



PARTE I

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

Gandra, Dezembro de 2020

Sara Mafalda Rodrigues do Espírito Santo

Código de aluno: 23421

Relatório de Estágio

Relatório de estágio curricular integrado no Mestrado de Psicologia da Saúde e Neuropsicologia do Instituto Universitário de Ciências da Saúde

Supervisora: Prof^a. Dra. Maria Emília Areias

Gandra, Dezembro de 2020

Declaração de Integridade

Eu, Sara Mafalda Rodrigues do Espírito Santo, estudante do Mestrado de Psicologia da Saúde e Neuropsicologia do Instituto Universitário de Ciências da Saúde, declaro ter agido com absoluta integridade na elaboração do presente Relatório de Estágio.

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

Declaro ainda, que todas as frases que foram retiradas de trabalhos realizados anteriormente pertencentes a outros autores foram devidamente referenciadas ou redigidas com novas palavras, tendo ainda colocado a respetiva citação da fonte bibliográfica.

Agradecimentos

Durante todo o meu percurso acadêmico foram vários os momentos nos quais senti um enorme apoio por parte de todos aqueles que me rodeiam e fazem parte da minha vida.

Primeiramente quero agradecer aos meus pais pelo apoio incondicional e motivação transmitida. Mais do que familiares, um porto seguro, que sempre me transmitiu positividade e tranquilidade. Força e determinação, acima de todas as coisas. Sem eles, e sem o seu carinho, nenhuma das minhas conquistas teriam sido possíveis, nenhuns dos meus obstáculos e nenhuma das minhas dificuldades teriam sido ultrapassadas. A eles, o meu muito obrigada.

Família, a que sempre nos acompanha ao longo de todas conquistas, a que sempre se manteve presente durante todo este percurso. Aquela que sempre me motivou a ser uma pessoa melhor e a alcançar sempre mais. A toda a minha família, à minha madrinha, ao meu padrinho, ao meu primo e à minha avó, agradeço do fundo do coração.

Agradeço á Doutora Dulce, minha orientadora de estágio, por todo o conhecimento transmitido e por toda a experiência proporcionada ao longo do meu percurso. Além de uma excelente profissional é um extraordinário ser humano. Muito obrigada por todo o carinho e afeto.

À Professora Doutora Maria Emília Areias agradeço por toda a confiança depositada em mim ao longo deste percurso.

A todas as minhas colegas de estágio, Ana Maria, Bárbara, Maria e Patrícia, deixo-lhes o meu profundo e sincero agradecimento. Obrigada por todos os momentos de companhia. Obrigada por todas as horas de almoço e convívio. Obrigada por todas as trocas de ideias. Obrigada por toda a ajuda que sempre me prestaram. A todas vocês, o meu muito obrigado.

Por fim, quero agradecer a todos os meus pacientes porque sem eles o meu percurso não teria sido tão enriquecedor.

Siglas

CESPU – Cooperativa de Ensino Superior Politécnico e Universitário, CRL

CH – Centro Hospitalar

CPSM – Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental

IUCS – Instituto Universitário de Ciências da Saúde

MOCA – Montreal Cognitive Assessment

MPSN – Mestrado de Psicologia da Saúde e Neuropsicologia

OPP – Ordem dos Psicólogos Portugueses

SMFR – Serviço de Medicina Física e de Reabilitação

UPCHD – Unidade de Psiquiatria Comunitária e Hospital de Dia

Índice

Introdução.....	1
Capítulo I.....	3
1. Atribuição do estágio curricular	3
1.1. Caracterização do Contexto Institucional no Centro Universitário Hospitalar de São João.....	3
1.1.1 Caraterização do Serviço de Medicina Física e de Reabilitação	5
1.1.2 Caracterização da Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental	6
1.2 Papel do Psicólogo em Contexto Hospitalar	8
2. Descrição das Atividades Desenvolvidas	10
2.1 Reuniões de Supervisão de Estágio.....	11
2.2 Período de Observação.....	11
2.3 Atividade de Avaliação Psicológica.....	12
2.4 Consultas Psicológicas	13
2.5 Consultas de Crise.....	14
2.6 Participação na Intervenção Psicoeducativa em Grupos.....	15
2.7 Reuniões da Unidade de Psiquiatria Comunitária e Hospital de Dia.....	15
2.8 Reuniões Científicas.....	16
Capítulo II	17
1. Caso Clínico Z	17
Reflexão Acerca do Caso	30
Referências Bibliográficas	32

Índice de Anexos

Anexo A – Plano de Estágio Curricular

A1 – Diagrama de Gantt do Estágio

A2 – Horário de Funcionamento da Estagiária

Anexo B – Intervenção Psicoeducativa do Grupo de Pessoas com Perturbação de Ansiedade

B1 – Apresentação sobre Relaxamento Muscular

B2 – Apresentação sobre Relaxamento Imagético

Anexo C – Intervenção Psicoeducativa do Grupo de Pessoas em Reabilitação Cardíaca

C1 – Apresentação sobre “O que é o Stress?”

Introdução

O presente relatório faz referência ao estágio curricular realizado no âmbito do segundo ano de Mestrado de Psicologia da Saúde e Neuropsicologia (MPSN) do Instituto Universitário de Ciências da Saúde (IUCS), que ocorreu durante o ano letivo 2019/2020.

Tem como principal objetivo descrever o percurso realizado pela aluna durante o estágio no serviço de Medicina Física e de Reabilitação (SMFR) e na Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental (CPSM) do Centro Hospitalar, sob a orientação da Doutora Dulce Sousa e com a supervisão da Professora Doutora Maria Emília Areias, docente do IUCS, onde também cumpre o cargo de coordenadora do Mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia.

O estágio teve início no dia 1 de Outubro de 2019 e deveria concluir-se em Junho, contudo foi interrompido em Março de 2020 na sequência da crise pandémica por COVID-19 que, no Norte, teve como epicentro de tratamento o Centro Hospitalar, obrigando à suspensão de todas as atividades clínicas não consideradas de primeira linha.

Assim, o estágio durou aproximadamente seis meses, com frequência de dois a três dias por semana. O horário semanal cumpriu-se de forma repartida entre as consultas externas do Serviço de Medicina Física e de Reabilitação (SMFR) e da Consulta de Psiquiatria e Saúde Mental (CPSM), das consultas de Intervenção em Crise, as reuniões da Unidade de Psiquiatria Comunitária e Hospital de Dia (UPCHD), as reuniões de carácter científico, a intervenção psico-educativa realizada em dois grupos, a interação com os colegas, com a orientadora e outros profissionais.

Inicialmente, as reuniões de supervisão de estágio eram realizadas no IUCS com frequência semanal e, posteriormente, tendo em conta as medidas de prevenção face ao COVID-19, passaram a ser realizadas por videochamada em horário estabelecido para o efeito, continuando para além do período em que a presença no centro hospitalar foi impedida.

Importa referir que, como estagiária, senti o período de estágio, assim subitamente limitado, como curto e incompleto em termos de experiência prática, pelo que considero que a situação me foi imensamente desvantajosa.

Contudo, se tiver em consideração que a nossa formação de psicólogos tem de se inscrever numa sociedade em mudança com convulsões, períodos críticos, situações por

vezes excepcionais que fazem parte da vida, e que este período conturbado aos níveis sanitários, económicos e sociais, representa uma experiência humana relevante em que nós, como outros cidadãos à nossa volta, experimentamos angústias, apreensões, lutos e perdas, contato com o desconhecido, tenho de relevar a outra componente, não menos importante, que me foi possível desenvolver ao longo deste período, a de empatia e de um leque de aptidões humanas fundamentais para o exercício ético e profícuo com os doentes.

Como a experiência teve um impacto na minha aprendizagem como ser humano e futura psicóloga, gostaria de descrever a sequência dos acontecimentos tal como se impôs e me surpreendeu.

Como já referido, em início de Março de 2020, ocorreu o aparecimento dos primeiros casos de COVID-19 no Norte de Portugal, sendo o seu tratamento efetuado em internamento no Centro Hospitalar. Sendo uma patologia bastante grave, mas pouco conhecida, diversas precauções foram tomadas, nomeadamente a suspensão de todos os estágios curriculares nas instituições de combate da linha da frente contra o vírus. Desde aí, ocorreu um preocupante aumento da incidência da doença, com propagação rápida a outras regiões do país. A nível mundial, o início da doença foi mais precoce, e sendo a sua generalização avassaladora gerando impacto muito significativo em todos os sistemas de saúde. A sua abrangência universal e a extensão num curto espaço de tempo vieram a justificar a declaração pela OMS de estado de pandemia.

Este relatório de estágio pretende descrever o trabalho e atividades realizadas, acompanhado das reflexões que faço amiúde sobre essa experiência. Encontra-se estruturado em dois capítulos, seguidos de uma reflexão final. O primeiro capítulo contextualiza o estágio, caracteriza a instituição hospitalar onde decorreu e clarifica os papéis de um psicólogo no contexto de saúde. O segundo capítulo descreve as diversas atividades realizadas e procede à apresentação de um caso clínico. Por último, é realizada uma reflexão acerca do período de estágio, que incide sobre todas as experiências, obstáculos, dificuldades sentidas e momentos de aprendizagem.

Capítulo I

1. Atribuição do estágio curricular

O estágio curricular descrito e relatado no presente documento foi-me atribuído no decorrer do ano letivo 2018/2019, na unidade curricular de Investigação Aplicada, que estaria a cargo da Professora Maria Emília Areias e do Professor José Carlos Rocha.

No dia 24 de Setembro foi realizada uma reunião de apresentação no Centro Hospitalar, na qual estiveram presentes as alunas estagiárias, a Professora Doutora Maria Emília Areias e duas psicólogas clínicas orientadoras de estágio. As duas alunas estagiárias presentes na reunião realizariam o estágio nos mesmos serviços e com a mesma orientadora. Durante a reunião foi realizada uma apresentação breve das psicólogas da instituição, clarificaram-se os papéis dos alunos estagiários, definiram-se os respetivos locais e horários de estágio, foram caracterizados os problemas mais frequentes de cada serviço e foram impostas algumas regras de circulação, tais como a utilização de bata e cartão de identificação. Foi necessária a passagem pelo Centro de Formação, na secção dos Recursos Humanos, para recolher o cartão de identificação.

1.1. Caracterização do Contexto Institucional no Centro Universitário Hospitalar de São João

O Centro Hospitalar é uma referência a nível nacional e internacional, sendo caracterizado como uma unidade bastante diferenciada e reconhecida, um centro hospitalar universitário envolvido em diversas linhas e projetos de investigação com diferentes instituições do ensino superior, fornecendo formação pré e pós-graduada.

Inicialmente idealizado como um hospital escolar, rapidamente acabou por se tornar uma referência nacional, tanto ao nível do ensino e investigação na área de medicina, como ao nível da assistência hospitalar prestada à população (UP, 2010).

No que diz respeito aos serviços de internamento, estes começaram a funcionar em finais do ano de 1961, e as consultas externas entraram em funcionamento tendo em conta os serviços de internamento.

Em Outubro de 1964, teve início o serviço de urgências.

No ano de 2011, no dia 1 de Abril, o Hospital de São João e o Hospital Nossa Senhora da Conceição de Valongo fundiram-se, dando origem ao Centro Hospitalar, Entidade Pública Empresarial. Esta fusão resulta da reestruturação do parque hospitalar numa perspetiva de complementar e concentrar recursos que têm como objetivo melhorar a prestação de serviços de saúde, garantindo à população melhor acesso, maior diversidade, qualidade e eficiência dos mesmos serviços.

O Centro Hospitalar apresenta uma visão exemplar no que diz respeito à prestação de cuidados de saúde ao nível nacional e internacional, com uma perspetiva de crescimento sustentável, comprometimento, sentido de mudança e diferenciação, ambicionando a criação de valores para toda a população tornando-se uma referência no setor da saúde.

Assume como principais valores a competência, o humanismo, a paixão, o rigor, a transparência, a união, a solidariedade e a ambição, partilhados pelos profissionais de saúde da instituição.

O serviço de urgência do Centro Hospitalar encontra-se dividido em diferentes áreas: Adultos, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia. Em algumas especialidades os serviços são comuns, como a Estomatologia, Oftalmologia e Otorrinolaringologia.

Apresenta uma diversidade de meios complementares de diagnóstico e terapêutica como apoio à prestação de cuidados.

O Centro Hospitalar encontra-se estruturado em níveis intermédios de gestão onde os Serviços Clínicos (SC) se agrupam em 8 Unidades de Produção Clínica (UPC): Cirurgia, Medicina, Urgência e Medicina Intensiva, Mulher, Psiquiatria e Saúde Mental, Centro de Imagiologia, Centro de Medicina Laboratorial e Centro Pediátrico.

Dispõe de áreas destinadas ao apoio da produção clínica, como o Centro de Epidemiologia Hospitalar e o Centro de Ambulatório, que englobam as consultas externas e ainda os hospitais de dias. Torna-se importante enfatizar as áreas de suporte, onde estão presentes o Centro de Gestão de Informação e o Serviço de Humanização.

No que diz respeito às consultas externas de Psicologia, estas decorrem nos centros ambulatoriais, no âmbito das consultas externas e dos hospitais de dia. São vários os profissionais que trabalham na área da Psicologia, mas existe somente um Psicólogo coordenador.

Foi criada uma Unidade Autónoma de Gestão (UAG) de Psicologia, resultado de uma negociação entre a administração do Centro Hospitalar e a Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP).

1.1.1 Caraterização do Serviço de Medicina Física e de Reabilitação

Realizada a caraterização do contexto institucional em que decorreu o estágio, é necessário passar para a caracterização e descrição dos dois serviços onde foram realizadas atividades clínicas, psicológicas e exercícios ligados á investigação, o Serviço de Medicina Física e de Reabilitação (SMFR) e a Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental (CPSM).

O SMFR teve início em 1961 com a abertura da consulta de Fisioterapia. Posteriormente, em meados da década de 70, passou a ser denominado como Serviço de Medicina Física e de Reabilitação.

Apresenta como principal foco a produção qualificada de atividades assistenciais (nos serviços de consulta interna, consulta externa, consultas de grupo, e programas de tratamento de reabilitação), de ensino, formação e investigação científica.

Pratica a reabilitação como um processo global e dinâmico visando a recuperação física e psicológica de pessoas com incapacidades, com foco na sua reintegração social, relacionada com o conceito de saúde que abrange três áreas imprescindíveis na vida de qualquer ser humano, sendo elas o bem-estar físico, social e mental.

A intervenção deste serviço é diversificada e abrangente, atuando em múltiplas situações que vão desde a unidade de cuidados intensivos até à reabilitação de situações crónicas decorrentes de acidentes ou doenças.

Além do internamento, o SMFR apresenta consultas internas e externas, consultas de grupo e programas de tratamento de reabilitação, como a Fisioterapia, Hidroterapia, Terapia da Fala, Terapia Ocupacional, Atividades de Vida Diária, Reabilitação Pediátrica, Reabilitação Cardíaca e Recondicionamento de Esforço.

Neste serviço, os pedidos de intervenção psicológica de aconselhamento e psicoterapia normalmente são feitos pelo/a médico/a fisiatra. Noutras situações também podem ser feitos através de um/a médico/a cardiologista, urologista ou ainda ortopedista.

No que diz respeito aos pedidos de intervenção psicoeducativa em grupos, provêm do/a médico/a fisiatra associado à reabilitação do pavilhão pélvico ou reabilitação cardíaca.

1.1.2 Caracterização da Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental

Neste serviço, foram realizadas atividades clínicas e neuropsicológicas, bem como intervenções de carácter multidisciplinar, mais concretamente as reuniões realizadas no âmbito da Unidade de Psiquiatria Comunitária e Hospital de Dia (UPCHD).

A consulta externa do Serviço de Psiquiatria teve início no ano de 1963, e atualmente fornece assistência à população da cidade e zonas geograficamente adjacentes, no campo da psiquiatria e da pedopsiquiatria. Esta assistência é prestada no contexto hospitalar (internamento e ambulatório), bem como em ligação com a medicina geral e familiar (consultoria), e ainda, através de um programa comunitário de intervenção em crise (prevenção) e acompanhamento do doente psiquiátrico crónico (reabilitação).

Tanto do ponto de vista psiquiátrico como psicológico, este serviço segue o modelo da Psiquiatria de Ligação, que engloba a Psicologia da Saúde, os doentes em tratamento no centro hospitalar (consultas ou internamento), independentemente da sua área de residência.

Este serviço apresenta vários recursos nas mais diversas áreas mencionadas anteriormente e contempla ainda vários serviços:

- O Gabinete de Psicologia, cujo objetivo passa por atenuar o sofrimento causado pela doença e/ou internamento, tentando sempre ajudar o doente a “pôr de parte” a sua dor física (sendo um processo fisiológico) e orientando-o para a descoberta do significado do sofrimento (respostas mentais e emocionais à dor), procurando promover a mudança de atitude por parte do doente quanto á capacidade de perceber, perceber e suportar o sofrimento.
- Unidade de Psiquiatria Comunitária, que tem como principal foco evitar a cronificação de novos casos provenientes de natureza reativa, nos quais estão

incluídos situações de crise, catástrofe e stress pós-traumático, e por último mas não menos importante, apoio á reabilitação do doente mental grave possibilitando uma melhor reinserção social e ocupacional.

- Unidade de Psiquiatria do Adulto e do Idoso, que atende população com idade superior a 26 anos que necessita de tratamento em internamento na sequência de episódios agudos, ou em ambulatório.
- Unidade do Jovem e da Família, que visa o atendimento de população infantil, adolescente e juvenil, ou seja, com idades inferiores a 26 anos.
- Gabinete de Terapia Ocupacional, cujo objetivo passa pelo estudo da atividade humana usando-a como um recurso terapêutico na prevenção, tratamento e reabilitação de disfunções psicossociais, capazes de interferir no desempenho, autonomia e funcionalidade da pessoa com doença mental.
- Gabinete de Serviço Social, cuja prestação de diferentes tipos de suporte social tem como objetivo a resolução de problemas sociais com especificidades na Saúde Mental.
- Unidade de Psiquiatria Forense, que oferece serviços como avaliação da imputabilidade, interdição, inabilitação e dano pessoal em situações de natureza psiquiátrica e psicológica ligadas às áreas de direito penal, civil, do trabalho e da família, podendo dar resposta a pedidos realizados pelos tribunais bem como do Instituto de Medicina Legal, abrangendo o Gabinete de Psicologia Forense e englobando atividades de perícias médico-forenses em ambulatório ou internamento.

Por fim, na CPSM, as solicitações de intervenção psicológica de aconselhamento e psicoterapia de uma forma geral provêm do/a médico/a psiquiatra. Os/As médicos/as de Família e de Medicina Geral podem de igual modo solicitar intervenções. No que diz respeito ás consultas de crise, os pedidos provêm do médico/a que esteve em contato com o caso em contexto de urgência ou do/a médico/a de Medicina Geral e Familiar. Os pedidos de intervenção psicoeducativa em grupos podem ser feitos pelo/a médico/a psiquiatra, por outro/a psicólogo/a do CH ou através das reuniões da equipa multidisciplinar realizadas no âmbito da UPCHD.

1.2 Papel do Psicólogo em Contexto Hospitalar

Ao longo da formação académica superior na área da Psicologia, verifica-se um maior interesse no que diz respeito à área Hospitalar.

A experiência de estágio possibilitou a observação do trabalho de um psicólogo no contexto da instituição hospitalar, que foi de extrema importância para a realização do presente relatório.

A Psicologia tem vindo a conquistar o seu lugar nos hospitais, mas infelizmente a passo lento. A nível internacional, a partir da década de 1950 foi oficialmente regulamentada a inserção do trabalho do psicólogo no contexto hospitalar. Assim, os profissionais começaram a ser inseridos de forma gradual numa área em que muitos já atuavam e, desde então, têm procurado diversas formas para realizar o seu trabalho (FOSSI e GUARESCHI, 2004; FOSSI, 2006).

Chiattonne (2000) defende que a entrada da Psicologia no contexto hospitalar surgiu devido à necessidade de compreender o fenómeno da doença com um olhar mais amplo, com uma visão biopsicossocial, modificando as diversas ferramentas habitualmente utilizadas e procurando não utilizar o tradicional modelo biomédico.

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002) aponta para a ideia da composição do bem-estar, abrangendo os aspetos mentais e sociais e, ao tentar aproximar esta compreensão para o âmbito hospitalar, torna-se necessário referir que o psicólogo não atua sozinho, mas, "ao contrário, inclui, necessariamente, a participação de outros profissionais da área da saúde, sob os moldes da interdisciplinaridade" (SPERONI, 2006, p.92).

No que diz respeito ao enquadramento legal da atividade profissional dos psicólogos no sistema de saúde em Portugal, os autores Ribeiro e Leal (1996) mencionam o Decreto-Lei responsável pela sua institucionalização (Decreto-Lei n.º 241/94 de 22 de Setembro), referindo ainda que este Decreto-Lei intitula estes profissionais como Psicólogos Clínicos. Tendo em conta o Artº 2.º, ao analisar as funções atribuídas ao psicólogo clínico, é possível afirmar que este realiza uma intervenção fundamental no campo da saúde mental, através do acompanhamento psicológico/psicoterapêutico, com o objetivo de restabelecer o bem-estar bem como o equilíbrio emocional. As funções do psicólogo neste contexto passam por realizar o diagnóstico clínico, o tratamento das perturbações

psicológicas, o desenvolvimento de psicoterapia, prestação de auxílio na gestão e na modificação de comportamentos, procura estratégias para lidar com emoções e pensamentos disfuncionais e atua no sentido da prevenção de situações de risco promovendo sempre a saúde mental.

Segundo a Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP), a Neuropsicologia dedica-se a aprofundar o conhecimento sobre as relações múltiplas entre o funcionamento cognitivo e outros fenómenos da vida mental, os seus correlatos neurobiológicos normais ou anormais, e o comportamento do indivíduo isolado ou em interação, em diferentes contextos e fases do ciclo de vida, recorrendo para isso a uma variedade de métodos e técnicas, quer da Psicologia em geral, quer especificamente da Neuropsicologia e de outras Neurociências. O psicólogo especialista em Neuropsicologia apresenta conhecimentos técnico-científicos na área, dos quais se destacam competências de avaliação psicológica e neuropsicológica, envolvendo o recurso a técnicas de entrevista clínica e instrumentos standardizados, bem como conhecimentos formais de psicometria, de psicopatologia e dos correlatos neurobiológicos dos fenómenos cognitivos e afetivos, normais e anormais, considerando a forma como se expressam em diferentes contextos e fases do desenvolvimento, para que as suas observações possam referenciar-se no quadro desses conhecimentos. Destacam-se, ainda, competências de intervenção individual e em grupo, incluindo as necessárias à aplicação de técnicas de gestão/modificação comportamental, psicoeducativas e de apoio psicológico, bem como à implementação de programas de estimulação, manutenção ou reabilitação das funções neuropsicológicas, em diversos contextos e fases do ciclo de vida (Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2018).

O gabinete de Psicologia do Centro Hospitalar conta com uma equipa de psicólogos, membros da Ordem dos Psicólogos Portugueses, que se encontram inseridos nas várias Unidades da Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental, em colaboração com todas as especialidades da instituição hospitalar, prestando serviços a diferentes populações clínicas, que englobam doentes desde a o Serviço de Neonatologia até aos Cuidados Paliativos, em contexto de ambulatório, Hospital de Dias e de Internamento, tentando sempre trabalhar de forma interdisciplinar com os outros restantes elementos da equipa técnica.

Quando questionada, a minha orientadora de estágio referiu que a sua atividade profissional era caracterizada por ser abrangente e que, para além das consultas externas

de Psicologia e das consultas de Intervenção em Crise (life events), realizava psicoeducação em grupos de pacientes com antecedentes cardíacos (enfartes), estava presente nas reuniões semanais do Serviço de Psiquiatria Comunitária do Hospital de Dia (UPCHD) bem como nas reuniões científicas da CPSM. No que diz respeito à intervenção neuropsicológica, mencionou a atividade que era realizada no SMFR.

2. Descrição das Atividades Desenvolvidas

O estágio curricular teve uma duração aproximada de 5 meses, com início no dia 1 de Outubro de 2020 e término no dia 9 de Março de 2020.

Gostaria ainda de referenciar que o meu estágio curricular no Centro Hospitalar, infelizmente, teve uma duração consideravelmente curta devido à pandemia que tomou conta do nosso país, impossibilitando assim uma maior experiência no que diz respeito à parte prática da minha formação superior. Acrescento ainda que relativamente à aprendizagem que era esperada, saí bastante prejudicada comparativamente com os meus restantes colegas.

Na reunião realizada antes do início do estágio no CH, foram abordados diversos aspetos tais como os locais, os horários e as atividades de estágio. Assim sendo, o meu horário ficou definido da seguinte forma: terças-feiras, das 9h às 13h iria participar nas consultas externas do SMFR bem como na intervenção psicoeducativa num grupo de pacientes em reabilitação cardíaca. No que diz respeito à parte da tarde, das 14h às 18h, iria participar nas consultas externas na CPSM. Às quartas-feiras, estaria presente nas reuniões da UPCHD, e posteriormente nas reuniões científicas da CPSM entre as 9h e as 13h, na parte de tarde, entre as 14h e as 15:30h, iria participar na intervenção psicoeducativa num grupo de pacientes com perturbações de ansiedade. Às sextas-feiras, das 9h às 12:30, iria participar, de forma quinzenal e alterando com uma colega, na consulta de crise.

As reuniões de supervisão com a Professora Doutora Maria Emília Areias foram sendo feitas através de videochamadas tendo em conta a situação atual do país no que diz respeito ao Covid-19.

2.1 Reuniões de Supervisão de Estágio

As reuniões de supervisão de estágio são uma ferramenta valiosa para uma boa prática psicológica, e principalmente nesta fase, na qual estamos a iniciar o nosso percurso enquanto futuras psicólogas.

Inicialmente, todas as semanas, às segundas-feiras da parte da tarde, eram convocadas reuniões presenciais comigo e com as minhas colegas estagiárias na faculdade dirigidas pela Professora Doutora Maria Emília Areias. Fomos sempre recebidas com bastante simpatia e dedicação e ao mesmo tempo com bastante rigor e profissionalismo para que pudessemos estar o mais bem preparadas possível. Nestas reuniões, eram relatados os pontos de situação de todas as atividades que se estariam a realizar e dúvidas que poderiam surgir, casos clínicos e esclarecimento de dúvidas relativamente aos modelos de intervenção mais apropriados, metodologias, estratégias, técnicas e instrumentos de avaliação.

Posteriormente, como já foi referido, tendo em conta a situação em que o país se encontra devido ao covid-19, foram adotadas bastantes medidas de segurança, pelo que nos foi impedida a realização de reuniões presenciais, passando assim para reuniões realizadas através de plataformas digitais, tais como o WhatsApp e o Zoom. A troca de emails também possibilitou o esclarecimento de dúvidas e algumas orientações mais pormenorizadas por parte da professora.

A prática da supervisão por parte de alguém bastante experiente na matéria e com vários anos de prática psicológica teve sempre como objetivo posicionar-nos numa melhor perspetiva para que fôssemos capazes de realizar uma intervenção mais eficaz e optando sempre pela mais adequada, quer em termos de estabelecimento dos objetivos da intervenção, no domínio das diferentes técnicas de entrevista.

2.2 Período de Observação

Durante todo o período de estágio curricular foi feita uma observação das atividades de consulta e de outras intervenções realizadas pela psicóloga orientadora.

A Comissão de Ética da Ordem dos Psicólogos Portugueses, em reunião ordinária do dia 08 de Janeiro de 2016, entendeu elaborar um parecer a propósito da prática de *Job Shadowing* na formação inicial dos psicólogos. A designação de *Job Shadowing* aplica-se à experiência que um indivíduo pode obter numa determinada área, ao ter a oportunidade de observar o trabalho desenvolvido por um profissional e o papel por este desempenhado. Com esta experiência, é possível obter um insight sobre uma área de trabalho em particular. Esta pode ser uma atividade proporcionada a estudantes universitários para explorar as carreiras futuras, através da qual os estudantes se tornam, durante um período de tempo definido, a “sombra” de um profissional, num ambiente real de trabalho (Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2016).

A técnica de *Job Shadowing*, inserida na formação universitária, pode ajudar o estudante nas decisões a tomar face à carreira e na construção da sua confiança profissional (Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2016).

2.3 Atividade de Avaliação Psicológica

A avaliação psicológica corresponde a um processo compreensivo (abrangendo áreas relacionadas com o pedido de avaliação e os problemas identificados) e diversificado (recorrendo potencialmente a vários interlocutores pode assumir distintos objetivos, reconhece diferentes tipos de informações, considera variados resultados). Pretende, igualmente, ser um processo justo (reconhecendo e não penalizando diferenças relativas a grupos minoritários, incluindo pessoas com deficiências físicas, sensoriais, linguísticas ou outras fragilidades, a menos que sejam estas variáveis a mensurar e considerando as consequências dos resultados). A avaliação psicológica concretiza-se através do recurso a protocolos válidos e deve responder a necessidades objetivas de informação, salvaguardando o respeito pela privacidade da pessoa (Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2016).

Inicialmente, e de forma menos autónoma, as atividades de avaliação consistiam na familiarização e na administração de instrumentos específicos a grupos de pacientes que participavam numa intervenção psicoeducativa em grupo. No SMFR era preparada uma intervenção psicoeducativa destinada a um grupo de pacientes que se encontravam em reabilitação cardíaca após sofrerem algum evento de natureza cardíaca, como enfartes

ou paragens cardíacas. Na CPSM, um outro grupo integrava pacientes com perturbações de ansiedade.

Numa fase posterior e mais autónoma, possivelmente iria proceder à aplicação de alguns instrumentos de avaliação tendo em conta o tipo de intervenção utilizada na consulta psicológica.

Uma vez mais, e infelizmente, essa oportunidade não surgiu devido ao covid-19 que fez com que medidas extremas de segurança fossem tomadas, nomeadamente a suspensão dos estágios curriculares no Centro Hospitalar, tendo em conta que é uma instituição de combate da linha da frente contra esta pandemia. Consequentemente, o meu estágio teve uma duração consideravelmente curta, causando prejuízo no que diz respeito à minha experiência enquanto futura psicóloga.

2.4 Consultas Psicológicas

A prática de consultas psicológicas de forma autónoma deu-se no início do mês de novembro de 2019 na CPSM bem como no SMFR.

Tive a oportunidade assistir a bastantes consultas durante o meu período de estágio, mas ao mesmo tempo não tive muitas oportunidades para exercer a prática de consultas de forma individual e autónoma uma vez que foi suspensa devido ao surgimento do covid-19.

Desta forma, e tendo em conta as consultas nas quais tive oportunidade de intervir de forma autónoma, selecionei um caso clínico entre os restantes, optando pelo mais completo e pelo mais rico em informação recolhida junto da paciente. Escolhi apenas um, porque devido á pandemia o meu estágio foi suspenso e não tive a oportunidade de regressar para finalizar os casos que estava a dar seguimento, acabando por encaminhá-los para a minha orientadora para terem o devido acompanhamento. O caso clínico apresentado na segunda parte deste relatório encontra-se incompleto, uma vez que não tive a oportunidade de seguir e acompanhar a doente na totalidade, ficando em falta a aplicação de instrumentos de avaliação, um possível diagnóstico e uma proposta de intervenção. Desta forma, e com um acompanhamento rigoroso por parte da minha supervisora de estágio, explico quais os instrumentos de avaliação que usaria e, após a sua análise, qual seria a minha proposta de intervenção.

A psicoterapia individual ou grupal é um tratamento psicológico, eticamente informado, baseado em princípios científicos enquadrados teoricamente, no contexto da relação com profissionais com o propósito de reduzir o sofrimento psicológico, promovendo o desenvolvimento pessoal e a possibilidade de fazer escolhas livres e conscientes. O processo psicoterapêutico desenvolve-se no contexto de uma relação de confiança na qual, através da expressão verbal e não verbal, os psicoterapeutas e os pacientes/clientes cooperem no sentido da mudança (Ordem dos Psicólogos Portugueses).

Procurei sempre que a intervenção fosse intencional e sistemática e ao mesmo tempo que todos os dados disponíveis recolhidos estivessem o mais completos possível, assegurando o cumprimento dos princípios gerais expressos no código deontológico dos psicólogos portugueses, sendo eles o respeito pela dignidade e direitos da pessoa, competência, responsabilidade, integridade e beneficência e não-maleficência (Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2016).

2.5 Consultas de Crise

As consultas de crise, designadas por consultas a propósito de *life events*, decorriam á sexta-feira entre as 9h e as 12:30h, alternadas entre cada estagiária de forma quinzenal. Estas consultas destinavam-se a pacientes que não apresentavam antecedentes psiquiátricos, mas em que, no entanto, acontecimentos de vida tinham provocado uma alteração no seu quotidiano, como por exemplo a morte de um ente querido, um divórcio, entre outros. O encaminhamento destes pacientes é feito através do médico de Medicina Geral e Familiar, pelo serviço de urgência ou até mesmo por outras instituições.

Nesta consulta, os pacientes usufruem de uma psicoterapia breve e direcionada para o problema em questão. Todas as consultas são realizadas com o apoio da Psiquiatria, onde o médico psiquiatra decidirá acerca da intervenção farmacológica que o objetivo de complementar a psicoterapia.

2.6 Participação na Intervenção Psicoeducativa em Grupos

Ao longo do estágio, acompanhei a realização da intervenção psicoeducativa em dois grupos de pacientes.

No decorrer de todas as intervenções, os pacientes teriam de ser avaliados em dois momentos, antes e no final das sessões, utilizando o mesmo protocolo de instrumentos que contribuía para a avaliação do seu impacto.

A primeira intervenção em grupo destinava-se aos pacientes que se encontravam em reabilitação cardíaca, onde a maioria das sessões foi apresentada pela minha orientadora de estágio. Houve a intervenção de uma nutricionista, que apresentou uma das sessões. Apresentei uma das sessões, cujo título era “O que é o Stress?”, que se encontra disponível em anexo. As referidas sessões decorreram no gabinete de Psicologia do SMFR, às terças-feiras das 11:33h às 13h, sendo que durante o meu período de estágio ocorreram com dois grupos de pacientes.

O segundo grupo era dirigido aos pacientes com perturbação de ansiedade. As sessões eram realizadas no auditório da CPSM, às quartas-feiras das 14h às 15:30h e eram conduzidas pela minha orientadora de estágio, por mim e pela minha colega de estágio curricular. Em anexo, encontram-se as apresentações e o material utilizado por mim durante as sessões.

2.7 Reuniões da Unidade de Psiquiatria Comunitária e Hospital

de Dia

Às quartas-feiras, a partir das 9h, eram realizadas as reuniões da UPCHD no ginásio da Unidade de CPSM, coordenadas por um médico psiquiatra. Numa fase posterior, as reuniões da primeira quarta-feira do mês passaram a ser realizadas no polo hospitalar de Valongo. Para além dos vários estagiários de diferentes áreas e dos médicos em internato de Psiquiatria, também se encontravam presentes os elementos de base das equipas multiprofissionais de saúde mental, as equipas de Visita Domiciliária e Tratamento Assertivo na Comunidade. Os profissionais que integram estas equipas são assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, psicólogos/as, enfermeiros/as e médicos/as

psiquiatras. Ao longo das reuniões, ficou claro que as equipas desenvolvem um trabalho próximo com o doente e com as famílias, o que por vezes exige a realização de visitas domiciliárias com o objetivo de promover a autodeterminação dos doentes.

Os temas abordados em cada reunião referiam-se aos pacientes com doença mental grave internados, ou em hospital de dia, ou ainda, inseridos num programa de transição para a comunidade.

Periodicamente era abordada a admissão de novos doentes no internamento, os diagnósticos e a medicação prescrita.

2.8 Reuniões Científicas

As reuniões científicas foram sendo realizadas com periodicidade e horário variável de acordo com as disponibilidades dos intervenientes. Estas reuniões abordavam a preparação de intervenções psicoeducativa, sendo tomadas decisões acerca da sua planificação, dos instrumentos de avaliação psicológica, dos objetivos, das temáticas, das metodologias e estratégias a utilizar, dos cronogramas e ainda da distribuição de tarefas pelas intervenientes.

Capítulo II

1. Caso Clínico Z

Dados de Identificação

Z tem 60 anos e é casada. O marido, com quem vive, tem 57 anos e sofre de uma cardiopatia congénita. Considera-se cuidadora da sogra, de 77 anos, que sofreu um cancro na mama, e desde aí passa grande tempo a prestar-lhe cuidados. Atualmente encontra-se reformada. Refere que teve vários empregos, em diversas áreas, e que começou a trabalhar com 11 anos.

Motivo da Referenciação

Foi referenciada pela médica de família com provável diagnóstico de depressão. No centro hospitalar, foi atendida por médica psiquiatra que, confirmando a indicação, prescreveu medicação (Sertalina e Victan), e encaminhou para a consulta de Psicologia para acompanhamento psicológico.

História do Problema

O problema na perspetiva da paciente

Z refere que, ultimamente, tem tido dificuldades em dormir, e que por isso se sente bastante cansada e exausta. Relata que quando não consegue dormir, executa atividades domésticas como estender a roupa, por a roupa na máquina de lavar, limpar a sala e a cozinha, entre outras coisas. Tudo isto para que o tempo passe. “Eu quando não consigo dormir levanto-me e vou fazer qualquer coisa, estender a roupa ou limpar a casa, qualquer coisa, tenho sempre o que fazer” ; “Eu só não consigo é estar acordada na cama muito tempo, por isso é que me levanto, já sei que não vou conseguir dormir”.

Refere ainda algumas falhas de memória que tem vindo a notar ao longo do tempo. Afirma que certas e determinadas coisas simples acabam por ser logo esquecidas. Menciona que até nas tarefas de casa nota pequenas falhas de memória, mas que no futuro

podem ser bastante mais graves e até provocar acidentes. “Aqui há dias esqueci-me de desligar o gás do fogão da cozinha, por acaso o meu marido deu fé e desligou, mas podia ter sido bem pior”.

Refere que se tem vindo a esquecer de pagar a luz e a água, coisa que nunca se esqueceu. "Esqueço-me de tudo, até de onde ponho o dinheiro! Só me recordo do antigamente".

Ainda mais grave, aponta algumas falhas de memória no que diz respeito aos sinais da estrada "ultimamente até tenho passado os sinais vermelhos porque esqueço-me das regras da estrada, já não sei bem os sinais".

As consultas que vai tendo marcadas também têm sido alvo de esquecimento, e como consequência, acaba por não comparecer.

Por último, Z menciona um histórico de abuso sexual ocorrido na sua infância durante um longo período de tempo. Nunca contou a ninguém, nem mesmo aos seus pais ou ao seu marido, mas afirma que sentiu uma grande necessidade de falar abertamente sobre o assunto com alguém. Ultimamente, refere que tem vindo a pensar bastante sobre o sucedido. “Eu nunca contei isto a ninguém, nem sequer ao meu marido, tenho muito medo que ele sinta nojo de mim e me deixe ficar” ; “Eu não sabia o que se estava a passar naquela altura, pensei que fosse uma coisa normal, só com o passar dos anos é que comecei a perceber as coisas” ; “Cheguei a pensar que ele gostava de mim” ; “Foram anos e anos naquilo, sempre a mesma coisa”.

Refere que o agressor era amigo da família e ainda hoje é amigo do seu marido, o que lhe causa algum transtorno. Quando o agressor está ao pé do seu marido, Z é obrigada a cumprimentá-lo. Menciona que convive com ele frequentemente e que o facto de estar ao pé dele lhe causa alguma ansiedade e mal estar.

Expectativas da paciente em relação ao processo terapêutico

Z mostra-se aberta a várias sugestões que a possam ajudar a ultrapassar este período em que se encontra. “Gostava muito que me pudesse ajudar, preciso mesmo de ficar bem.” Todas as suas expectativas foram sempre analisadas em conjunto e reformuladas da forma mais realística possível. Durante todo o processo em que acompanhei a paciente, foi-lhe

explicado que as intervenções psicológicas podem efetivamente ajudar os pacientes a lidarem com os seus problemas e a aliviar o seu sofrimento.

Informações Psicossociais e História Familiar

Z conta que a sua mãe faleceu com 44 anos com uma “doença desconhecida” ao que se refere como alguma patologia associada á zona abdominal. “A minha mãe faleceu com uma doença desconhecida, foi qualquer coisa que ela tinha na barriga.” A relação com a sua mãe nunca foi muito próxima, havia alguma falta de afeto e carinho. O seu pai faleceu com 55 anos devido a uma trombose. A relação com o pai era fria e distante. Refere que nasceram 5 irmãos, 3 rapazes e 2 raparigas, e que após a morte dos seus pais, a sua irmã mais velha assumiu o papel de figura materna. Z é a irmã mais nova. Os seus irmãos são casados e têm filhos. Menciona relação bastante distante entre Z e os seus irmãos, bem como com os seus sobrinhos.

Apesar de ser casada, Z não tem filhos devido a complicações genitais ocorridas enquanto jovem e conseqüentemente teve de proceder á remoção do útero.

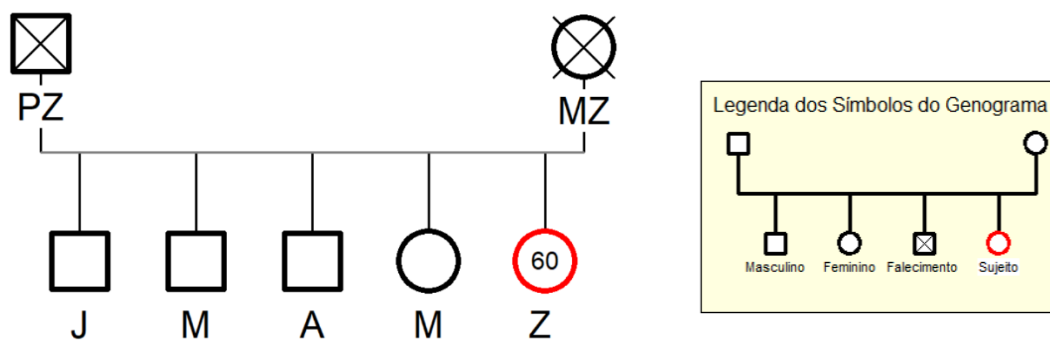


Figura 1 - Genograma de Z

História Pessoal

A paciente refere não ter sido uma criança desejada. Relata que a sua gravidez não foi planeada, e que os seus pais “não estavam a contar comigo, a minha mãe sem querer engravidou e não sabia”. Diz ter nascido em casa através de parto normal, “eu e os meus irmãos nascemos todos em casa, a minha mãe nunca foi ao hospital para ter um filho,

antigamente era tudo em casa”. Refere não ter muitas recordações acerca dos seus primeiros anos de vida, porém autodescreve-se como sendo “uma criança normal, brincalhona e muito irrequieta”. Afirmar ter tido sempre uma boa relação com os pais e com os restantes irmãos, não se recorda de conflitos ou de qualquer tipo de violência no ambiente familiar, contudo a educação fornecida pelos pais era severa e austera, criando alguma distância a nível emocional, “os meus pais nunca foram pessoas de dar carinho e afetos”. Nunca frequentou a escola pelo facto de os pais não terem possibilidades e relata que apenas os irmãos (sexo masculino) é que frequentaram a escola. Tinha boas relações com os vizinhos e refere que brincavam todos juntos quando eram crianças, inclusive os seus irmãos. Após a menarca, ocorrida quando tinha 12 anos, Z afirma que durante os seus períodos menstruais sofria de muitas dores e desconforto, e o seu fluxo sanguíneo era abundante, o que só foi piorando de ano para ano. Refere que dava entrada nas urgências do hospital muitas vezes, consequência das dores sentidas durante a menstruação. Relata não ter sofrido alterações corporais a nível físico. Posteriormente, e apesar de não saber precisar exatamente a idade que tinha (20-25), Z foi submetida a uma intervenção cirúrgica na qual foi realizada a remoção do útero. Quando questionada acerca do motivo da cirurgia, refere não perceber muito bem o que lhe foi dito no momento pelos profissionais de saúde a não ser “tinha muitos problemas e por isso é que tinha muitas dores de barriga e estava sempre a correr para o hospital”. Z refere uma história de abuso sexual ocorrido durante a infância e adolescência. Os abusos sexuais eram praticados por um vizinho para o qual trabalhava, realizando trabalhos domésticos. Era aliciada com guloseimas e os abusos ocorriam durante o período de trabalho. A primeira vez que aconteceu tinha 11 anos e não contou a ninguém por achar que era normal. Menciona que o agressor era casado e caracteriza-o como sendo “simpático e meigo”. Refere que o agressor conhecia os seus irmãos e o seu marido. Os abusos prolongaram-se durante alguns anos (5-6 anos), até que deixou de trabalhar nesta área, e como consequência, os abusos terminaram. Ganhou consciência acerca destes acontecimentos no momento em que começou a ver notícias onde eram relatados casos semelhantes, nos quais os agressores eram punidos.

História Ocupacional

Z refere que começou a trabalhar muito cedo devido às dificuldades financeiras da sua família. Começou por ir trabalhar para a casa da vizinha aos 11 anos, onde realizava trabalhos domésticos. Posteriormente, e já quando vivia com o seu marido, foi trabalhar

para uma fábrica de calçado, durante 13 anos, na qual começou a fazer os seus descontos. De seguida, e após alguns anos, começou a trabalhar numa fábrica de lousa, na qual esteve 16 anos. Trabalhou ainda numa pastelaria, que acabou por fechar. Depois disso foi para o fundo de desemprego. Trabalhou 3 anos como auxiliar numa escola, e posteriormente, 10 anos numa outra padaria. Quanto ao último emprego, refere que o melhor foi ter vindo embora pois já nessa altura sentia que a sua memória estava a começar a falhar. “Tinha vezes que me esquecia das receitas, principalmente das quantidades, e depois dava prejuízo”.

História Educacional

Z é analfabeta, sabe apenas escrever o seu nome. Refere que os seus pais não tinham possibilidades para que ela andasse na escola, e por isso, só os seus irmãos é que estudaram. Apesar de tudo, conseguiu tirar a carta.

História Conjugal

Z conheceu o seu marido perto da sua zona de residência uma vez que eram todos conhecidos e brincavam juntos naquela zona. Foi o único relacionamento de namoro que teve durante a sua adolescência. Começou a namorar com 19 anos. Refere que a relação sempre foi estável.

Enquanto seu namorado, o companheiro de Z nunca soube dos problemas que ela tivera. Antes de casarem, decidiu contar-lhe que não podia ter filhos, e confessa que teve receio que ele a deixasse. Contudo, acabaram por casar e não têm nenhum filho. Z está casada há 31 anos. Descreve a sua relação com o marido como sendo harmoniosa e muito próxima. Diz que confia muito nele e que ele sempre a ajudou em todos os momentos.

O seu marido encontra-se reformado por invalidez há cerca de meio ano, teve um enfarte há 14 anos, foi sempre seguido no Centro Hospitalar. Foi submetido a um cateterismo e trabalhou até Janeiro de 2019, em Junho de 2019 ficou reformado por invalidez. Refere que era fumador, e deixou de fumar há 14 anos. Diminuiu o consumo de álcool.

História de Saúde

Refere ter sido sempre uma criança sem problemas, bastante brincalhona. Após a menarca, ocorrida quando tinha 12 anos, Z afirma que durante os seus períodos menstruais sofria de muitas dores e desconforto, e o seu fluxo sanguíneo era abundante, o que só foi piorando de ano para ano. Refere que dava entrada nas urgências do hospital muitas vezes, consequência das dores sentidas durante a menstruação. Relata não ter sofrido alterações corporais a nível físico. Posteriormente, e apesar de não saber precisar exatamente a idade que tinha (20-25), Z foi submetida a uma intervenção cirúrgica na qual foi realizada a remoção do útero. Quando questionada acerca do motivo da cirurgia, refere não perceber muito bem o que lhe foi dito no momento pelos profissionais de saúde a não ser “tinha muitos problemas e por isso é que tinha muitas dores de barriga e estava sempre a correr para o hospital”. A paciente não soube explicar quais foram os problemas que originaram a cirurgia e refere que não sabe o nome das complicações que sofreu.

Menciona apneia do sono e anda a ser seguida no Centro Hospitalar. Engasga-se com a própria saliva (disfagia?), diz que apenas respira pela boca durante a noite.

Foi diagnosticada com depressão pela médica de família bem como pela médica psiquiatra. Encontra-se medicada com Sertalina e Victan.

Refere falta de libido.

Contexto Social

Relativamente à sua vida social, Z diz não ter muitos amigos. Não sai muito de casa, apenas para ir ao supermercado ou à farmácia. As suas amigas são casadas, com filhos e Z refere que “elas têm a vida delas ocupada, é normal que não esteja com elas há muito tempo”.

Tem contacto com alguns amigos do marido, mas não os considera amigos, “se ele for ao café eu vou com ele e eles estão lá, mas não tenho confiança com eles”.

Relativamente aos seus irmãos, com o passar dos anos a relação foi ficando cada vez mais distante e o contacto é pouco ou nenhum. Refere que depois de se casarem começaram a construir as suas famílias e acabaram por se mudarem para regiões mais distantes.

Gosta de dançar e de ir às festas da terra, fora isso, raramente sai.

Processo de Observação

Inicialmente, Z mostra-se motivada e cooperante, com humor variável, tendencialmente eutímico. Demonstra algumas expectativas relativamente ao futuro, mostrando-se motivada. Apresenta estatura baixa, com aspeto desleixado, indicador de descuido e baixa autoestima, vestuário de cores neutras e simples, sem ornamentos femininos ou qualquer tipo de maquilhagem. Contacto ocular frequente e adequado. Discurso ajustado, porém, com algumas falhas de articulação. Raciocínio confuso.

Avaliação Psicológica

Podemos caracterizar a avaliação psicológica como “um processo científico limitado no tempo, com recurso a técnicas e testes psicológicos, ao nível individual ou grupal, para entender os problemas face aos pressupostos teóricos, identificar e avaliar aspetos específicos, para classificar o caso ou prever o seu curso possível, comunicando os resultados tendo por base soluções” (Cunha, 2000, p.4).

Funciona como um conjunto de procedimentos cujo objetivo é a recolha de dados para levantamento de hipóteses clínicas, a realização de diagnósticos, a caracterização do funcionamento do paciente ou do grupo e, por fim, execução de prognósticos sobre os comportamentos ou desempenho do paciente em situações específicas.

No que diz respeito à entrevista clínica, esta “abrange um conjunto de técnicas de investigação, dirigido por um entrevistador que recorre a conhecimentos psicológicos, numa relação profissional, com o objetivo de descrever e avaliar aspetos pessoais, relacionais ou sistémicos, num processo que visa recomendar outro encaminhamento ou propor algum tipo de intervenção para benefício da pessoa entrevistada” (Cunha, 2008, p.45-46).

A anamnese é um instrumento utilizado na entrevista inicial para recolher dados necessários para um diagnóstico pluridimensional do paciente o que inclui dados sociodemográficos, queixas ou problema principal, antecedentes mórbidos somáticos e psíquicos pessoais, hábitos e uso de substâncias químicas, antecedentes mórbidos

familiares, história de vida do paciente, etapas do desenvolvimento somático, neurológico, psicológico e psicossocial, e por fim, a avaliação das interações familiares e sociais do paciente (Dalgalarrodo, 2018, p.76-77).

Quanto aos métodos adotados para seguimento da paciente, recorri essencialmente á entrevista de avaliação.

Não foram utilizados qualquer tipo de instrumentos de avaliação uma vez que não tive oportunidade de continuar a acompanhar o caso da paciente.

Definição e Análise das Áreas Problemáticas

Área problemática I

As principais queixas de Z são relativas às suas falhas de memória. Demonstra bastante preocupação pelo facto de poderem ocorrer acidentes graves. Reflete tristeza ao falar sobre este assunto. Realiza comparações entre o que era antes e o que é agora no presente.

Antecedentes

Menciona histórico de Alzheimer na sua família. Possível falta de exercitação cerebral e cognitiva.

Cognições

Refere que muitas vezes pensa em “desaparecer daqui”. Reflete alguns pensamentos relativos ao futuro, mas com presença de ansiedade devido ao medo que as falhas se agravem e se tornem efetivamente em algum tipo de demência. Pensa que, como consequência das suas falhas de memória, tudo lhe acaba por correr mal.

Emoções

Ansiedade e medo relativamente ao futuro. Sentimento de tristeza por se sentir impotente face a este problema. Desânimo.

Consequências

Refere mal estar psicológico e inquietação. Tendência para verificar várias vezes as tarefas que realiza no dia a dia.

História do aparecimento e evolução do problema

As falhas de memória apareceram há cerca de dois anos. Começaram por ser com coisas simples e aconteciam de forma espaçada, ou seja, com pouca frequência. Atualmente, englobam coisas bastante mais graves, e acontecem com pouco intervalo de tempo, elevando assim a frequência com que ocorrem.

Área problemática II

As queixas são relativas ao facto de não conseguir dormir. Refere que passa mais tempo acordada do que a dormir. Caracteriza o seu sono como sendo leve e não reparador.

Antecedentes

Possível alteração do ciclo e padrão de sono. Menciona abuso sexual ocorrido na infância.

Cognições

Atualmente refere que tem pensado de forma frequente no abuso sexual que ocorreu na sua infância. Pensa que o facto de não dormir pode estar relacionado com essas memórias.

Emoções

Revela medo de não conseguir ultrapassar esta fase da sua vida e que tudo venha a piorar futuramente.

Consequências

Falta de energia durante o dia a dia. Sentimento de cansaço e exaustão. Irritabilidade frequente. Sistema nervoso mais acelerado. Dores de cabeça regulares.

Histórico do aparecimento e evolução do problema

Problemática com início há cerca de 1 ano. Inicialmente apenas apresentava dificuldades em adormecer, acordava de noite e não encontrava posição para dormir. Atualmente não consegue dormir mais do que algumas horas seguidas, e apresenta o

padrão de sono alterado. Dorme 2 a 3 horas por noite, todos os dias. As restantes horas passa-as a realizar tarefas domésticas.

Após a definição das áreas problemáticas, decidi recorrer conceptualização cognitivo-comportamental, pelo que procedi à realização de microanálises funcionais para as diferentes áreas problemáticas, passando pela integração da informação recolhida, através do estabelecimento de uma relação hipotética entre comportamentos, cognições, antecedentes e consequências. Posteriormente foi realizada uma macroanálise funcional, tentando estabelecer uma relação hipotética entre os diferentes problemas apresentados pela paciente.

A partir dos relatos feitos pela paciente, e tendo em conta a sequência cronológica, foi possível organizar a informação considerando como possível antecedente, numa das áreas problemáticas, um acontecimento prévio. Tendo em conta a informação recolhida durante as entrevistas, é possível considerar o abuso sexual como um fator que contribuiu para a alteração do padrão de sono. O facto de a paciente referir que ultimamente pensa demasiadas vezes no abuso sexual ocorrido na sua infância, pode querer dizer que quando ganhou consciência acerca do sucedido num determinado momento, consequentemente criou uma espécie de revivência ou ativação das memórias traumáticas.

No que diz respeito à alteração do ciclo de sono, é possível que esteja de certa forma relacionada com as falhas de memória descritas.

O sono é um processo de extrema necessidade para o organismo e são visíveis os efeitos recuperadores e de bem-estar consequentes de uma noite de sono (Kryger, Roth e Dement, 2000). Do mesmo modo, é possível perceber quais os efeitos negativos que um período de sono restrito ou insatisfatório pode acarretar sobre os seres humanos, inclusive sobre o desempenho cognitivo, situação que pode comprometer o desempenho no trabalho, nos estudos e noutras tarefas do quotidiano (Lim e Dinges, 2008). Neste contexto, têm sido realizadas cada vez mais pesquisas com o objetivo de investigar o papel do sono no funcionamento cognitivo, bem como as implicações da privação de sono para o declínio das habilidades cognitivas, com o intuito de compreender melhor a correlação entre ambos (Bastien et al., 2003).

Na maioria das vezes, as falhas de memória podem ser sintoma de um mau funcionamento cerebral e são um dos motivos mais comuns para a procura de um médico.

A principal preocupação da paciente é o facto de as falhas de memória serem um dos primeiros sinais da doença de Alzheimer.

Propostas de Intervenção

Tendo em conta a interrupção do estágio curricular, não foi possível concluir o acompanhamento da paciente, e desta forma fiquei impossibilitado de prosseguir com a intervenção mais adequada.

Assim sendo, numa próxima consulta, como já tinha planeado e delineado anteriormente, iria proceder à aplicação de dois instrumentos de avaliação.

Primeiramente iria aplicar o Montreal Cognitive Assessment (MOCA) (Nasredinne et al., 2005, versão Portuguesa de Freitas et al., 2013), um instrumento que se tem revelado uma rápida ferramenta de triagem e de fácil utilização, sendo atualmente reconhecido como um dos melhores métodos de rastreios cognitivos (Freitas, 2012). Avalia diferentes domínios cognitivos como a atenção e concentração, função executiva, memória, linguagem, capacidade visuo-constructiva, raciocínio abstrato, cálculo e orientação.

Posteriormente, e tendo em conta o resultado que iria obter no instrumento referido anteriormente, caso fosse possível constatar que o resultado obtido pela paciente era inferior ao ponto de corte, procederia para a aplicação da Escala de Avaliação da Demência – Versão 2 (DRS-2) (Jurica, Christopher, Leitten & Mattis, adaptação portuguesa de Cavaco & Teixeira Pinto, 2011).

Este instrumento realiza uma avaliação global da capacidade cognitiva em adultos com níveis baixos de funcionamento cognitivo, distinguindo entre diferentes níveis de capacidade em sujeitos com demência. É composto por 5 subescalas: atenção, iniciação/perseveração, construção, conceptualização e memória.

Estes dois instrumentos iriam ser aplicados, e posteriormente, os seus resultados seriam analisados para verificar se a paciente se encontra numa possível fase precoce da Doença de Alzheimer, ou até mesmo no pródromo desta patologia.

Se efetivamente esta suspeita se viesse a confirmar, seria necessário o encaminhamento para um médico neurologista, para que futuramente fossem realizados uma série de exames capazes de confirmar o diagnóstico.

Tabela 1 - Possíveis Técnicas e Estratégias Utilizadas na Intervenção Psicoterapêutica de Z

Queixa/Sintomatologia	Possíveis Técnicas e Estratégias
Falhas de memória	Estimulação cognitiva
Alteração do padrão de sono, dificuldade em dormir	Sessões psico-educativas individuais, técnicas de relaxamento muscular progressivo de Jacobson, relaxamento imagético, respiração diafragmática
História de Abuso Sexual na Infância	Estratégias de Coping

Poderiam ser utilizadas algumas técnicas de estimulação cognitiva e cerebral com o objetivo de adiar a progressão e evolução rápida da doença.

Marques (2014) refere que a estimulação cognitiva é importante para a redução das consequências do envelhecimento. Deve ser realizada em grupo e adequando-se aos vários elementos, tendo em conta os seus gostos e deve abranger aspetos que dizem respeito ao lazer e ao prazer. Os programas de estimulação cognitiva devem conter atividades e discussões em grupo com a finalidade de obter melhorias nas capacidades cognitivas e sociais. Assim sendo, vários estudos realizados referem os benefícios de programas de estimulação cognitiva na melhoria das capacidades cognitivas (Apóstolo, Cardoso, Marta & Amaral, 2011; Sousa & Sequeira, 2012; Evangelista, 2013; Matimba, 2014; Lousa, 2016).

Os programas de estimulação cognitiva apresentam vários benefícios como a melhoria da orientação do paciente, das funções executivas, da linguagem e da memória, do desempenho nas atividades de vida diárias, da autonomia, da interação social e da melhoria da qualidade de vida (Sousa & Sequeira, 2012).

Estudos realizados comprovam que o treino diário da mente promove a vivacidade mental e previne o declínio cognitivo (Lousa, 2016).

No que diz respeito á alteração do padrão de sono, poderiam ser realizadas algumas sessões psico-educativas individuais que abordariam a temática do sono, os benefícios de um sono reparador, as consequências da privação de sono, entre muitas outras coisas, de forma a ajudar a paciente a ganhar consciência da sua problemática. No fim de cada sessão, poderiam ser aplicadas algumas técnicas de relaxamento com o objetivo de promover um bem-estar físico e mental, e que posteriormente, depois de ensinar a paciente a realizar este tipo de exercício, possa servir como um possível “indutor” do sono.

Diversos autores defendem que as perturbações do sono são frequentemente consequências do défice de controlo do ambiente, nomeadamente do ruído, da luz e da temperatura. Este tipo de perturbações origina alterações fisiológicas e psicológicas tais como a exaustão, a confusão, o delírio, perturbações de memória, como por exemplo a amnésia (Alpen, 1993; Baker et al., 1993; Friese, 2008; Richardson et al., 2007).

Por fim, tendo em conta o relato de um abuso sexual durante a infância, que se prolongou ao longo de vários anos, seria necessário explorar de forma mais profunda e detalhada todo este período de tempo em que foi alvo deste acontecimento. Seria importante a aprendizagem de algumas estratégias de *coping* e registos de pensamentos, para que futuramente fosse mais fácil de lidar com este assunto uma vez que hoje é o dia em que convive com o seu agressor, tendo em conta que ele é amigo do seu marido desde os tempos de infância e, quando se encontram, Z está presente na maioria das vezes, sendo obrigada a ver constantemente o seu agressor e até mesmo cumprimentá-lo. Um outro aspeto que é de elevada importância e que penso que poderia causar uma sensação de alívio na paciente, seria o facto de ela ganhar coragem para contar ao seu marido o que lhe sucedeu. Penso que o facto de ele não saber aquilo que a sua esposa passou e ainda ser amigo do agressor, causa uma grande ansiedade na paciente. Assim sendo, seria benéfico realizar uma reestruturação cognitiva, tendo em conta que estão presentes alguns pensamentos negativos, alguma distorção da realidade e ainda alguns pensamentos catastróficos.

Como já referi anteriormente, se houvesse a oportunidade de prosseguir com o devido acompanhamento da paciente, estes seriam os principais passos a percorrer nas próximas consultas.

Reflexão Acerca do Caso

O caso de Z teve um impacto significativo em mim, sendo que esta área de perturbação me despoleta bastante interesse a nível profissional.

O facto de ser um caso marcado pelo abuso sexual infantil, fez com que quisesse intervir de forma a atenuar o sofrimento sentido por esta paciente.

Infelizmente esta problemática está cada vez mais presente nos dias de hoje e abrange não só as crianças como também adultos e até mesmo idosos. São episódios que infelizmente marcam de forma negativa a vida das pessoas que os vivenciam.

Z vivenciou episódios de abuso sexual durante alguns anos na sua infância. A primeira vez que aconteceu tinha 11 anos de idade. Apesar de não conseguir precisar, refere um período temporal de 5-6 anos de duração. Os abusos eram praticados na casa do seu agressor, onde trabalhava prestando serviços domésticos. Era aliciada através de rebuçados e guloseimas. Nunca contou aos pais, nunca contou aos seus irmãos, nunca contou aos seus amigos, nunca contou a ninguém. Simplesmente decidiu guardar o que sucedeu até aos dias de hoje.

Relata que, como era uma criança, não tinha a consciência do que estava a acontecer, e no fundo não se sentia com capacidade de se defender.

O agressor era uma pessoa bastante mais velha, capaz de manipular e persuadir uma criança a realizar as suas vontades mesmo que isso implicasse sofrimento.

Passaram anos, e foi necessário ouvir relatos semelhantes, na rádio ou até mesmo nas notícias, para finalmente perceber que tudo o que lhe aconteceu não era correto e que os agressores são punidos na maioria dos casos.

Foi preciso passarem anos para finalmente ganhar consciência de que tinha sido vítima de abuso de sexual durante a sua infância.

Resumindo, hoje tem a consciência de que o abuso sexual infantil é um crime e que é punível com pena de prisão.

Este tipo de crime diz respeito ao envolvimento de crianças ou jovens adolescentes em determinados atos com a finalidade de satisfazer sexualmente um adulto ou qualquer outra pessoa mais velha, pelo que se caracteriza como sendo uma relação assimétrica onde o poder do agressor é determinante (APAV, 2015).

Relativamente á vítima, é importante referir que esta não apresenta capacidade de compreender que está a ser vitimada, e por sua vez, não se encontra preparada estruturalmente para enfrentar a vitimização (APAV, 2015). Dependendo da sua faixa etária, na maioria das vezes, a vítima não é capaz de dar o seu consentimento de forma livre e esclarecida.

Esta problemática complexa tem vindo a ganhar uma prevalência elevada não só em Portugal, mas também a nível mundial.

Segundo os dados estatísticos do Ministério da Justiça, em Portugal, entre 2016 e 2018, foram registados 2752 crimes de abuso sexual de menores pelas autoridades policiais portuguesas, e ainda, mais de cinco mil processos deram entrada na Polícia Judiciária (Público, 2019).

Desde 2016 que a APAV tem dado especial atenção a esta problemática criando a Rede CARE, uma rede que fornece apoio especializado às crianças e jovens que são vítimas de violência sexual.

Entre 2016 e 2019, a Rede CARE forneceu apoio a 881 crianças e jovens vítimas de violência sexual (APAV, 2019).

A nível emocional, o abuso sexual provoca consequências como choque, raiva, sentimentos de culpa, ansiedade ou medo constante, auto desvalorização, tristeza profunda, receio de repetição da experiência, receio da solidão, receio do agressor, vergonha de contar o sucedido, medo que ninguém acredite no que é relatado, medo de ficar com marcas permanentes ao longo da vida (APAV, 2015).

Em termos pessoais, devo referir que esta situação me deixa profundamente chocada, uma vez que não tinha consciência total deste tipo de situações bem como do terrível sofrimento causado nas vítimas.

Confesso que senti imensas dificuldades pessoais de lidar, aceitar e processar de forma pessoal este caso, confrontada com a constatação de que, na altura em que a situação ocorreu, as crianças de certos meios sócio-culturais dispunham ainda de menos acesso a informação do que a que atualmente e de escassa disponibilização de recursos de apoio, encarcerados nos preconceitos sobre o tema, estando mais vulneráveis e indefesas em relação a esta terrível ameaça.

Foi-me particularmente difícil constatar que as crianças se encontravam muitas vezes encerradas num “beco sem saída”, por não lhes ser permitido confessar episódios ocorridos desta natureza, o que encerrava as vítimas num terrível desconforto a nível psicológico e emocional.

O contacto com esta paciente promoveu de certa forma uma viagem no exercício de empatia que me fez evoluir na compreensão dos doentes.

Atualmente, e felizmente, são tópicos que cada vez mais são abordados normalmente, de forma a prevenir eventos traumáticos, com consequências irreversíveis muitas das vezes.

Referências Bibliográficas

Alpen, M. A. (1993). The Impact of Technology on Patients and Families. *Advances in Clinical Nursing Research*, 28(2), 443–457.

APAV. (2015). Folha Informativa - ABUSO SEXUAL DE CRIANÇAS.

APAV. (27 de Maio de 2019). ESTATÍSTICAS APAV: CRIANÇAS E JOVENS VÍTIMAS DE CRIME E DE VIOLÊNCIA 2013-2018. Obtido de APAV: https://apav.pt/apav_v3/index.php/pt/2028-estatisticas-apav-criancas-e-jovens-vitimas-de-crime-e-de-violencia-2013-2018

Bastien, C.H., Fortier-Brochu, E., Rioux, I., LeBlanc, M., Daley, M. & Morin, C.M. (2003). Cognitive performance and sleep quality in the elderly suffering from chronic insomnia: relationship between objective and subjective measures. *Journal Psychosomatic Research*, 54(1), 39-49.

Carvalho, D. B. (2013). *Psicologia da Saúde Crítica no Contexto Hospitalar*.

CHIATTONE, H.B.C. A significação da psicologia no contexto hospitalar. In: ANGERAMI-CAMON, V. A. (org.), *Psicologia da saúde: um novo significado para a prática clínica*. São Paulo: Pioneira / Thomson Learning, 2000, pp. 73-165.

Condes, W. L. (2020). *Caracterização do Atendimento Psicológico na Saúde*.

Cunha, J. A. (2008). *Psicodiagnóstico*. Porto Alegre: Artmed.

Cunha, J. A. (2000). *Fundamentos do psicodiagnóstico*. Porto Alegre: Artmed.

Dalgalarrondo, P. (2018). *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. Porto Alegre: Artmed.

Dias, N. M., Lopes, F. M., & Carvalho, C. F. (2020). *Neuropsicologia: Atuação e pesquisa no curso de Psicologia da UFSC*.

FERREIRA, P. R. (2013). *Montreal Cognitive Assessment (MoCA): Estudo de Validação no Déficit Cognitivo Ligeiro Vascular*.

FOSSI, L.B.; GUARESCHI, N.M.F. A psicologia hospitalar e as equipes multidisciplinares. *Rev. SBPH, Rio de Janeiro, v.7, n.1, p.29-43, jun. 2004*. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582004000100004&lng=pt&nrm=iso. Acessos em: 3 nov. 2017.

Freitas, S., Simões, M.R., Marôco, J., Alves, L., & Santana, I. (2012). Construct validity of the Montreal Cognitive Assessment (MoCA). *Journal of the International Neuropsychology Society, 18, 1---9*.

Friese, R. S. (2008). Sleep and recovery from critical illness and injury: A review of theory, current practice, and future directions. *Critical Care Medicine, 36(3), 687–705*. <http://doi.org/10.1097/CCM.0B013E3181643F29>

Gomes, E. G. (2018). *Estudo de Caso Clínico: Avaliação Clínica Psicológica Infantil Com Ênfoco na Terapia Cognitivo Comportamental – TCC*.

Kryger, M.H., Roth, T. & Dement, W.C. (2000). Principles and practice of sleep medicine, (3ª ed.). United States of America: W.B. Saunders Company.

Leal, J. P. (1996). Psicologia Clínica da Saúde.

Lim, J. & Dinges, D.F. (2008). Sleep deprivation and vigilant attention. New York Academy Sciences, 1129, 305-322.

Lousa, E. (2016). Benefícios da Estimulação Cognitiva em Idoso: Um Estudo de Caso. (Tese de Mestrado não publicada). Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra.

Maribel Carvalhais, T. A. (2019). EFEITOS DE UM PROGRAMA DE ESTIMULAÇÃO COGNITIVA NO FUNCIONAMENTO COGNITIVO DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS.

Pereira, M. d. (2017). GESTÃO DO AMBIENTE NO CUIDADO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA: UMA INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA. *Mestrado em Enfermagem Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica.*

PORTUGUESES, O. D. (21 de Abril de 2011). CÓDIGO DEONTOLÓGICO.

PSICÓLOGOS, O. D. (2018). ORIENTAÇÕES PARA AS ESPECIALIDADES.

PSICÓLOGOS, O. D. (s.d.). FORMAÇÃO EM PSICOTERAPIA.

Público. (16 de Novembro de 2019). Quase três mil crianças vítimas de abuso sexual nos últimos três anos. Obtido de Público: <https://www.publico.pt/2019/11/16/sociedade/noticia/quase-3-mil-criancas-vitimas-abuso-sexual-ultimos-tres-anos-1893997>

Ribeiro, M. C. S. A., Barata, R. B., Almeida, M. F., & Silva, Z. P. (2006). Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não usuários

do SUS - PNAD 2003. *Ciência e Saúde Coletiva*, 11(4), 1011-1022.
<https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001000016>

Richardson, A., Allsop, M., Coghill, E., & Turnock, C. (2007). Earplugs and eye masks: do they improve critical care patients' sleep? *British Association of Critical Nurses*, 12(6), 278–286.

Separovich, L. A., Arroyo, C. A., Nascimento, E. L., & Rodrigues, S. J. (Fevereiro de 2020). *Psicologia Hospitalar e equipe multiprofissional: uma revisão integrativa com vistas à conduta profissional*.

Silva, D. B. (2020). *A NEUROPSICOLOGIA NA ATUALIDADE E SUAS CONTRIBUIÇÕES*.

Sousa L. & Sequeira, C. (2012). Concepção de um Programa de Intervenção na Memória para Idosos com DCL. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 8, 7-15.

SPERONI, A.V. O lugar da psicologia no hospital geral. *Rev. SBPH*, Rio de Janeiro, v.9, n.2, p. 83-97, dez. 2006. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151608582006000200006&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 3 nov. 2017.

TEIXEIRA, J. A. (2004). *Psicologia da Saúde*.

Trois, R. B. (Janeiro de 2019). *Psicoterapia de apoio no contexto do atendimento*.

Universidade do Porto (2010). *Inauguração do Hospital de São João* Disponível em: http://centenario.up.pt/ver_momento47e8.html?id_momento=48

Visuoespacial, S. e. (Janeiro de 2012). Cibele Siebra Soares e Katie Moraes de Almondes.



Relatório de Estágio

Sara Mafalda Rodrigues do Espírito Santo

PARTE II

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

Gandra, Dezembro de 2020



Sara Mafalda Rodrigues do Espírito Santo

Código de Aluno: 23421

Anexos do Relatório de Estágio

Anexos do Relatório de Estágio Curricular do Mestrado de Psicologia da Saúde e Neuropsicologia do Instituto Universitário de Ciências da Saúde

Supervisora: Prof^ª. Dra. Maria Emília Areias

Gandra, Dezembro de 2020.

Índice de Anexos

Anexo A – Plano de Estágio Curricular

A1 – Diagrama de Gantt do Estágio

A2 – Horário de Funcionamento da Estagiária

Anexo B – Intervenção Psicoeducativa do Grupo de Pessoas com Perturbação de Ansiedade

B1 – Apresentação sobre Relaxamento Muscular

B2 – Apresentação sobre Relaxamento Imagético

Anexo C – Intervenção Psicoeducativa do Grupo de Pessoas em Reabilitação Cardíaca

C1 – Apresentação sobre “O que é o Stress?”

Anexo A
Plano de Estágio Curricular

Anexo A1

Diagrama de Estágio de Gannt

Diagrama de Gantt de Estágio

Atividade/Tempo	2019											2020		
	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	
Atribuição do estágio curricular														
Reuniões de supervisão de estágio curricular - IUCS														
Observação de atividades realizadas pela orientadora de estágio no SMFR e na CPSM														
Reuniões da UPCHD														
Reuniões científicas da CPSM														
Intervenção Psicoeducativa – grupos com patologias cardíacas														
Consultas externas na CPSM														
Consultas externas no SMFR														
Intervenção Psicoeducativa – grupo com perturbação de ansiedade														

Legenda:

IUCS – Instituto Universitário de Ciências da Saúde

CSMP – Clínica de Saúde Mental e Psiquiatria

UPCHD – Unidade de Psiquiatria Comunitária e Hospital de Dia

SMFR – Serviço de Medicina Física e de Reabilitação

Anexo A2

Horário de Funcionamento da Estagiária

Horário de Funcionamento da Estagiária

	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira
Manhã		Consultas externas no SMFR Intervenção Psicoeducativa no grupo com patologias cardíacas	Reuniões da UPCHD Reuniões científicas da CPSM		Consulta de crise com apoio da psiquiatria (quinzenal)
Tarde	Reuniões de supervisão de estágio no IUCS	Consultas externas da CPSM		Intervenção psicoeducativa no grupo com perturbações de ansiedade	

Legenda:

IUCS – Instituto Universitário de Ciências da Saúde

CSMP – Clínica de Saúde Mental e Psiquiatria

UPCHD – Unidade de Psiquiatria Comunitária e Hospital de Dia

SMFR – Serviço de Medicina Física e de Reabilitação

Anexo B

**Intervenção Psicoeducativa do Grupo de Pessoas com
Perturbação de Ansiedade**

Intervenção Psicoeducativa do Grupo de Pessoas com Perturbação de Ansiedade

Enquadramento

A Unidade de Psiquiatria Comunitária e Hospital de Dia (UPCHD) classifica-se como sendo o contexto de preparação e implementação desta intervenção. O elevado número de pacientes, as diversas tipologias de problemáticas a que dá resposta, associadas a doenças mentais graves e permanentes, são fatores que contribuem para que uma das estratégias de intervenção adotadas seja a intervenção de carácter psicoeducativa em grupos homogéneos.

Este tipo de intervenção junto de pessoas com perturbação de ansiedade é realizada nas instalações e utiliza os recursos logísticos disponibilizados pela UPCHD às quartas-feiras, das 14h às 15:30h.

A intervenção foi planeada pela psicóloga orientadora de estágio, na qual eu tive a oportunidade de participar juntamente com a minha colega de estágio.

Para uma avaliação acerca do impacto desta intervenção grupal os participantes realizam uma avaliação psicológica inicial e após a intervenção, uma avaliação psicológica final.

CrITÉrios de Inclusão e de Exclusão dos Participantes

Durante a minha participação nesta intervenção psicoeducativa, o grupo tinha uma dimensão relativamente pequena, cerca de 10 pessoas no máximo. Este número variava consoante a disponibilidade de cada paciente, face ao seu horário de trabalho.

CrITÉrios de inclusão:

- Ser adulto, do sexo feminino, vindo da consulta externa de psicologia ou encaminhado por médico psiquiatra, com perturbação de ansiedade.

Pacientes que apresentem comorbidade associada com depressão não são excluídos.

Crêterios de exclusão:

- Comprometimento do funcionamento cognitivo.
- Dificuldades na regula o do comportamento.
- Tendência para assumir um papel desviante.
- M  rela o com um ou mais elementos do grupo.

Objetivos

Objetivos Gerais

A interven o apresenta como objetivos gerais a promo o de partilha de experiências, a psicoeduca o com fundamento científico especializado sobre ansiedade e ajudar a promover a autodetermina o dos pacientes para prevenir e gerir a ansiedade e as suas consequências.

Objetivos Específicos

No que diz respeito aos objetivos específicos desta interven o psicoeducativa, estes passam por promover entreajuda de elementos com problemática semelhante, desenvolver competências de comunica o, aprimorar os conhecimentos face aos fatores desencadeantes de ansiedade bem como estratégias úteis para lidar com a ansiedade, estratégias de coping, fornecer técnicas que melhorem a qualidade de vida dos pacientes e ainda, contribuir para reduzir a ansiedade.

Instrumentos de Avalia o

Os instrumentos de avalia o utilizados para avalia o psicológica inicial e final são os seguintes:

- HADS (Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão)
- BSI (Inventário de Sintomas Psicopatológicos)
- OMS-SF-36 (Questionário do Estado de Saúde)

Anexo B1

Apresentação sobre Relaxamento Muscular

60 ANOS
SÃO JOÃO

Relaxamento Muscular

Psicóloga: Mariana Soares
Psicóloga: Mariana Soares, Ana Carolina Soares

1

Relaxamento Muscular: O que é?

Corresponde ao processo de relaxar e ao seu resultado. Significa relaxar, aliviar ou suavizar algo.

Muscular

Processo que ocorre quando a contração de um músculo fadiga. As fibras regressam ao seu lugar original após um impulso ou um estímulo.

Relaxamento Muscular

2

Relaxamento Muscular: O que é?

Após um determinado estímulo ou impulso, os músculos sofrem uma certa tensão que por sua vez provoca a contração das fibras musculares.

O Relaxamento Muscular inicia-se após a finalização desta contração.

Durante este processo, a tensão vai reduzindo até desaparecer por completo.

O Relaxamento Muscular pode ser feito através de alguns exercícios ou mediante o uso de fármacos, conhecidos como relaxantes musculares.

3

Relaxamento Muscular: Objetivos

O Relaxamento Muscular tem os seguintes objetivos:

- Aumentar o bem-estar físico
- Reduzir o stress
- Minimizar a ansiedade

4

Relaxamento Muscular Progressivo

Um dos exercícios de relaxamento muscular mais conhecidos foi desenvolvido pelo médico Edmund Jacobson em 1920.

Definição que a ansiedade e a tensão muscular estavam relacionadas.

Desta forma, procuramos ajudar os pacientes para que pudessem relaxar de forma voluntária e, deste modo, diminuir os sintomas relacionados com a ansiedade, a insónia, a hipertensão e úlceras.

5

Relaxamento Muscular Progressivo

- Consiste em aprender a contrair e a descontrair os músculos do corpo, prestando atenção às sensações sentidas durante o processo.
- Permite que a pessoa reconheça quando se encontra tensa e possa relaxar, reduzindo os níveis de ansiedade.
- Deve ser realizado cerca de duas vezes por dia, durante 15 a 20 minutos. Inicialmente pode parecer algo demorado e complexo, mas com a prática torna-se possível relaxar de forma voluntária e simples.
- O objetivo é conseguir realizar esta técnica em qualquer lado e em qualquer momento da nossa vida, principalmente naqueles em que nos sentimos demasiado ansiosos.

6

Relaxamento Muscular Progressivo

- É importante que estejamos sentados de forma confortável. O local deverá ter pouca luz e pouco ou nenhum barulho. Não deverão haver interrupções ou distrações. Aconselha-se o uso de roupa confortável, quem tiver óculos pode tirá-los. Os olhos devem estar fechados durante todo o processo.
- Durante o exercício, devemos procurar não pensar em nada, exceto nas sensações produzidas e, principalmente, desfrutar das sensações agradáveis que acompanham o relaxamento.

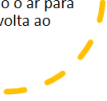
7

Respiração Diafrágica

- O diafragma é um músculo que separa a cavidade torácica da cavidade abdominal. Por incrível que pareça, a maior parte das pessoas não respira de forma suficientemente profunda porque durante a respiração apenas utilizam a cavidade torácica.
- A respiração diafrágica permite a utilização de toda a capacidade dos pulmões permitindo receber uma maior quantidade de oxigénio.
- Após aumentar a quantidade de oxigénio, a respiração diafrágica apresenta vários benefícios ao nível físico e mental.
- Esta técnica estimula o relaxamento, descendo os níveis de ansiedade.

8

Respiração Diafragmática

- Durante a esta técnica:
 - quando a pessoa inspira, o diafragma desloca-se para baixo, diminuindo a pressão do ar nos pulmões, e puxando ar para dentro, e desta forma, o abdómen desloca-se para fora.
 - Quando a pessoa expira, o diafragma desloca-se para cima, aumentando a pressão de ar nos pulmões, e empurrando o ar para fora, e deste modo, o abdómen volta ao normal.
- 

9

Respiração Diafragmática

- Esta técnica deve ser feita pelo menos duas vezes por dia, durante 5 a 6 minutos, e não deverão haver interrupções ou distrações.
- A prática deste exercício vai permitir incorporar a respiração diafragmática no dia a dia e, eventualmente, nos momentos de maior ansiedade.

10

Anexo B2

Apresentação sobre Relaxamento Imagético



Relaxamento Imagético

Centro Hospitalar São João

Porto, Fevereiro 2020



1

Relaxamento Imagético: O que é?

Termo utilizado para descrever estratégias relacionadas com a capacidade de imaginação, usadas para aumentar a motivação e colocar em prática ações e objetivos.

Composto por vários exercícios em que se imagina ou visualiza o sucesso no desempenho de um comportamento desejado ou sentimentos e emoções.

2

Relaxamento Imagético: O que é?

- Atua aumentando a motivação para o comportamento no futuro. É uma forma de aumentar a preparação para executar o comportamento alvo com sucesso.

3

Relaxamento Imagético: Objetivos

- REDUZIR OS NÍVEIS DE STRESS E ANSIEDADE
- PROPORCIONAR EQUILÍBRIO FÍSICO E MENTAL
- AUMENTAR A CONSCIÊNCIA DO CORPO
- PROMOVER O BEM-ESTAR

4

Imagética: o que é?

Este mecanismo consiste na recuperação de informação armazenada na memória e modificação feita em contra o processo cognitivo.

Capacidade do ser humano, através de imagens, tarfeles, representações e pensamentos e imagens.

5

Terapias que recorrem á imagética

- Psicanálise
- Terapia cognitivo-comportamental
- Hipnoterapia
- Psicodrama

6

Terapias que recorrem á imagética:

Terapia Cognitivo-Comportamental

Neste tipo de terapia, recorre-se a esta técnica para:

- Reduzir o medo e os níveis de ansiedade
- Obter controlo sobre comportamentos
- Desenvolver de estratégias de coping
- Combater o medo
- Adquirir mecanismos para lidar com a angústia

7

Terapias que recorrem á imagética

- Terapia Cognitivo-Comportamental
- No que diz respeito aos processos cognitivos, as imagens podem ser utilizadas como forma de ligar os pensamentos às emoções e aos comportamentos.
- Desta forma, as imagens podem ativar processos racionais.

8

Relaxamento Imagético

Este exercício pode ser aprendido facilmente, mas para que se torne eficaz requer alguma prática.

Quando é que deve ser aplicado?

Pelo menos 1 vez por dia durante 10 minutos, mais ou menos.

Devem ser realizados num local ameno, com um ambiente tranquilo e confortável.

9



Relaxamento Imagético



Neste exercício a imaginação é um elemento crucial assim como a sua capacidade de imaginação.



É importante recuperarmos os momentos bons da nossa vida durante o relaxamento, sejam eles felizes, bons, pacíficos, momentos passados, entre muitos outros coisas.



Por fim, devem ser lembrados momentos associados a angústia, ansiedade, por o conforto. Momentos que nos ajudam a proporcionar conforto e descontração.

10

Anexo C

Intervenção Psicoeducativa em Grupo de Pessoas em Reabilitação Cardíaca

Intervenção Psicoeducativa em Grupo de Pessoas em Reabilitação Cardíaca

Enquadramento

Esta intervenção psicoeducativa é preparada e implementada no contexto do Serviço de Medicina Física e de Reabilitação (SMFR). Este serviço responde a diversas problemáticas de saúde que se encontram frequentemente associadas a certos hábitos e comportamentos de risco que agravam a doença, por isso, a intervenção psicoeducativa é adotada como uma das estratégias de intervenção neste serviço.

Neste caso, este tipo de intervenção é realizada em grupo, e este é composto por pessoas que se encontram em reabilitação cardíaca. Decorre nas instalações do SMFR e utiliza os recursos logísticos disponibilizados pelo mesmo (gabinete de Psicologia), às terças-feiras, das 11:30h às 13h, todas as semanas.

A intervenção psicoeducativa foi delineada e planeada pela minha orientadora de estágio. Foi solicitada a minha colaboração para uma das sessões, intitulada como “O que é o Stress?”.

Para avaliar o impacto desta intervenção, os pacientes realizam uma avaliação psicológica inicial e final.

Critérios de Inclusão e de Exclusão

O grupo caracteriza-se como sendo relativamente homogéneo e apresenta uma dimensão que varia entre 6 e 7 elementos.

Critérios de Inclusão:

- Ser adulto
- Paciente proveniente da Medicina Física que após evento cardíaco (enfarte agudo do miocárdio) se encontra em processo de reabilitação cardíaca

Critérios de Exclusão:

- Comprometimento do funcionamento cognitivo
- Dificuldades na regulação do comportamento
- Papel desviante
- Incompatibilidade com um ou mais elementos do grupo

Objetivos Gerais:

Promover a partilha de vivências, a psicoeducação sobre enfartes do miocárdio e comportamentos de risco e a promoção de autodeterminação dos pacientes na prevenção dos comportamentos e hábitos saudáveis.

Objetivos Específicos:

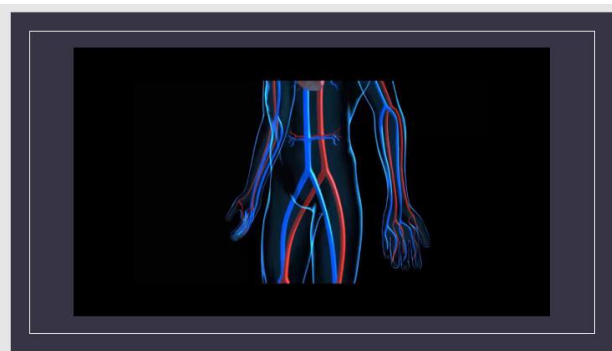
Proporcionar um suporte técnico especializado, um suporte de entajuda de pessoas com a mesma problemática, inculir esperança, desenvolver competências de comunicação, fornecer conhecimentos acerca dos fatores de risco associados à patologia cardíaca, fornecer estratégias para lidar com o *stress*, fornecer estratégias de *coping* e fornecer estratégias para melhorar a qualidade de vida dos pacientes.

Anexo C1

Apresentação sobre “O que é o *Stress*?”

O STRESS

1



2

Stress

- O que é o stress?
- Significa "tensão" e é constituído por perturbações físicas e psicológicas que prejudicam ou enfraquecem a nossa tranquilidade.
- Desempenha um papel importante na nossa vida e não tem que ser algo negativo, a ansiedade que provoca pode até ser saudável, já que proporciona muitas situações a ultrapassar e a superarmos. Desde que não exceda certos limites. A ansiedade reside aqui mesmo. É que, ao contrário do diabete, do cancro ou do que mesmo do colesterol, o stress é fácil de medir e avaliar e, como tal, é mais complicado reconhecer o seu grau de existência e o aparecimento de doenças cardiovasculares.
- No entanto sabe-se que, apesar de não ser a causa principal de problemas cardíacos, o stress pode contribuir para os depósitos de gordura, uma vez que, entre outras consequências, faz subir a pressão arterial, dificulta a coagulação e torna-nos mais vulneráveis a ataques por origem exterior.

Fundação Portuguesa de Cardiologia

3

Tipos de Stress

- **Stress Positivo ou Benéfico:** ajuda-nos a manter centrados no objetivo que pretendemos alcançar, ficamos energéticos e em alerta. Em pequenas quantidades, pode ajudar-nos a trabalhar sob pressão e motivar-nos a fazer o nosso melhor. Pode promover o desenvolvimento pessoal.
- **Stress Negativo ou Prejudicial:** quando atinge níveis elevados, o corpo e a mente pagam o preço. Perturba de forma prolongada a estabilidade do indivíduo.

4

Sintomas físicos e mentais

Sintomas de Stress Mental	Sintomas de Stress Físico
<ul style="list-style-type: none"> • Cansaço mental; • Falta de memória; • Falta de concentração; • Apatia e desânimo (pensamentos negativos); • Ansiedade; • Preocupação excessiva; • Alterações no humor (mudanças constantes, ou mais frequente); • Irritabilidade excessiva (a pessoa sente-se frequentemente irritado); • Agitação psicomotora, incapacidade de relaxar; • Sentimento de estar sobrecarregado ou sobrecarregado; • Sentimento de solidão e isolamento (afasta dos outros); • Depressão ou tristeza; • Negligenciar responsabilidades; evitar situações; • O uso de café, álcool, tabaco ou drogas para tentar relaxar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Irritação de cabeça; • Dor de costas, dores musculares; • Dor de cabeça ou dor no pescoço (peso de ventre); • Dor de dorça (entorpecido); • Tonturas; • Tonturas e náuseas; • Dor de cabeça; • Dor no peito; • Frequência cardíaca acelerada (taquicardia); • Tensão do músculo sexual; • Nervos e contrações frequentes; • Alterações no apetite; • Perturbações do sono (insónia, dificuldade em dormir sem sono); • Fiques nervoso (sem ou muito, por exemplo); • Queda de cabelo; • Irritação dos níveis de colesterol, triglicéridos e tensão arterial; • Alterações na menstruação; • Músculos tensos.

5

As três fases do Stress

- 1.ª Fase — O cérebro dá o alarme
 - As regiões situadas na parte inferior do cérebro enviam os primeiros sinais de alarme para todo o corpo. O hipotálamo e a hipófise libertam uma série de substâncias químicas (como adrenalina, cortisol ou aldosterona) que fazem reagir o nosso organismo ao "perigo" que se aproxima.
- 2.ª Fase — O corpo resiste
 - Após a fase de alarme, o corpo adapta-se às circunstâncias e recupera o seu estado normal. Dependendo da resistência de cada pessoa, esta fase pode ter uma duração mais ou menos longa, até que o corpo alcance a fase seguinte.
- 3.ª Fase — Fase extenuante
 - Quando o stress atinge este patamar, é sinal de que o seu grau é bastante severo. O risco de adoecermos, aumentamos, assim como a propensão para acidentes cardiovasculares.

Fundação Portuguesa de Cardiologia

6

Causas de stress externas

- Stress no trabalho (stress profissional);
- Problemas financeiros;
- Grandes mudanças na vida;
- Problemas familiares;
- Entre outras

Causas de stress internas

- Padrão de comportamento ansioso;
- Preocupação constante;
- Pessimismo;
- Perfeccionismo;
- Pensamento rígido, falta de flexibilidade;
- Atitudes de "tudo ou nada".

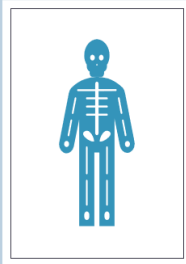
Causas do Stress: Externas e Internas

7

Consequências

- Hoje em dia, o stress psicológico é considerado um fator importante numa variedade de sintomas físicos e processos de doenças.
- Estudos recentes sugerem que a grande maioria das doenças estão relacionadas com o estresse prolongado ao stress, e algumas evidências mostram ainda a forma, como o stress crónico pode reduzir a imunidade e tornar as pessoas mais suscetíveis a infeções.
- Por outro lado, algumas estratégias de redução de stress, como a meditação, o relaxamento e alguns exercícios, ajudam a reverter esse efeito e a prevenir doenças.
- As consequências físicas não se ficam por aqui, o stress também contribui para o desenvolvimento de doenças cardíacas e para o aumento da tensão arterial.
- Estudos realizados na área da medicina sugerem que muitas das doenças da pele, como a urticária e o eczema, estão relacionadas com o stress.
- O stress tem vindo a ser considerado uma causa comum de dor e problemas de saúde, como dores de cabeça, dores nas costas, dores de orelha (otite média), diarreia, perda de sono e perda do desejo sexual.
- A exposição ao stress também parece contribuir para estimular o apetite, aumentando ou reduzindo o peso.

8



Tratamento

- Infelizmente, ainda não é possível encontrar um tratamento milagroso e totalmente eficaz para o stress. Cada pessoa possui mecanismos próprios para lidar com o stress, e nesse sentido não existe uma "receita" que sirva para todos.
- Atualmente, o combate ao stress passou a ser extremamente importante, uma vez que o excesso de stress tem vindo a apoderar-se do nosso dia a dia.
- Uma boa gestão do stress pode contribuir para melhorarmos a nossa condição de saúde e melhorarmos a nossa qualidade de vida.

9

1. IDENTIFICAR A ORIGEM DO STRESS

2. PARTILHE COM AS PESSOAS PRÓXIMAS AQUELO QUE SENTE

3. APRENDA A DIZER NÃO

4. CUIDE DE SI

5. OPTE POR UMA POSTURA OTIMISTA

6. APRENDA A GERIR O SEU TEMPO:

7. APRENDA A RELAXAR

Prevenir e eliminar o stress do nosso dia a dia

10

11

*

FIM

12