapia Cognitiva Comportamental. Segundo a formulação cognitiva do caso, podemos assumir que os fatores predisponentes deste quadro situam-se na infância do paciente, uma vez que passou por vários episódios de maus tratos, violência, privação de liberdade e tudo isso fez com que desenvolvesse vários medos e fobias. Para além disso, o facto de ao longo da sua vida não ter grande estabilidade a nível profissional pois está constantemente a mudar de local de trabalho e inclusive de país é um fator de manutenção de toda a ansiedade. AA numa das consultas refere que sempre que estava longe de casa se sentia muito pior, tinha saudades e não se sentia bem longe de casa, nesses momentos os pensamentos de fazer mal a si próprio, a vontade de chorar e a ansiedade eram muito persistentes.

### Processo de Intervenção Psicológica

A prática terapêutica tem sempre como principal objetivo o alívio de sintomas, o restabelecimento do equilíbrio psicológico, a diminuição ou eliminação de um estado patológico e a melhoria do bem-estar dos pacientes. (Cordioli & Knapp, 2008). Os objetivos das tarefas de intervenção são facilitar uma mudança comportamental adequada, ajudando os indivíduos a enfrentar exigências específicas quer como resultado da doença, quer como resultado do seu tratamento, em diversos contextos (Bennett, 2000, cit. in Teixeira, 2004).

Entre as diversas tarefas de intervenção psicológica destacam-se a gestão do stress, o treino de autocontrolo e eficácia no coping, técnicas comportamentais como o relaxamento, modelagem e treino de competências, educação para a saúde, simplificação de mudança de comportamentos de risco e entrevista motivacional, intervenção em crise, aconselhamento psicológico, psicoterapias, grupos de suporte e ajuda mútua (Bennett, 2000; Johnston & Weinman, 1995, cit. in Teixeira, 2004).

A intervenção psicológica realizada com o paciente foi sobretudo guiada pelos pressupostos da Terapia Cognitiva Comportamental (TCC).

A intervenção psicológica baseada na terapia cognitiva e comportamental (TCC) sugere técnicas cognitivas de reestruturação dos pensamentos automáticos e

flexibilização das crenças disfuncionais e técnicas comportamentais como exposição, dessensibilização sistemática e técnicas de relaxamento, como respiração diafragmática, relaxamento autógeno e progressivo (Leahy, 2006; Jokić-Begić, 2010; Otte, 2010).

Esta terapia tem vindo a demonstrar a sua eficácia e efetividade em várias pesquisas científicas para além de mostrar resultados positivos no tratamento da ansiedade (Morrison, 2001).

Realizaram-se 14 sessões ao longo de 4 meses com uma frequência semanal que mais tarde passou a quinzenal.

AA apresentou-se sozinho à primeira consulta. Numa primeira observação foi possível constatar que o paciente apresentava um aspeto bem cuidado, estando orientado no tempo e no espaço. Contudo, apresentava alguma inquietação e uma postura ansiosa.

O seu discurso verificou-se sempre coerente e lógico. Não se verificou qualquer perturbação aparente da atenção e da concentração. AA realizava um bom contacto ocular, foi colaborante no primeiro contacto verbal e demonstrava insight perante a sua condição.

Foram dadas recomendações para gerir a ansiedade (treino respiratório) trabalhar os pensamentos automáticos negativos e fazer desporto.

Na segunda sessão, AA refere que começou a fazer caminhadas e que se sentia melhor, no entanto que os pensamentos de morte continuavam. Nesta sessão foi analisada uma tabela realizada pelo paciente com os pensamentos disfuncionais em que o paciente tinha de colocar as emoções, ou seja, aquilo que sentiu em determinado momento, qual a situação, isto é, o que estava a fazer nesse momento, qual foi exatamente o pensamento que surgiu e por fim qual a resposta racional para esse pensamento.

Ao analisar esta tabela foi possível perceber que AA não foi capaz de identificar qual o pensamento automático que surge, ou seja, em determinado momento refere que sente dor no peito, vontade de chorar, uma grande ansiedade enquanto vê televisão ou está a ler um livro mas depois não consegue identificar o pensamento que o faz ficar assim tão ansioso e com todos os sintomas físicos da ansiedade. Como AA apresentava vários sintomas físicos da ansiedade, foi abordada a importância da mudança da sintomatologia física nas situações mais ansiosas e para isso foi dado o início à

aprendizagem e treino do relaxamento muscular, tendo por base o método de Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson (anexo).

Na terceira consulta, AA vem mais em baixo, choroso, referindo que foi uma semana difícil e que “aqueles pensamentos maus de acabar com a minha vida estiveram sempre presentes”(sic). Nesta consulta, AA refere ainda que começou a fazer caminhadas e que tem treinado o relaxamento muscular em casa e considera que lhe faz bem “por uns momentos fico melhor mas depois volto a piorar” (sic).

Na quarta sessão, o paciente já apresentou um humor mais eutímico referindo que tem dias que se sente melhor e que anda mais animado e outros dias que se sente triste sem motivo aparente. Referiu também que sentia dores no peito que melhoram com as técnicas respiratórias aprendidas nas consultas. Fala pela primeira vez do desejo de ter uma amante. Traiu várias vezes a esposa mas continua a gostar dela e não quer estragar o casamento, no entanto, refere que quando tem uma amante consegue dar mais amor à esposa. Refere ainda o desejo de ter duas mulheres e que elas se relacionem como irmãs, “já disse isso há minha mulher, mas ela acho que estava a brincar, não ia aceitar” (sic).

Continua-se a trabalhar os pensamentos automáticos negativos e a treinar as técnicas respiratórias e de relaxamento.

A partir da quarta consulta, as sessões passaram a ser realizadas via telefone devido à pandemia do Covid-19 que fez com que o nosso estágio fosse suspenso no hospital e passamos a fazer consultas e outras tarefas a partir de casa.

Na quinta sessão (1<sup>a</sup> via telefone), AA referiu que tem andado em baixo, sem vontade de fazer alguma coisa, relata uma pressão no estômago (que já tinha sentido antes), ideias de morte (quando sai de casa) e vontade de chorar sem motivo aparente.

O paciente refere ainda que tem feito alguns trabalhos em casa e que isso o deixa mais animado, refere que não lhe custa estar em casa porque vê a casa como “porto seguro”, ou seja, no fundo AA tem medo que lhe aconteça algo de mal, talvez por todos os traumas que passou e por isso o facto de ter de estar em casa fá-lo sentir bem porque lá nada lhe mal pode acontecer. Referiu novamente desejo de ter uma amante “sei que isto é uma doença mas fazia-me bem, ia-me sentir bem melhor, mas sei que é errado” (sic). Passa por situação económica complicada “não recebo nada desde dezembro”,

esposa continua a trabalhar mas mesmo assim o facto de entrar só um ordenado e de não poder contribuir para ajudar a família economicamente deixa-o mais em baixo, triste e revoltado. Ultimamente tem tido dificuldades em dormir, refere ansiedade, vontade de chorar e ideia persistente de que não anda a fazer nada neste mundo.

Recomendação para realizar tarefas prazerosas em casa, que o façam sentir-se bem e útil, substituição de pensamentos automáticos negativos por pensamentos mais positivos, continuação do treino respiratório e dos relaxamentos.

Na sexta consulta, AA começa por contar um episódio que ocorreu durante a semana “estava na cozinha, olhei para uma faca e deu-me uma vontade de espetar a faca n pescoço e acabar com a minha vida, mas eu não quero morrer, quero contrariar estes pensamentos que só me fazem mal, então fugi cá para fora mas aquele pensamento persistiu durante todo o dia” (sic). Continua a fazer tarefas em casa, refere continuar com ideia de ter uma amante e refere ainda que quando tem relações sexuais com a esposa que pensa noutras mulheres e isso dá – lhe mais prazer. Quando questionado acerca da relação com a esposa, refere somente que tem uma boa relação, que gosta dela e que ela também gosta dele, que com a esposa não tem qualquer problema e não se estende muito mais acerca desse assunto.

Na sétima sessão, o paciente referiu que as dores no peito ainda continuavam mas que já tem mais ânimo, que se sente mais animado e com vontade de se ocupar. Refere que tem tido muitos sonhos mas que são sonhos bons e que ao acordar sente-se bem. Continua a fazer caminhadas e já consegue dormir melhor.

Em relação à vontade de ter uma amante refere que o medo de ser “castigado” por Deus é o que o impede de trair a esposa.

Na oitava consulta há um agravamento no estado emocional de AA, uma grande preocupação com as crises de ansiedade do filho que começou também a ser seguido em psicologia. Relata que tem estado pior, muito ansioso, os pensamentos de fazer mal a si próprio voltaram, tudo isto porque se sente culpado pelo estado do filho, “é por minha causa, ele vê-me assim, eu muitas vezes sou duro com ele mas é do meu feitio”. Para além disso, acredita que o problema que tem pode passar de gerações e por isso que o filho vai ser como ele. Continuação do trabalho dos pensamentos negativos e de crenças irracionais e recomendação para continuar relaxamentos, exercício físico e treino respiratório.

Na nona e décima consultas, AA refere que foram duas semanas mais calmas e que se sentiu relativamente bem, diz que por vezes sente alguma tristeza mas que já não teve aqueles pensamentos maus e que mesmo quando não tem vontade de sair de casa faz um esforço para sair e fazer caminhadas e que o ajuda muito. No entanto, tem tido dificuldades em dormir devido a sonhos que o incomodam (mortes) mas também relata que, por vezes, tem sonhos bons. Começou a fisioterapia para tratar o problema no braço. Sente-se mais animado e com mais esperança de conseguir melhorar.

Na 11ª sessão, o paciente relata mais uma vez que foi uma semana positiva, que tem tido mais vontade de sair para andar a pé. O facto de ter começado a fisioterapia também ajudou a sentir-se melhor pois quer ficar bom para voltar a trabalhar. Refere que agora já se sente bem melhor e que já tem muito mais esperança no futuro e de conseguir ficar bem e ter a vida normal. No entanto, as dificuldades em dormir persistem e é o que o mais incomoda neste momento. Como tem estado mais estável sugiro espaçar as consultas para 15 dias, ao que o paciente aceita.

Na 12ª consulta, AA diz que tem estado bem no geral, só relata um dia que esteve mais em baixo, e andou triste durante o dia todo mas que depois passou. Tem saído para fazer caminhadas, diz que gosta muito que lhe tem feito muito bem. O que mais o incomoda são as dores no braço que não o deixam dormir nem fazer grandes esforços. Considera que se conseguisse voltar ao trabalho ia sentir-se bem melhor e tem esperança de conseguir voltar ainda este ano. Diz que agora já consegue pensar positivo e que sempre que surge um pensamento negativo, tenta logo pensar em algo positivo e que antes não conseguia fazer isso.

Na 13ª consulta, AA continua estável emocionalmente, refere que se sente bem, mais leve, que nunca mais teve vontade de chorar nem pensamentos maus como tinha no início. Refere que agora está mesmo no caminho certo e que vai conseguir ficar bem.

Na 14ª consulta, foi a última consulta com AA, o paciente continua bem, estável, referindo que continua a fazer os exercícios que aprendeu ao longo das consultas e que agora já sabe o que tem de fazer quando se sente mais ansioso ou quando surgem pensamentos que o incomodam. Sendo assim, e em conformidade com o paciente, AA tem alta das consultas.

### **Reflexão sobre o caso**

No que diz respeito à intervenção realizada, o facto de o estágio ter sido interrompido devido ao momento complicado que passamos com a pandemia do Covid-19 foi uma limitação. Apesar de ter a oportunidade de continuar a seguir o paciente via telefone, o facto de a intervenção ser realizada á distância não é igual a estar frente a frente porque considero que quando conseguimos “ver” as palavras a saírem dos lábios, elas têm outro entendimento, outra intensidade. Apesar disso, penso que a intervenção teve no paciente uma evolução bastante positiva.

Considerei importante trabalhar a sintomatologia ansiosa tendo em conta que este seria o principal motivo de ter sido enviado para acompanhamento. Por outro lado, os pensamentos automáticos e as crenças irracionais também tiveram de ser trabalhadas o que se encontrava, inevitavelmente, relacionadas com a ansiedade e os seus sintomas associados. Atualmente, AA apresenta melhorias significativas e por isso o seu processo de intervenção foi concluído. Contudo, foi importante salientar o facto de que se o paciente precisasse teria sempre a oportunidade de regressar às consultas, tendo em conta a probabilidade de existir uma recaída, uma vez que isso já aconteceu com AA noutras intervenções anteriores. Foi portanto bem estabelecida a ideia de que AA teria à sua disponibilidade um psicólogo para lhe dar suporte se tal acontecesse.

Este caso permitiu que me fosse possível a consolidação de vários conhecimentos previamente adquiridos na minha formação, juntamente com o aprofundamento dos mesmos, como por exemplo acerca do tema da ansiedade.

### **Atividades de grupo realizadas**

Ao longo do meu estágio, foi-me permitida a participação em 4 grupos terapêuticos: o grupo de apoio a pacientes depressivos, o grupo de apoio a pais que perderam filhos, o grupo de luto por cônjuges e o grupo de relaxamento. São grupos bastante distintos em termos terapêuticos, contudo têm como objetivos comuns, melhorar a qualidade de vida dos pacientes, adquirir estratégias de coping e diminuir a sintomatologia depressiva e ansiosa.

#### Grupo de Apoio a Pacientes Depressivos

O grupo de apoio a pacientes depressivos tem como objetivos o estabelecimento de uma relação terapêutica colaborativa e empática, de forma a envolver o paciente na terapia e de facilitar um esforço comum de atingimento de objetivos, a identificação de problemas/sintomas e o estabelecimento de metas, a intervenção ao nível da sintomatologia depressiva com vista à adoção de padrões cognitivos e comportamentais mais funcionais, reestruturação cognitiva com vista à modificação dos Pensamentos Disfuncionais por abordagens alternativas, mais adaptativas, realistas e lógicas, ajudar o paciente a fazer planos específicos e construtivos para resolver os problemas, em vez de simplesmente se preocupar, conhecer e aplicar um processo de solução de problemas generalizável aos mais variados acontecimentos de vida, ajudar o paciente a melhorar o

seu autoconceito e a sua autoestima, facilitar a remissão da perturbação do paciente e ensiná-lo a ser o seu próprio terapeuta (incutir ao paciente a importância de ser o seu próprio terapeuta para que, quando a terapia terminar, saiba como lidar com os seus retrocessos), promover a manutenção e generalização dos ganhos terapêuticos com prevenção de recaída e consolidar os progressos e generalizar as estratégias para lidar com problemas futuros.

Foram realizadas 7 sessões com diferentes atividades e objetivos que são resumidas em anexo.

### Grupos de ajuda no luto

A perda de alguém significativo pode alterar as crenças que uma pessoa constrói acerca de si própria e do mundo que a envolve, podendo destruir esperanças e sonhos em relação ao seu futuro. Neste sentido estes grupos de intervenção psicoterapêutica no luto, tanto o de filhos como o de cônjuges, têm como objetivo ajudar os sujeitos enlutados a lidar adaptativamente com a perda, propiciando uma reorganização das crenças acerca de si e do mundo. Pretende-se que o indivíduo estabeleça um novo equilíbrio que lhe permita, não propriamente ultrapassar a perda, mas aprender a viver com ela.

Assim sendo, alguns dos objetivos/metapas que são esperadas com este tipo de intervenção são: valorizar a importância da perda de forma realista e readquirindo controlo; sofrer a dor e o desgosto, evitando negar ou minimizar sentimentos de perda que tornam a perda real; emancipar-se das ligações com o objeto perdido, após ter compreendido os papéis complementares desempenhados pelo falecido; recuperar a liberdade de cultivar novos interesses e de aprender/desempenhar novas atividades e ficar orgulhoso desses novos passos e ainda possibilitar novos vínculos satisfatórios.

O grupo de pais que perderam filhos é um grupo de suporte e um grupo aberto que dura já há bastante tempo. Em anexo coloco o resumo de uma das sessões realizadas.

Já o grupo de luto por cônjuges foi um grupo novo que teve início só depois de iniciar o meu estágio. Realizámos 5 sessões de grupo, o resumo dessas sessões encontra-se também nos anexos.

### Grupo de relaxamento

O grupo de relaxamento é um grupo dedicado a pacientes com problemas de ansiedade e tem como objetivo dotar os pacientes de estratégias para lidar com essa ansiedade e conseguir ter uma melhor qualidade de vida.

Foram realizadas 12 sessões de grupo semanais de uma hora cada onde foram aplicadas técnicas da Terapia Cognitivo-comportamental nomeadamente: o Treino Muscular Progressivo De Jacobson baseado na contração e relaxamento dos vários grupos musculares, as técnicas respiratórias que envolvem exercícios como a respiração diafragmática e o treino autógeno de Schultz que se baseia em exercícios de imaginação. (anexos)

#### Outras atividades realizadas

Para além das atividades já mencionadas ao longo do relatório ainda realizei juntamente com uma colega 2 posters com estudos de dados de grupos terapêuticos realizados no hospital e ainda um panfleto. Os posters tiveram como temas: “Grupo de Intervenção Psicológica Nas Perturbações De Ansiedade” e “Impacto dos Grupos de Relaxamento na Insónia”. Já o panfleto realizado teve como tema as perturbações obsessivo-compulsivas e as estratégias para lidar com esta patologia.

### **Reflexão final**

Ao longo dos anos de formação que passamos que englobam a licenciatura e o mestrado, somos preparados para a realidade da prática clínica, que em muito depende dos nossos conhecimentos e do nosso empenho. Mas quando nos deparamos verdadeiramente com a prática conseguimos perceber que a teoria é muito importante mas que nem sempre é tudo tão linear. Com o meu estágio curricular, verifiquei que existe realmente uma necessidade de conhecimentos previamente adquiridos mas que é muito importante ir sempre esclarecendo dúvidas e aprender sempre mais. A receção ao chegar ao local de estágio foi muito boa, foram sempre todos muito acolhedores e prontos a ajudar. Todas as experiências foram muito enriquecedoras para o futuro e todos os momentos foram de constante aprendizagem.

O Grupo de luto por cônjuges foi sem dúvida uma das principais etapas do meu estágio curricular. Primeiramente, porque exigiu muito trabalho, tempo e dedicação para que tudo corresse da melhor forma e depois porque tive a possibilidade de estruturar junto com a minha colega a intervenção a ser feita, o planeamento das sessões, ou seja, participar de forma ativa neste grupo que com muita pena minha não chegou ao fim devido à interrupção que tivemos no nosso estágio.

Com a concretização deste estágio, sinto que consegui enriquecer a minha aprendizagem, porque o facto de estar em contacto direto com a prática clínica fez com que, conseqüentemente arrecadasse cada vez mais conhecimento acerca de diversos problemas, avaliação e intervenção dos mesmos. Ao longo do meu percurso enquanto estagiária, todos os momentos foram importantes e foi através de todas experiências, dúvidas, medos, vontade de vencer e de aprender, que consegui crescer enquanto profissional e enquanto ser humano.

## **Referências**

Gorayeb, R. (2001). A prática da psicologia hospitalar. *Psicologia clínica e da saúde*, 263-278.

Martín-Baró, I. (1996). O papel do psicólogo. *Estudos de psicologia*, 2 (1), 7-27.

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

Teixeira, J. A. C. (2004). Psicologia da saúde. *Análise psicológica*, 22 (3), 441-448.

Marcon, C., Luna, I. J., & Lisbôa, M. L. (2004). O psicólogo nas instituições hospitalares: características e desafios. *Psicologia: ciência e profissão*, 24 (1), 28-35.

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

Tonetto, A. M., & Gomes, W. B. (2005). Prática psicológica em hospitais: demandas e intervenções. *Psico*, 36 (3), 6.

Silva, D.B. P. (2012). Psicologia Hospitalar. O portal dos psicólogos.

Vieira, M. C. (2010). Atuação da psicologia hospitalar na medicina de urgência e emergência. *Rev Bras Clin Med*, 8 (6), 513-9.

Nunes, M. F. O., Nascimento, M. M., Reppold, C. T., Faiad, C., Buen, J. M. H., & Noronha, A. P. P. (2012). Diretrizes para o ensino de avaliação psicológica. *Avaliação Psicológica: Interamerican Journal of Psychological Assessment*, 11 (2), 309-316.

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

OTTE, C. (2010). Cognitive behavioral therapy in anxiety disorders: Current state of the evidence. *Dialogues in Clinical NeuroSciences*, 13(4):413-421.

LEAHY, R.L. (2006). Técnicas de terapia cognitiva: Manual do terapeuta. Porto Alegre, Artmed, 360 p.

JOKIĆ-BEGIĆ, N. (2010). Cognitive-Behavioral Therapy and neuroscience: Towards closer integration. *Psychological Topics*, 19(2):235-254.

Morrison, N. (2001). Group cognitive therapy: Treatment of choice or sub-optimal option? *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 29(3), 311-332

Banaco (2005). Sobre comportamento e cognição: Aspectos teóricos metodológicos e de formação em análise do comportamento e terapia cognitiva, V. 3 (p. 1-5) São Paulo: Editora Arbytes.

Kanfer, F. H. and Phillips, J. S. (1970). *Learning foundations of behavior therapy*. New York: John Wiley & Sons, Inc.

Pereira, A. L. S. (2005). Construção de um protocolo de tratamento para o transtorno de ansiedade generalizada. Dissertação de Mestrado do Programa de Pós-graduação em Psicologia do Instituto de Psicologia da UFRJ.

Cordioli, A., & Knapp, P. (2008). A terapia cognitivo-comportamental no tratamento dos transtornos mentais. *Revista brasileira de psiquiatria*, 30 (Supl II), 51-53.

Gentil, V. (1997). Ansiedade e Transtornos Ansiosos. In: Valentim Gentil, Francisco Lotufo-Neto e Márcio Antonini Bernik (org.): *Pânico, Fobias e Obsessões*. São Paulo: Edusp.

Teixeira, J. (2004). Psicologia da saúde. *Análise psicológica*, 22(3), 441-448.

# Anexos

**Panfleto Perturbações obsessivo-compulsivas**

### PERTURBAÇÃO OBSESSIVO- COMPULSIVA (POC)

É caracterizada por **pensamentos indesejados (OBSESSÃO)** que não conseguimos controlar, e que são seguidos de **comportamentos/rituais (COMPULSÃO)** repetitivos com objetivo de diminuir a ansiedade intensa.

Esta doença psicológica deriva de um distúrbio de Ansiedade, que mantém a pessoa num estado de vigília e alerta. Podem surgir ainda suores frios, tremores e aumento da frequência cardíaca.

### DE QUE FORMA A PANDEMIA INFLUENCIA A MINHA POC?

Nesta fase, pode haver um **agravamento** das obsessões e das compulsões, nomeadamente:

- ☀ Comportamentos excessivos de higiene e limpeza
- ☀ Aumento dos níveis de stress e ansiedade
- ☀ Medo de ser contaminado
- ☀ Aumento dos cuidados de saúde

**É POSSÍVEL DIMINUIR ESTES  
SINTOMAS!!**

### Comece por treinar a sua RESPIRAÇÃO

Existem **dois tipos de respiração**:

A **respiração no peito**, torácica, que pode causar excitação/medo.

A **respiração abdominal** que promove o estado de relaxamento.

#### Como respirar corretamente?

Ao inspirar, com a entrada do ar a barriga sobe e ao expirar, com a saída do ar a barriga desce, de forma que o peito fique imóvel.



### Aprenda a RELAXAR

Uma das formas de lidar com a ansiedade é através do **relaxamento muscular**. Esta técnica apresenta benefícios a nível da ansiedade e da qualidade do sono quando praticada diariamente.

#### Siga os seguintes passos:



### **PERTURBAÇÃO OBSESSIVO- COMPULSSIVA (POC)**

É caracterizada por **pensamentos indesejados (OBSESSÃO)** que não conseguimos controlar, e que são seguidos de **comportamentos/rituais (COMPULSÃO)** repetitivos com objetivo de diminuir a ansiedade intensa.

Esta doença psicológica deriva de um distúrbio de Ansiedade, que mantém a pessoa num estado de vigília e alerta. Podem surgir ainda suores frios, tremores e aumento da frequência cardíaca.

### **DE QUE FORMA A PANDEMIA INFLUENCIA A MINHA POC?**

Nesta fase, pode haver um **agravamento** das obsessões e das compulsões, nomeadamente:

- ☀ Comportamentos excessivos de higiene e limpeza
- ☀ Aumento dos níveis de stress e ansiedade
- ☀ Medo de ser contaminado
- ☀ Aumento dos cuidados de saúde

**É POSSÍVEL DIMINUIR ESTES  
SINTOMAS!!**

### **Comece por treinar a sua RESPIRAÇÃO**

Existem **dois tipos de respiração**:

A **respiração no peito**, torácica, que pode causar excitação/medo.

A **respiração abdominal** que promove o estado de relaxamento.

#### Como respirar corretamente?

Ao inspirar, com a entrada do ar a barriga sobe e ao expirar, com a saída do ar a barriga desce, de forma que o peito fique imóvel.



### **Aprenda a RELAXAR**

Uma das formas de lidar com a ansiedade é através do **relaxamento muscular**. Esta técnica apresenta benefícios a nível da ansiedade e da qualidade do sono quando praticada diariamente.

#### Siga os seguintes passos:



## **Treino Autógeno de Schultz**

O Treino Autógeno (Autogenes Training) foi criado por Johannes Heinrich Schultz (1884- 1970) e é muito conhecido como uma técnica de relaxamento mas vai muito além disto. No seu livro “Das Autogene Training”, uma obra básica sobre o método, o autor explica todas as fases do treino, que é dividido em duas partes: o nível básico e o nível avançado.

O **nível básico** (Unterstufe) tem como objetivo o relaxamento psíquico e corporal e engloba sete “exercícios” (fórmulas) de modo a:

- 1- Estabelecer uma tranquilidade inicial;
- 2- Relaxar o tónus muscular (sensação de peso);
- 3- Estimular a circulação sanguínea (sensação de calor nos membros);
- 4- Regular a respiração;
- 5- Regular os batimentos cardíacos;
- 6- Aprofundar o relaxamento (concentração no plexo solar);
- 7- Tranquilizar a cabeça e os pensamentos.

O **nível avançado** (Oberstufe) trabalha com a imaginação e tem como objetivo o autoconhecimento e o desenvolvimento pessoal. Também aqui Schultz diferencia sete graus:

- 1- Visualização de uma cor qualquer;
- 2- Visualização de toda a gama de cores;
- 3- Visualização de objetos concretos;
- 4- Visualização de abstrações (ex. alegria, felicidade) através de alegorias ou símbolos;
- 5- Visualização de emoções através de situações que as caracterizem;
- 6- Visualização de pessoas específicas;
- 7- Perguntas ao inconsciente.

A organização do nível avançado é mais complexa do que a do nível básico e, por isso, encontram-se na literatura diversas enumerações dos diferentes graus. De qualquer forma, o nível avançado é um aprofundamento natural do nível básico mas pode ser alcançado também através da prática de outros métodos de relaxamento.

## **A prática do nível básico**

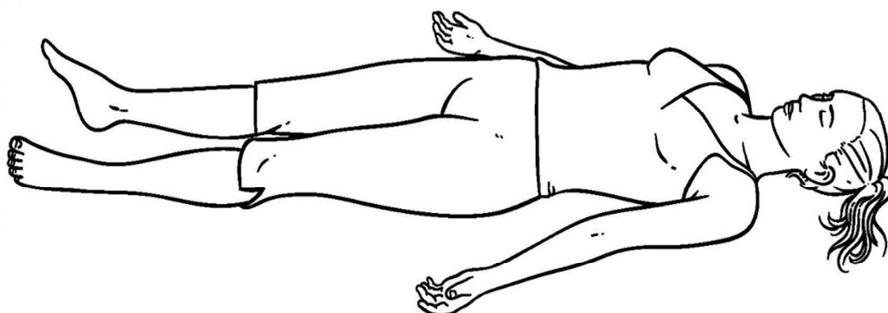
O nível básico do treino autógeno consiste na concentração em determinadas ideias expressas através de fórmulas repetidas internamente. Cada fórmula é repetida entre cinco a dez vezes antes de se passar à próxima. Começa-se com as duas primeiras fórmulas e vão-se acrescentando as outras com o tempo. No princípio uma sessão dura entre cinco a dez minutos mas com o tempo e o aprofundamento pode-se praticar mais demoradamente. Segue-se uma sugestão de como o método pode ser aprendido:

- A pessoa senta-se ou deita-se em posição cómoda e que se sinta confortável (não esquecer que o objetivo não é dormir);

### **Posição sentada**



### **Posição deitada**



- Os olhos podem estar fechados ou o olhar repousar sobre algum objeto, sem fixá-lo;
- A pessoa concentra-se então em cada uma das seguintes fórmulas, repetindo-as entre cinco a dez vezes cada uma começando com as duas primeiras e acrescentando as outras com o tempo:
  - 1- Estou completamente calmo, tranquilo e relaxado;
  - 2- Os meus braços e pernas estão agradavelmente pesados (pode-se repetir a fórmula separadamente para cada braço e cada perna);
  - 3- Os meus braços e pernas estão agradavelmente quentes;
  - 4- A minha respiração é profunda e suave;
  - 5- O meu coração bate regular e calmamente;
  - 6- O plexo solar irradia calor (ou a barriga/ ventre / o meu centro irradia calor);
  - 7- A minha cabeça está agradavelmente fresca.

A sessão termina energeticamente: A pessoa fecha os punhos e estica os braços (e as pernas), respira profundamente e abre os olhos.

É importante que o corpo tenha novamente a tensão necessária antes da pessoa se levantar para evitar sonolência durante todo o resto do dia. Esse retorno do relaxamento só pode ser deixado de lado se for realizado imediatamente antes de dormir à noite.

## **Exercícios Respiratórios**

### **1- Limpeza nasal:**

- 2 Tempos: 1º Tempo- Inspiração/Expiração rápida (10x);  
2º Tempo- Assoar emitindo som de “trombeta”.

### **2- Dilatação das narinas (10x).**

### **3- Consciência da respiração.**

### **4- Consciência da respiração + Ligação a tudo o que nos rodeia e a toda a energia que circula no ar.**

### **5- Respiração abdominal/torácica, isoladamente e em conjunto.**

### **6- Respiração total (5x).**

Saco que enche desde o abdómen até ao topo da cabeça (no fim da inspiração fazer duas a três insistências respiratórias).

### **7- Inspiração/Retenção/Expiração (4 tempos cada)**

- Só pelo nariz (5x);
- Nariz/ boca com ruído (5x);
- Só pelo nariz com ruído (5x).

### **8- Inspiração/Expiração (4 tempos cada)**

- Pensar no abdómen (5x);
- Pensar no tórax (5x);
- Pensar na cabeça (5x).

### **9- Inspiração/Expiração ritmada**

- 4 vezes;
- 8 vezes;
- 16 vezes;
- 32 vezes.

### **10- Inspiração/Expiração com som contínuo**

- Vogal o

- Vogal u
- Vogal i
- Vogal e
- Vogal a

#### **11- Inspiração/Expiração com som entrecortado**

- o- o- o
- u- u- u
- i- i- i
- e- e- e
- a- a- a

#### **12- Inspiração profunda/ Retenção/ Contração muscular generalizada/ Expiração com flexão do tronco (3x);**

#### **13- Inspiração a partir do solo até os braços ficarem completamente esticados para cima/ Expiração com flexão do tronco (3x);**

#### **14- Respiração alternada**

Narina direita/ narina esquerda (5x)

(Inspirar pela narina direita, tapando a esquerda; tapar a direita, expirar pela esquerda; inspirar pela esquerda, expirar pela direita...)

#### **15- Inspiração profunda / Retenção- Captação de energia / Expiração passando as mãos pelo rosto, pescoço, tórax e abdómen (1- 2 cm de distância).**

#### **16- Inspiração / Expiração na posição de deitado**

- Pensar no abdómen;
- Pensar no tórax;
- Pensar na cabeça.

#### **17- Andar normalmente**

- Inspiração- 4 passos;
- Retenção- 4 passos;
- Expiração- 4 passos.

## **Resumo das sessões do grupo de luto complicado de cônjuges**

### **1ºsessão**

A primeira sessão foi uma sessão de apresentação em que foram explicados os objetivos da intervenção psicoterapêutica, os intervenientes (pacientes e terapeutas) apresentaram-se, foram administrados os instrumentos de avaliação e foram discutidas as expectativas de cada elemento em relação ao programa de intervenção.

### **2ºsessão**

Na segunda sessão deu-se início à partilha das experiências do luto, em que os participantes fizeram a exploração das circunstâncias que rodearam a perda e refletiram sobre as mudanças na vida desde o falecimento dos seus cônjuges.

No fim da sessão foi entregue um caderno aos participantes para que estes o utilizassem como um “Diário do luto” e foi pedido que fossem escrevendo sempre que tivessem vontade sobre como se vão sentindo no dia-a-dia.

### **3ºsessão**

Na terceira sessão foi dada continuidade e conclusão à partilha das experiências do luto. Para além disso, foi pedido aos participantes que lessem alguns excertos que têm vindo a escrever no “Diário do luto”.

No fim foi pedido aos pacientes que realizassem uma colagem de fotografias da pessoa falecida que relembrem memórias positivas e que trouxessem na sessão seguinte para partilhar com os restantes elementos.

### **4ºsessão**

A quarta sessão foi dedicada à realização de uma apresentação em powerpoint acerca da temática do luto complicado em que foram explorados os seguintes aspetos: a morte e o processo de morrer, a perda, reações à perda, definição de luto, diferença entre luto normal e luto complicado, fatores que colocam um indivíduo em risco de desenvolver um luto complicado, as formas de luto complicado, as fases do luto e as tarefas do luto.

Para além disso, foi iniciada a partilha da colagem de fotografias que foi pedida na sessão anterior, partilha esta que terá continuidade na sessão seguinte.

### 5ª sessão

Na quinta sessão foi dada continuidade à partilha da colagem de fotografias de momentos positivos com a pessoa perdida.

De seguida foi pedido aos participantes que falassem sobre as maiores qualidades da pessoa falecida mas também dos defeitos e ainda se ficou alguma coisa para ser perdoado de ambas as partes. Para além disso, foi também explorado as alterações de papéis na família e na própria pessoa após a perda.

Como trabalho de casa, foi pedido aos participantes que realizassem o exercício da metáfora: “Se a pessoa perdida fosse”: uma cor, qual seria e porquê?; um lugar/paisagem, qual seria e porquê?; um objeto, qual seria e porquê? E ainda que realizassem uma lista de tarefas que deixaram de fazer após a perda e uma lista de tarefas que passaram a realizar após a perda. Estes exercícios serão explorados na próxima sessão.

No final da sessão foi realizado um exercício de relaxamento.

## **Resumo da sessão do grupo de suporte de luto de filhos**

### **Sessão dia 2 de março 2020**

A sessão teve início com a partilha de acontecimentos mais marcantes neste último mês (datas importantes como aniversários e data da morte), sonhos recorrentes bons e maus.

Foi realizada uma pequena discussão acerca de algumas crenças, questões sobre espiritualidade, o peso das coisas boas e más na vida de cada um (o que pesa mais) e a dificuldade em valorizar os aspetos positivos após uma grande perda.

De seguida alguns dos elementos do grupo partilharam fotografias dos filhos falecidos e foi ainda pedido que todos os elementos referissem quais as maiores qualidades que os filhos tinham mas também quais os defeitos ou quais os comportamentos que eles tinham que menos agradavam.

A sessão foi terminada com um exercício de relaxamento e foi sugerido que escrevessem uma carta para os filhos perdidos e que partilhassem na próxima sessão.

## **Sínteses de Sessões realizada no Grupo de Apoio a Doentes Depressivos**

### Sessão 1:

No início da sessão foi realizado uma pequena apresentação por parte dos participantes, uma vez que, na sessão 0 já tinha sido realizada uma apresentação mais completa e alargada de cada um. Assim, nesta apresentação, cada participante referiu apenas o seu nome e também verbalizou as maiores dificuldades sentidas e as metas que pretendem atingir.

Seguidamente, foi realizada uma apresentação em PowerPoint (Psicoeducação) em que foi explicado aos pacientes o que é a depressão, quais são as suas principais manifestações comportamentais, em que consiste os esquemas cognitivos disfuncionais e as distorções cognitivas. Esta apresentação foi interativa, concedendo a oportunidade aos pacientes de intervirem dando a sua perspetiva sobre o que estava a ser discutido.

Foi ainda entregue um exercício para os pacientes realizarem em casa em que todos os dias têm de preencher uma tabela quantificando o nível de depressão sentido.

No final da sessão, foi realizado um pequeno exercício de relaxamento, terminando com a narração da “história do amor-perfeito”.

### Sessão 2

Na sessão 2 foi dada a continuidade das tarefas realizadas e tratadas na sessão anterior. Desta forma, foi dada uma explicação mais aprofundada do “Modelo Explicativo da Formação e Manutenção dos Esquemas Cognitivos”, em que os participantes partilhavam experiências vivenciadas.

Para além disso, foi lhes pedido para que eles partilhassem o que realizaram como trabalho de casa, nomeadamente, “Os meus problemas são as minhas metas”, em que após a partilha era realizada uma reformulação dos seus discursos. Foi ainda explorada a “Tabela do Humor”, em que os participantes têm que quantificar (1 a 10) o nível de depressão sentida diariamente durante a semana, sendo exemplificados fatores

terapêuticos de suporte, tais como, amigos, família, passatempos, atividades prazerosas, etc.

Mais próximo do final da sessão foi ensinada aos participantes a técnica de respiração abdominal associada a comandos positivos e libertação de pensamentos negativos.

Terminou-se a sessão com a antevisão do que seria realizado na sessão seguinte, nomeadamente, o “Relaxamento Muscular de Jacobson”.

### Sessão 3

Foi entregue o cartaz “o ciclo positivo” para os participantes realizarem o seu preenchimento em casa. Será realizada a sua discussão na próxima sessão.

Foi relembrada a respiração abdominal e seguidamente passou-se à realização da sessão de “Relaxamento Muscular de Jacobson”. Após a sessão explorou-se com os participantes a forma como se sentiram durante o relaxamento e quais é que foram as maiores dificuldades sentidas.

Foi ainda explorada a “Tabela do Humor”, em que os participantes têm que quantificar (1 a 10) o nível de depressão sentida diariamente durante a semana Finalizou-se com a entrega dos cartões com frases positivas (será repetido de 15 em 15 dias).

Na próxima sessão será retratado “técnicas cognitivas”, nomeadamente pensamentos automáticos, estratégias, crenças etc.

### Sessão 4

A sessão foi iniciada com a discussão do “ciclo positivo”, realizando-se uma explicação mais aprofundada deste e partilha de exemplos pelos pacientes.

Seguidamente realizou-se a explicação de “Estratégias de mudança cognitiva: técnicas de disputa racional”, ou seja, foi elucidado o que são pensamentos automáticos, como detetá-los, testá-los e substituí-los por pensamentos alternativos. Esta apresentação foi complementada com a entrega do “Registo dos Pensamentos Disfuncionais (RPD)”.

Na próxima sessão será retratado as “Crenças intermediárias e nucleares”.

### Sessão 5

A sessão foi iniciada com uma partilha de situações que os pacientes vivenciaram durante a última semana. Seguidamente, passou-se à discussão do “Registo dos Pensamentos Disfuncionais (RPD)”, em que os pacientes tinham que identificar os pensamentos automáticos negativos assim como a resposta adaptativa aos mesmos.

Foram ainda exploradas as “Estratégias de mudança cognitiva: técnicas de disputa racional” e quais as questões essenciais para substituir os pensamentos automáticos negativos em pensamentos alternativos mais racionais.

Para além disso, foi explicado o exercício que será realizado na próxima sessão e entregou-se um cartão para registo do principal pensamento automático negativo e a sua resposta adaptativa.

Finalizou-se com a entrega dos cartões com frases positivas.

### Sessão 6

A sessão foi iniciada com a partilha de episódios quer positivos quer negativos que os pacientes experienciaram durante a última semana. Foi também partilhado quais os principais pensamentos disfuncionais e as respetivas respostas adaptativas.

Para além disso, foi explicado, através de uma apresentação em *Power Point*: a disputa racional; os três grandes grupos de crenças irracionais; as questões para o desafio das crenças irracionais; o diálogo racional-emotivo e respetivos exemplos e os 7 conselhos para lidar com a ansiedade.

Terminou-se a sessão com a realização de um exercício (que será repetido nas sessões seguintes) em que os participantes tinham que pensar algo pelo que estariam gratos passando à sua partilha.

Na próxima sessão será explicado e exemplificado algumas “Estratégias Emocionais”.

### Sessão 7

A sessão foi iniciada com a partilha de situações vivenciadas desde a última sessão.

Para além disso, realizou-se um exercício em conjunto com todos os participantes. O exercício consistia na ponderação de duas situações hipotéticas diferentes, em que os participantes tinham que, de acordo com os problemas apresentados, tomar uma decisão.

Esta sessão apresentou-se como uma sessão introdutória para a sessão seguinte em que será explorado a “tomada de decisão” com os participantes. A sessão será contemplada com uma componente teórica e uma componente prática.

## **Treino de Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson**

### Treino de Relaxamento para 16 grupos musculares

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

“Gostaria que focalizasse a sua atenção nos músculos da mão e braço dominante. Quando eu disser AGORA, vou pedir-lhe que contraia esses músculos, fechando o punho.

AGORA...

Sinta a tensão na mão, sobre as articulações e, mais acima, até ao braço.”

(manter a contracção durante 15 segundos)

RELAXE...

Repare na diferença de sensações entre tensão e relaxamento.

Focalize as sensações no músculo à medida que ele vai ficando mais e mais relaxado...”

(manter a descontração durante 30-40 segundos)

“Gostava que passasse para o bíceps dominante. Quando eu disser AGORA, vou pedir-lhe que contraia esses músculos, puxando o cotovelo para baixo, contra o braço da cadeira.

AGORA... Sinta os músculos a puxar...

Repare como é a sensação de tensão nesses músculos, quando os puxa e os mantém duros e apertados

(manter a contração durante 15 segundos)

RELAXE...

Foque toda a sua atenção nas sensações que estão associadas ao relaxamento.

(manter durante 30-40 segundos)

(O mesmo que para o lado dominante)

“Vamos passar agora para os músculos da parte superior do seu rosto: a testa. Quando eu disser AGORA, vou pedir-lhe que contraia esses músculos levantando as sobrancelhas tanto quanto poder.

AGORA...

Sinta a tensão a subir através da testa até ao crânio.

(manter durante 15 segundos).

RELAXE...

Deixe toda a tensão sair...

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

(manter durante 30-40 segundos)

“Foque agora a sua atenção nos músculos da parte superior das maçãs do rosto, e do nariz. Quando eu disser AGORA, vou pedir-lhe que contraia esses músculos, trocando os olhos e franzindo o nariz.

AGORA...

Repare na sensação que é os músculos tornarem-se tensos, quando focaliza a sua atenção nas sensações associadas a essa tensão.

(manter durante 15 segundos). RELAXE... Aprecie as sensações agradáveis associadas ao relaxamento. Não procure fazer mais nada do que centrar a sua atenção nas sensações profundamente agradáveis que flúem para essa área.

(manter durante 30-40 segundos).

“Agora vamos descer para os músculos da parte inferior do seu rosto: parte inferior das maçãs do rosto e queixo. Quando eu disser AGORA, vou pedir-lhe para cerrar os seus dentes e puxar os cantos da boca para trás.

AGORA...

Sinta a tensão através de toda a parte inferior do seu rosto, reparando no que sente à medida que esses músculos vão ficando tensos.

RELAXE...

Aprecie as sensações nos músculos à medida que eles se vão soltando suavemente, tornando-se descontraídos e relaxados cada vez mais profundamente...

(manter durante 30-40 segundos)

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

AGORA...

Aprecie a tensão nesses músculos.

(manter durante 15 segundos)

RELAXE...

Repare na sensação que é os músculos irem ficando cada vez mais e mais relaxados...

Sinta apenas as sensações de profundo e completo relaxamento fluindo por esses músculos...

A fim de descontrair os músculos do pescoço tente rodar agora muito lentamente a sua cabeça, de maneira a notar que todos os músculos do pescoço se vão gradualmente descontraindo. Faça-o muito lentamente para um lado e para o outro. Sem pressa! Note

o seu pescoço a descontrair progressivamente! Reconheça a diferença entre estar contraído e descontraído.”

“Focalize-se agora nos músculos do peito, ombros e parte superior das costas. Quando eu disser AGORA, vou pedir-lhe que contraia esses músculos, inspirando bem fundo, prendendo a respiração e, ao mesmo tempo, puxando as omoplatas como se as quisesse juntar; isto é, puxe os ombros para trás e tente que as omoplatas se toquem. AGORA...

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

(manter durante 15 segundos)

RELAXE...

Descontraia-se...

Repare como eles se sentem agora, comparando com anteriormente.

(manter durante 30-40 segundos)

“Foque agora a sua atenção nos músculos do estômago. Quando eu disser AGORA, vou pedir-lhe para fazer o estômago duro, contraindo-o como se fosse dar uma pancada a si mesmo no estômago.

AGORA...

Sinta a tensão e o aperto no estômago e aprecie as sensações associadas com isso.

(manter durante 15 segundos)

RELAXE...

Deixe a tensão sair...

Repare como esses músculos ficam completamente relaxados.

(manter durante 30-40 segundos)

“A fim de descontrair os músculos do tórax tudo quanto vai procurar fazer é respirar lentamente... Tão lentamente quanto lhe possa ser possível fazê-lo. Quando alguém está nervoso a respiração torna-se rápida e superficial. Tente agora fazer o contrário: uma respiração lenta e profunda, permitindo que o ar chegue bem abaixo dos pulmões, de forma a levantar o seu abdómen. Respire lentamente, tão lentamente quanto lhe possa

ser possível fazê-lo. O controlo da respiração é um meio poderoso de se relaxar. À medida que se vai sentindo mais relaxado/a vá dizendo para si mesmo: “sinto-me descontraído/a! Afinal é fácil. Sinto-me calmo/a”. Continue a respirar sempre lenta e profundamente, tão lentamente quanto lhe possa ser possível fazê-lo.”

“Agora vamos passar para os músculos da parte superior da perna dominante: a coxa dominante. Quando eu disser AGORA, vou pedir-lhe que contraia esses músculos da parte superior da perna dominante, contrapondo o grande músculo da parte superior da perna, com os dois músculos pequenos da parte inferior.

AGORA...

Sinta a tensão e aprecie a parte de cima do músculo grande ficar dura...

(manter durante 7 segundos)

RELAXE...

Deixe toda a tensão sair...

Repare naquilo que se passa à medida que os músculos se tornam mais e mais profundamente relaxados...

(manter durante 30-40 segundos)

“Focalize a sua atenção nos músculos da parte inferior da perna dominante: a barriga da perna dominante. Quando eu disser AGORA, vou pedir-lhe que contraia esses músculos, puxando os dedos dos pés para cima, em direcção à sua cabeça.

AGORA...

Aprecie toda a tensão na área da barriga da perna...

(manter durante 7 segundos)

RELAXE...

Repare naquilo que se passa à medida que os músculos vão ficando cada vez mais e mais relaxados... Aprecie as sensações nestes músculos à medida que eles se vão libertando.

(manter durante 30-40 segundos)

“Vamos passar para os músculos do pé dominante. Quando eu disser AGORA, vou pedir-lhe para contrair esses músculos, esticando o pé e virando-o para dentro, ao mesmo tempo que encaraçola os dedos.

AGORA...

Aprecie a sensação de tensão, a pressão no arco e no peito do pé... (manter durante 7 segundos)

RELAXE...

Descontraia-se...

Repare como eles estão agora, comparando como anteriormente.

Aprecie a diferença de sensações à medida que vai ficando cada vez mais e mais relaxado/a.”

(manter durante 30-40 segundos)

Conclusão:

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

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

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

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

Neste momento, que já aprendeu a descontrair todo o seu corpo vai tentar fazê-lo ainda mais. Imagine-se num dia bem frio de Inverno... Lá fora está frio, está vento, está a chover. Neste momento encontra-se junto de uma lareira acesa, com lenha a arder.

Tente observar todos os pormenores. Sinta o tempo desagradável que está lá fora e o conforto que está a sentir na sala onde se encontra. Está-lhe a saber bem o calor que a lenha liberta. Começa a sentir o calor a invadi-lo progressivamente, a espalhar-se pelo seu tórax, a ir para o ombro direito e para o ombro esquerdo o braço direito e o braço esquerdo, o antebraço direito e o antebraço esquerdo, a mão direita e a mão esquerda. O calor está a distribuir-se por todo o seu corpo e a fazê-lo descontraír ainda mais”.

“Agora que sente o seu corpo bem descontraído, coloque dentro de si a sua imagem de paz. Uma imagem que lhe dê tranquilidade, calma, serenidade, boa disposição. Vou estar calada durante sessenta segundos para poder reviver por completo a sua imagem de paz:

observe todos os pormenores... o que vê... o que ouve... o que sente... Agora calo-me para o/a deixar com a sua imagem de paz.”

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

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

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

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

Quando eu disser “2”, a face e o pescoço... Quando eu disser “1”, abra os olhos

