

Relatório de Estágio

Parte I

Marta Sofia Pinto Alves

Relatório de Estágio conducente ao Grau de Mestre em Psicologia da Saúde e
Neuropsicologia

Gandra, janeiro de 2023

Marta Sofia Pinto Alves

Relatório de Estágio conducente ao Grau de Mestre em Psicologia da Saúde e
Neuropsicologia

Relatório de Estágio

Parte I

Trabalho realizado sob a Orientação de Joana Soares, Prof^a. Dr^a.

Declaração de Integridade

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

Agradecimentos

Em primeiro lugar aos meus **pais**, pelo ânimo e carinho, por me encorajarem sempre na conquista dos meus sonhos e pelo esforço que fizeram para me proporcionar este, por me ensinarem o significado da palavra respeito e o valor da educação, por nunca desistirem de mim. Tudo o que sou hoje, devo a vocês. Farei que estejam eternamente orgulhosos. OBRIGADA.

Ao meu irmão **Carlos**, por me mostrar o significado da palavra partilha, compreensão e amor genuíno, pelo apoio incondicional, por me mostrar sempre o lado positivo, por me roubar sempre um sorriso. OBRIGADA.

À minha **orientadora de estágio**, por toda a orientação e disponibilidade ao longo desta etapa, pela partilha de conhecimentos, por todos os conselhos enriquecedores, pelo apoio nos momentos mais angustiantes.

À Professora Doutora **Joana Soares**, por se mostrar disponível em todo momento, por todos os conselhos e orientação.

Aos meus **avós**, pela companhia e carinho, pelo sentimento de orgulho que transmitem os vossos olhos.

À **Sofia**, a minha amiga, por ter estado presente no meu primeiro dia de faculdade e por permanecer até ao último, pela companhia, por acreditar em mim quando eu própria não acredito que sou capaz, pela ajuda, por todos os conselhos, por todas as lágrimas divididas, por todas as alegrias.

À minha **família**, que embora longe sempre estiveram presentes.

Aos **profissionais do Hospital**, por me fazerem sentir parte da equipa, por toda a simpatia e carinho.

Lista de Abreviaturas e Siglas

CH – Centro Hospitalar

DPSM – Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental

EIHSCP – Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos

IUCS – Instituto Universitário de Ciências da Saúde

MCC – Modelo Cognitivo-Comportamental

E.g. – Por Exemplo

i. e. – Isto é



Índice

Introdução	1
Capítulo I.....	2
1. Caracterização da Instituição	2
1.1. Caracterização do Local de Estágio	2
1.2. Papel do Psicólogo em Contexto Hospitalar	3
2. Descrição das Atividades de Estágio.....	5
2.1. Reuniões	5
2.1.1. Reuniões de Orientação e Supervisão	5
2.1.2. Reuniões da Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos.....	6
2.2. Observação de Consultas Psicológicas.....	7
2.3. Avaliação Psicológica e Neuropsicológica	8
2.4. Atividades de grupo realizadas	10
2.4.1. Grupo de Apoio a Pacientes Depressivos.....	10
2.4.2. Grupo de Estimulação Neuropsicológica	11
2.4.3. Grupo de Relaxamento.....	12
2.5. Consulta Psicológica Individual.....	13
2.6. Outras Atividades Desenvolvidas Durante o Estágio.....	15
Capítulo II	16
2.7. Apresentação do Caso Clínico I.....	16
2.8. Apresentação do Caso Clínico II.....	35
Conclusão	52
Referências Bibliográficas	54

Índice de Figuras

Figura 1 – Genograma Familiar de L.

Figura 2 – Legenda do Genograma Familiar de L.

Figura 3 – Genograma Familiar de R.

Figura 4 – Legenda do Genograma Familiar de R.

Índice de Anexos

Anexo A – Cronograma das Atividades Executadas Durante o Estágio

Anexo B – Casos Clínicos de Avaliação Psicológica e Neuropsicológica

Anexo C – Exemplo de Relatório de Avaliação Psicológica

Anexo D – Descrição dos Instrumentos de Avaliação Psicológica Utilizados

Anexo E – Descrição das Sessões do Grupo de Apoio a Pacientes Depressivos

Anexo F – Proposta De Programa de Estimulação Neuropsicológica

Anexo G – Descrição das Sessões do Grupo de Estimulação Neuropsicológica

Anexo H – PowerPoint de Estimulação da Memória do Grupo de Reabilitação Neuropsicológica – Sessão 5 e 6

Anexo I – Proposta De Programa do Grupo de Relaxamento

Anexo J – Descrição das Sessões do Grupo de Relaxamento

Anexo K – Casos Clínicos de Acompanhamento Individual

Anexo L – Formações Complementares

Anexo M – Certificados De Presença

Anexo N – Apresentação do Caso Clínico I

Anexo N1 – Critérios de Diagnóstico para Perturbação de Ansiedade Generalizada

Anexo N2 – Critérios de Diagnóstico para Perturbação de Sintomas Somáticos

Anexo O – Apresentação do Caso Clínico II

Anexo O1 – Critérios de Diagnóstico para a Tricotilomania

Anexo O2 – Tabela dos Pensamentos Disfuncionais

Introdução

O presente relatório encontra-se inserido no segundo ano de Mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia do Instituto Universitário de Ciências da Saúde (IUCS) decorrido durante o Ano Letivo 2021/2022. Tem como objetivo principal revelar todas as atividades e aprendizagens realizadas durante o percurso de estágio.

O estágio curricular é uma fase de grande enriquecimento pessoal uma vez que permite adquirir novos conhecimentos científicos e crescer enquanto futura profissional. Constitui o primeiro contato com a prática clínica e permite aplicar todos os conhecimentos e competências adquiridas durante o percurso académico.

Este estágio decorreu no Centro Hospitalar (CH), sob a orientação da psicóloga nesta instituição e supervisão da Professora Dra. Joana Soares. Este teve início no dia 13 de setembro de 2021 prolongando-se até dia 30 de maio de 2022. O horário semanal estabelecido foi às segundas-feiras das 8:00h às 15:00h, quartas-feiras das 10:30h às 20:00h e quintas-feiras das 8:00h às 15:00h, contudo, foi sendo adaptado de acordo com as atividades realizadas.

Em termos de estrutura, o presente relatório encontra-se dividido em dois capítulos dominantes. O primeiro capítulo apresenta um teor mais teórico apresentando a caracterização do local de estágio, o papel do psicólogo no contexto experienciado e a descrição das atividades desenvolvidas em contexto de estágio. No segundo capítulo é possível encontrar a descrição de dois casos clínicos. Em jeito de conclusão, encontra-se uma reflexão pessoal em relação à experiência académica desenvolvida.

Capítulo I

1. Caracterização da Instituição

1.1. Caracterização do Local de Estágio

O CH desde julho de 2007, é constituído por duas unidades hospitalares. Disponibiliza diversos serviços, sendo estes, o Departamento de Emergência; Cuidados Intensivos e Anestesiologia; o Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental; o Departamento de Medicina; Bloco Operatório; Cirurgia; Cirurgia do Ambulatório; Consulta Externa; Endocrinologia; Esterilização; Farmácia; Ginecologia/Obstetrícia; Imagiologia; Imuno-hemoterapia; Medicina Dentária; Medicina Física e Reabilitação; Unidade do Pé Diabético; Neonatologia; Neurologia; Oftalmologia; Ortopedia; Otorrinolaringologia; Patologia Clínica; Pediatria; Saúde, Higiene e Segurança no Trabalho; Urologia; entre outros. Todos estes serviços possuem uma grande equipa que disponibiliza e assegura aos utentes os cuidados de saúde necessários.

Os 5 serviços que fazem parte do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental (DPSM) são o Serviço de Psiquiatria, Pedopsiquiatria, Psicologia, Serviço Social e Serviço Administrativo. Na sua totalidade é constituído por 13 gabinetes de Psiquiatria, 6 de Pedopsiquiatria, 5 de Psicologia, 2 de Hospital de Dia, 1 de Enfermagem, 2 de Psicoterapia, 2 de Soroterapia com um total de 8 cadeirões, 2 de Assistente Social e 2 de Serviço Administrativo.

A área assistencial do DPSM abrange os conselhos de Penafiel, Paredes, Paços de Ferreira, Lousada, Vizela, Amarante, Marco de Canaveses, Celorico de Bastos, Resende, Baião, Santa Marinha e Felgueiras. No que diz respeito às patologias, existe predomínio das perturbações do foro neurótico, perturbações de natureza psicótica e ainda perturbações da personalidade. Ao nível das crianças predominam as dificuldades de aprendizagem, as adaptativas, perturbações em áreas específicas e perturbações de natureza psicótica.

A admissão dos doentes no DPSM ocorre via Centros de Saúde ou Consulta Interna. Estes podem ser distribuídos entre o Internamento e a Consulta Externa. O internamento pode ser realizado através da observação do doente no serviço de urgências ou no internamento de outros serviços. Um paciente pode receber alta por critérios de

natureza técnica ou, no caso da consulta externa, por falta sem motivo admissível. Tanto a admissão como a alta dos pacientes são realizadas pelos médicos do serviço.

Relativamente ao Serviço de Psiquiatria, este é constituído por diversos profissionais de saúde que dão apoio a Consulta Externa, Internamento, Soroterapia, Hospital de Dia, Domiciliária e Unidade de Consulta de Ligação. Estes profissionais são 30 médicos psiquiatras especialistas; 14 psiquiatras internos; 7 médicos pedopsiquiatras especialistas; 4 pedopsiquiatras internos; 15 psicólogos, sendo 12 técnicos superiores e 3 técnicos superiores de saúde; 3 técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica (Terapeuta Ocupacional); 33 enfermeiros que dão resposta a consulta externa, internamento e apoio domiciliário; 12 assistentes técnicos administrativos; e 19 assistentes operacionais.

O Serviço de Psicologia trabalha com a Infância e Adolescência e com Adultos. Na Infância e Adolescência é dada resposta aos seguintes Serviços: Consulta Externa, que pode ser individual ou grupal, Consulta Comunitária e integração com vários grupos multidisciplinares, nomeadamente a Equipa de Cuidados Paliativos da Infância e Adolescência. Já no caso dos Adultos é realizada Consulta Externa Individual e Grupal, Consultas em Coterapia, nomeadamente Terapia de Casal e ainda intervenção multidisciplinar em varias equipas hospitalares, nomeadamente Equipa Intra-Hospitalar em Cuidados Paliativos, Equipa de Prevenção de Violência nos Adultos e Equipa de Ostromizados.

1.2. Papel do Psicólogo em Contexto Hospitalar

Segundo Isabel Leal e Pais Ribeiro em 1996, a Psicologia Clínica e da Saúde pode ser definida como:

“Aplicação dos conhecimentos e métodos de todos os campos práticos da Psicologia, na promoção e manutenção da saúde física e mental do indivíduo e na prevenção, avaliação e tratamento de todas as formas de perturbação mental e física, nas quais as influências psicológicas podem ser usadas ou podem contribuir para aliviar o mau funcionamento ou <<distress>>” (p. 595).

Os psicólogos da saúde podem trabalhar em diferentes contextos da saúde, tanto no serviço privado como no serviço público (Teixeira, 2004). No centro hospitalar, o

psicólogo faz parte de uma equipa multidisciplinar que dá resposta às necessidades dos pacientes, dos familiares e da comunidade onde estão inseridos (Leal et al., 2012).

No DPSM da Unidade Hospitalar em que foi desenvolvido o estágio o psicólogo desempenha diversas atividades:

- Avaliações psicológicas com recurso a testes projetivos e psicométricos em crianças, jovens e adultos, de forma a possibilitar o diagnóstico;
- Psicoterapia individual e grupal;
- Apoio ao internamento;
- Intervenção em pacientes no Hospital de Dia, de forma individual ou grupal;
- Apoio à urgência;
- Intervenção em crise;
- Resposta aos pedidos do Tribunal da Comissão de Proteção de Crianças e Jovens em Risco, Instituto de Reinserção Social e Instituto de Medicina Legal;
- Consultas de ligação;
- Avaliação de pacientes para possível cirurgia bariátrica, bem como, follow-up;
- Realização de diversos grupos terapêuticos;
- Intervenção em crianças vítimas ou potenciais vítimas de negligência, violência física ou psíquica;
- Intervenção na comunidade, e.g. articula com os Centros de Saúde, escolas e outras instituições;
- Orientação e supervisão de estágios académicos, profissionais e da Ordem dos Psicólogos;
- Ações de formação para diversas categorias profissionais;
- Trabalhos de investigação.

O DPSM realiza diversos grupos direcionados para a Infância e Adolescência e para os Adultos. No caso da Infância e Adolescência são realizados Grupos de Terapia Cognitivo-Comportamental para crianças com TDAH; o Grupo *Incredible Years*; o Grupo Conto Contigo; Grupos Psicoterapêuticos de Promoção de Afetos Positivos; Grupos de “Descoberta” para adolescentes; e o Hospital de Dia.

Em Adultos são realizados Grupos de Apoio a Pacientes Pós-Internamento Completo; Grupos de Apoio a Doentes com Psicose; Grupos de Apoio a Pacientes Depressivos; Grupos de Luto; Grupos de Estimulação Neuropsicológica; Grupos de Treino de Competências Pessoais e Sociais; Grupos para Terapia Ocupacional; Grupos de

Relaxamento para Lidar com a Ansiedade; Grupos de Autocontrolo Ponderal; Grupos de Apoio Psicológico no Processo Bariátrico; Grupos da Unidade da Mama; Grupos de Relaxamento; Grupos de Relaxamento para Grávidas; Grupos de Relaxamento para Profissionais; Grupos de Psicoterapia para a Dor; Grupos de Enlutados; Grupos de Psicodrama; e o Hospital de Dia.

2. Descrição das Atividades de Estágio

O estágio teve início a 13 de setembro de 2021 prolongando-se até 30 de maio de 2022, com um total de 440h, sendo esperado que o estágio, como unidade curricular anual, cumpra uma carga horária total de 420h. Inicialmente o horário semanal estabelecido era às segundas e quintas-feiras, das 8:00h às 15:00h. Porém, a partir de janeiro, o estágio foi realizado às segundas-feiras das 8:00h às 15:00h, quartas-feiras das 10:30h às 20:00h e quintas-feiras das 8:00h às 15:00h, contudo, foi sendo adaptado de acordo com as atividades realizadas.

No início do estágio realizei uma formação que era constituída por duas partes. A primeira parte tinha como objetivo dar a conhecer aos novos estagiários as instalações que disponibiliza o CH em ambas as Unidades, ou seja, dar a conhecer a estrutura do hospital. Foram também expostos os cuidados básicos a ter no CH, como a higiene. Na segunda parte, é realizada uma visita guiada para conhecer as instalações mencionadas durante a primeira parte da formação, contudo, devido pandemia por Covid-19 não foi realizada. Na secção “anexos” encontra-se o cronograma das atividades executadas durante o estágio (Anexo A).

2.1. Reuniões

2.1.1. Reuniões de Orientação e Supervisão

A orientação foi realizada pela psicóloga nesta instituição. De setembro de 2021 até dezembro de 2021 a orientação era realizada quando necessário, sem horário específico. De janeiro de 2022 até maio de 2022 as reuniões de orientação eram realizadas

diariamente, sempre que se justificava ou após a intervenção clínica supervisionada, pelo que não existia um horário específico para realizar as reuniões de orientação.

Estas reuniões tinham como objetivo o esclarecimento de dúvidas após a prática clínica observacional e a intervenção clínica supervisionada; discussão dos casos e dos relatórios; planeamento das próximas consultas e do material necessário, e.g. material necessário para realizar avaliações psicológicas; e outras questões burocráticas de funcionamento e gestão específicas do DPSM.

Para além desta orientação no local de estágio, foram também realizadas reuniões de supervisão pela Professora Doutora Joana Soares, estas reuniões eram realizadas em formato online quando necessárias, geralmente com uma frequência mensal. Estas reuniões possibilitavam o esclarecimento de dúvidas que surgiam ao longo do estágio, nomeadamente em relação à estrutura do relatório, disponibilização de material, discussão dos casos e partilha de ideias.

2.1.2. Reuniões da Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos

No mês de outubro tive a oportunidade de assistir a uma das Reuniões da Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP). Assisti unicamente a uma reunião devido ao espaço limitado da sala onde eram realizadas, além disso, a situação pandémica exigia o cumprimento das medidas de distanciamento social.

Segundo a Organização Mundial da Saúde, os Cuidados Paliativos fazem referência a uma abordagem que tem como finalidade a melhoria da qualidade de vida dos doentes e das suas famílias que enfrentam problemas decorrentes de uma doença que não tem cura e/ou tem um prognóstico limitado, através da prevenção e alívio do sofrimento, preparação do fim de vida e apoio no luto, com recurso à identificação precoce dos problemas físicos, psicossociais e espirituais. Estes cuidados são prestados por uma equipa multidisciplinar e podem ser introduzidos em fases precoces da doença.

A EIHSCP promove a intervenção em diversas áreas clínicas como internamento, consulta, ambulatório, projetos de apoio domiciliário, entre outros. O seu objetivo é assessorar e colaborar com as equipas prestadoras de cuidados no controlo sintomático,



apoio psicológico, social, emocional e espiritual ao doente e a família; elaborar um plano de cuidados ao doente de acordo com os protocolos pré-definidos; ajudar à família a estabelecer um plano de cuidados após a alta do doente; apoiar a família durante o período de luto; e promover a formação em Cuidados Paliativos às equipas prestadoras de cuidados.

Os doentes referenciados para a EIHSCP apresentam um prognóstico de fim de vida, sofrimento intenso e problemas e necessidades difíceis de resolver, pelo que requerem de apoio específico, organizado e interdisciplinar.

As reuniões de equipa ocorrem semanalmente à segunda-feira das 9h às 10:30h e são constituídas por 2 médicos especialistas (Medicina Interna), 1 enfermeiro especialista, 1 enfermeiro substituto, 1 assistente social e 1 psicólogo, caso necessário poderá ser pedido apoio religioso.

Nestas reuniões são discutidos casos; é realizada formação básica em cuidados paliativos, e.g. a importância da comunicação não verbal; é dado suporte emocional aos profissionais que desempenham funções nestas equipas; ações de extensão à comunidade; são desenvolvidas parcerias; é realizada formação para profissionais; e são implementados e avaliados projetos.

2.2. Observação de Consultas Psicológicas

Nos primeiros meses de estágio, nomeadamente de setembro a dezembro, o estágio curricular foi essencialmente dedicado à **observação**, tanto de acompanhamento psicológico como de avaliações psicológicas e neuropsicológicas, consultas em contexto de internamento e reuniões. Porém, tive a oportunidade de assistir a consultas cujos pacientes apresentavam diferentes quadros psicopatológicos, tais como, perturbações depressivas, perturbações de ansiedade, perturbações obsessivo-compulsivas, perturbações bipolares, perturbações relacionadas com trauma e fatores de *stress*, perturbações de sintomas somáticos, perturbações de alimentação, disforia de género, perturbações disruptivas do controlo dos impulsos e do comportamento, perturbações neurocognitivas, perturbações de luto complicado, perturbações de jogos de internet e outras perturbações mentais, e variadas problemáticas de ordem relacional (familiar/conjugal), violência doméstica, reações de ajustamento, entre outros.

A observação de consultas em contexto de internamento permitiu-me observar uma área da psicologia que não é muito abordada em contexto de aulas. No internamento encontram-se pessoas com problemas que não podem ser adequadamente tratados em outro lugar, encontram-se pessoas em fim de vida, com doenças oncológicas terminais, tuberculose, entre outros. O psicólogo desempenha vários papéis neste contexto, como assegurar o conforto do utente, ajudar a concretizar últimos desejos, apoio psicológico, ajudar na compreensão do prognóstico, ajudar na despedida, encaminhar familiares para consultas de psicologia, entre outros.

Com o decorrer do estágio realizei outras atividades em simultâneo com a observação de consultas, nomeadamente, a prática clínica supervisionada, coterapia de vários grupos terapêuticos e avaliações psicológicas e neuropsicológica. A realização dos grupos terapêuticos permitiu-me perceber quais os materiais necessários para a sua realização, como são selecionados os elementos do grupo, o espaço físico a ser utilizado, entre outros. Este período de observação facilitou a adaptação ao contexto hospitalar e ao seu funcionamento, bem como, aos sistemas informáticos SClínico e Aida.

Esta fase de observação foi fundamental, pois proporcionou-me o primeiro contacto com a prática clínica, permitiu aprofundar os meus conhecimentos e desenvolver competências essenciais à prática, competências necessárias para a próxima etapa, a prática clínica autónoma. É importante mencionar ainda que as reflexões realizadas com a orientadora no fim de cada consulta sobre os casos, foram também um contributo fundamental para preparar o início da minha prática clínica.

2.3. Avaliação Psicológica e Neuropsicológica

A avaliação psicológica é um processo complexo cujo objetivo é produzir hipóteses ou diagnósticos sobre uma pessoa ou um grupo. As hipóteses podem ser sobre o funcionamento intelectual, características da personalidade, aptidão para realizar uma determinada tarefa, entre outros. Inicialmente é feita a recolha e avaliação dos dados do indivíduo ou grupo e, seguidamente, é avaliado qual o meio mais adequado para realizar a avaliação (Hutz, 2015).

Os testes psicológicos são instrumentos que permitem avaliar constructos que não podem ser observados diretamente, no entanto, não constituem a única forma de avaliação e não devem ser utilizados de forma isolada. Para além dos testes psicológicos, os psicólogos utilizam outras técnicas para realizar a avaliação psicológica, como a entrevista e a observação (Hussain, 2021).

Durante o estágio curricular registei um total de 19 pedidos para avaliação psicológica e neuropsicológica, sendo que 8 destes pedidos foram realizados por mim (Anexo B). Os pedidos para avaliação normalmente eram solicitados pelos psiquiatras, tribunal e médicos de família e tinham como objetivo o esclarecimento de diagnósticos, existência de défices cognitivos e grau de incapacidade, psicopatologia, características da personalidade, entre outros. Eram também solicitados atestados multiusos para efeito de reforma e baixa médica. Para além disso, redigi vários relatórios de avaliação psicológica dos casos apresentados (Anexo C) tendo em conta uma estrutura formal previamente definida.

Assim, contactei com os seguintes instrumentos tendo em conta os domínios que avaliam (Anexo D):

1. **Rastreio cognitivo e inteligência:** Escala de Inteligência de Wechsler para Adultos-3ª Edição (WAIS-III – Ferreira et al., 2008); *Addenbrooke Cognitive Examination – Revised* (ACE-R – Mioshi et al., 2006); *Test de Inteligencia No Verbal* (TONI 2 – Brown et al., 1995); *Addenbrooke’s Cognitive Examination* (ACE-III – Peixoto et al., 2018); e *Mini-Mental State Examination* (MMSE – Freitas et al., 2015).
2. **Personalidade:** Rorschach (Adrados, 1982); *Maudsley Obsessive-Compulsive Inventory* (MOCI - Hodgson & Rachman, 1977); Inventário Multifásico de Personalidade de Minnesota-2 (MMPI-2 – Silva et al., 2006); *Symptom Checklist-90 Revised* (SCL 90-R - Derogatis & Unger, 2009); *House-Tree-Person Test* (HTP – Eyal & Lindgren, 1977); e SCID-II (First et al., 1995).

Geralmente o processo de avaliação decorre numa única consulta pelo que quando o utente chega à consulta procedemos à recolha da história clínica e à clarificação do pedido e processo de avaliação. Seguidamente, é iniciado o processo de avaliação através do teste psicométrico sugerido no pedido, porém, este pode ser alterado tendo em conta as características pessoais de cada utente. Por fim, é explicado que a devolução dos resultados é realizada pelo médico que solicita a avaliação.

Este período de observação permitiu-me ter conhecimento sobre quais os instrumentos mais frequentemente utilizados no serviço, a sua administração, cotação e a realização do respetivo relatório.

2.4. Atividades de grupo realizadas

Ao longo do estágio tive a oportunidade de realizar coterapia de três grupos terapêuticos: “Grupo de Apoio a Pacientes Depressivos”, “Grupo de Reabilitação Neuropsicológica” e “Grupo de Relaxamento”.

2.4.1. Grupo de Apoio a Pacientes Depressivos

O Grupo de Apoio a Pacientes Depressivos é direcionado para pacientes que apresentam um diagnóstico de depressão e tem como objetivo melhorar a compreensão da condição e fornecer estratégias para tratar ou atenuar os sintomas.

O grupo teve início a 12 janeiro de 2022 prolongando-se até 16 de março de 2022 e teve lugar no DPSM, na sala de psicoterapia. Relativamente à sua estrutura, o grupo foi constituído por um total de 5 participantes, sendo que não podia exceder os 10 elementos face a situação atual, pandemia por covid-19. Uma vez iniciado o grupo não era permitida a entrada de novos participantes, sendo assim um grupo fechado e homogéneo. Compreendeu um total de 10 sessões realizadas semanalmente às quartas-feiras das 10:30h às 12:00h. Na secção “anexos” encontra-se a descrição detalhada das sessões (Anexo E).

Estive presente e participei em todas as sessões. A minha função principal era auxiliar o terapeuta nas dinâmicas propostas para cada sessão. Também interagi e ajudei os elementos do grupo a realizar as atividades. A dinâmica das sessões seguia uma estrutura previamente definida.

Participar neste grupo permitiu-me observar os benefícios da terapia grupal, uma vez que os participantes incentivam e indicam estratégias para lidar de forma eficaz com os sintomas da depressão, tais como a socialização e a atividade física. É também uma

fonte de apoio e esperança, pois os participantes identificam outras pessoas com a mesma condição e observam o seu progresso.

2.4.2. Grupo de Estimulação Neuropsicológica

O Grupo de Estimulação Neuropsicológica é direcionado para pacientes que apresentam um diagnóstico de depressão e quadros demenciais a surgir com declínio cognitivo ligeiro a moderado. Este programa é estruturado e adaptado às limitações e potencialidades de cada elemento do grupo.

De forma a constituir o grupo é realizada uma avaliação neuropsicológica através de uma bateria de testes psicológicos que indicam défices em áreas do funcionamento cognitivo, são também avaliadas as alterações emocionais e as limitações nas atividades de vida diária. Assim, após a avaliação neuropsicológica é constituído um grupo de indivíduos que apresentam défices e dificuldades similares.

O programa abrange várias funções cognitivas como a orientação perceptiva/percetual, a compreensão/fluência verbal, a atenção e funções executivas e a memória, no entanto, o programa contém exercícios que permitem intervir em várias competências em simultâneo uma vez que as funções cognitivas estão interligadas e dependem umas das outras para o bom funcionamento.

O grupo teve início a 18 janeiro de 2022 prolongando-se até 05 de abril de 2022 e teve lugar no DPSM, na sala de psicoterapia. Relativamente à sua estrutura, o grupo foi constituído por um total de 6 participantes, sendo que não podia exceder os 10 elementos face a situação atual, pandemia por covid-19. Uma vez iniciado o grupo não era permitida a entrada de novos participantes, sendo assim um grupo fechado e homogéneo. Compreendeu um total de 10 sessões realizadas semanalmente às terças-feiras das 18:15h às 20:00h. Na secção “anexos” encontra-se a proposta de Programa de Estimulação Neuropsicológica (Anexo F), a descrição detalhada das sessões (Anexo G) e o PowerPoint utilizado na quinta e sexta sessão para realizar a dinâmica de estimulação da memória (Anexo H).

Estive presente e participei em todas as sessões. A minha função principal era auxiliar o terapeuta nas dinâmicas propostas para cada sessão. Também interagi e ajudei os

elementos do grupo a realizar as atividades. A dinâmica das sessões seguia uma estrutura previamente definida, contudo, sugeri realizar uma sessão de relaxamento, pois observei que vários elementos do grupo apresentavam traços ansiosos, como tremores durante a execução das atividades, porém, a sessão 9 foi dinamizada por mim. Ainda, realizei algumas avaliações neuropsicológicas após a finalização do grupo com recurso ao ACE-III com o objetivo de comparar a pré-avaliação com a pós-avaliação.

2.4.3. Grupo de Relaxamento

O Grupo de Relaxamento é direcionado para pacientes que apresentam um diagnóstico de ansiedade, dificuldade no controlo da impulsividade, alterações no sono, sintomas psicossomáticos e dores físicas, uma vez que o relaxamento demonstrou ter benefícios terapêuticos nessas problemáticas, assim como, favorece o equilíbrio emocional, melhora o rendimento físico e cognitivo, a eficácia e o rendimento laboral e o relacionamento interpessoal.

O grupo teve início a 09 março de 2022 prolongando-se até 18 de maio de 2022 e teve lugar no DPSM, na biblioteca por ser um espaço amplo. Relativamente à sua estrutura, o grupo foi constituído por um total de 9 participantes, sendo que não podia exceder os 12 elementos face a situação atual, pandemia por covid-19. Uma vez iniciado o grupo não era permitida a entrada de novos participantes, sendo assim um grupo fechado e homogéneo. Compreendeu um total de 10 sessões realizadas semanalmente às quartas-feiras das 09:00h às 10:00h.

As duas primeiras sessões foram empregues para a apresentação do grupo e psicoeducação sobre o relaxamento. No decorrer das seguintes sessões foi realizado o Treino Autógeno de Schultz (grau inferior) e as técnicas relativas ao grau superior (meditação, visualização criativa), bem como, técnicas de relaxamento progressivo de Edmund Jacobson (tensão x descontração).

Relativamente ao material, é necessário reproduzir música calma, colchões para realizar as técnicas e lençóis e almofadas para assegurar o conforto dos participantes. Na secção “anexos” encontra-se a proposta de Programa do Grupo de Relaxamento (Anexo I) e a descrição das sessões (Anexo J).

Estive presente, participei em todas as sessões e ajudei a escolher a dinâmica das mesmas. Participar neste grupo permitiu-me identificar as dificuldades que vivenciam os participantes no processo de relaxamento, tais como a distração. Ainda, observei a importância de evitar qualquer ruído externo (e.g. telemóveis), pois interferem com o relaxamento.

2.5. Consulta Psicológica Individual

Como referido anteriormente, os primeiros quatro meses de estágio curricular foram dedicados exclusivamente à observação de consultas de acompanhamento psicológico e de avaliações psicológicas e neuropsicológicas que abrangiam a faixa etária dos jovens adultos, adultos e idosos. Após o término da fase de observação iniciei uma fase mais autónoma, onde me foi atribuído um total de 8 utentes para realizar acompanhamento psicológico individual. Relativamente às problemáticas que me foram atribuídas e de acordo com o DSM-V foram a Perturbação de Ansiedade Generalizada, a Perturbação de Sintomas Somáticos, a Perturbação Depressiva, a Perturbação de *Stress* Pós-Traumático e a Tricotilomania, para além disso, foram atribuídas outras problemáticas como a Perturbação de Luto Prolongado e a Perturbação de Luto Saudável em que a faixa etária varia dos 18 aos 60 anos.

Nas primeiras consultas com os utentes o objetivo passa por recolher a história clínica de forma a realizar a anamnese, porém é questionado qual o estado civil, nível de escolaridade, atividade laboral atual e passadas, com quem vive, número de filhos, relacionamento conjugal e familiar, existência de acompanhamento prévio de consultas de psicologia ou psiquiatria, entre outros. Para além disso, apresento-me, explico o funcionamento das consultas (e.g. frequência e duração) e questiono quais as problemáticas que vivencia. No decorrer das consultas a intervenção vai sendo ajustada consoante as problemáticas apresentadas pelos utentes, sendo que o processo de intervenção é definido tendo em conta as queixas dos pacientes.

A abordagem que orientou as consultas foi o **Modelo Cognitivo-Comportamental** (MCC), este modelo procura melhorar o funcionamento e o bem-estar emocional e aumentar o comportamento adaptativo através da identificação de crenças, sentimentos e comportamentos associados à perturbação psicológica (Wenzel, 2017). Tem foco no aqui e

agora, ou seja, nas problemáticas do presente. O MCC dirige a sua atenção para os sintomas do paciente, a redução do sofrimento, a modificação do pensamento disfuncional e para a promoção de comportamentos benéficos. A duração varia, no entanto, é considerada a psicoterapia mais breve entre 10 a 20 sessões. Para além disso, a aliança terapêutica é fundamental pois possibilita a mudança, seja esta comportamental, emocional ou cognitiva (Leichsenring et al., 2006).

O MCC divide-se em dois domínios: cognição e comportamento. As intervenções comportamentais são consideradas aplicações clínicas da teoria da aprendizagem (Leichsenring et al., 2006). As estratégias comportamentais estão focadas em superar o comportamento de evitação, aumentar a socialização e melhorar o autocuidado (Wenzel, 2017). As intervenções cognitivas dizem respeito à forma como os indivíduos atribuem significado aos seus sintomas, episódios de vida, crenças sobre si mesmos, os outros ou o mundo (Beck, 1995; Beck, 2005; Dobson, 2000, cit in Leichsenring et al., 2006). A estratégia central deste domínio é a reestruturação cognitiva (Wenzel, 2017) onde o terapeuta ajuda a tornar os pensamentos automáticos disfuncionais conscientes e adaptativos, possibilitando a adoção de novos comportamentos mais realistas (Leichsenring et al., 2006).

As estratégias de intervenção do MCC que utilizei foram a **dessensibilização sistemática** onde o paciente aprende a reduzir gradualmente as reações de *stress* através da indução do estado de relaxamento, com a repetição a situação de *stress* perde poder; a **reestruturação cognitiva** tem como objetivo reconhecer pensamentos negativos e disfuncionais para substituí-los por alternativas mais realistas e benéficas; o **controlo do *stress*** que consiste em fornecer estratégias para reduzir a tensão, a angústia e a raiva (e.g. atividade física, técnicas de relaxamento) (Leichsenring et al., 2006); a **psicoeducação** que é um método utilizado para fornecer informação sobre uma problemática ou perturbação psicológica de forma a melhorar a compreensão e aprender a lidar com a mesma; o **registo de pensamentos disfuncionais** que tem como objetivo ajudar na avaliação dos pensamentos automáticos e na sua substituição; a **planificação de atividades** onde são avaliadas as atividades do quotidiano de forma a colocar novas atividades (e.g. estruturação de rotinas); as **tarefas para casa** que consiste em realizar em casa os exercícios cognitivos ou comportamentais aprendidos em contexto de consulta (e.g. monitorização dos pensamentos e comportamentos, técnicas de respiração e controlo da

ansiedade); e a **distração ativa** que diz respeito a qualquer atividade que possa ser realizada para interromper os pensamentos negativos que levam ao surgimento do humor depressivo e ansioso (e.g. ler, ver um filme, dar uma caminhada, falar com um amigo ou familiar, ouvir música, atividade física).

Em anexo encontra-se uma breve descrição de todos os processos de acompanhamento individual que desenvolvi ao longo do período de estágio (Anexo K).

2.6. Outras Atividades Desenvolvidas Durante o Estágio

Ao longo do estágio assisti, em algumas ocasiões, juntamente com a minha orientadora a vários *Workshops*, *Webinars* e Seminários (Anexo L). Em anexo encontram-se os certificados de presença (Anexo M).

Assisti a vários *Workshops* e *Webinars* que exploram o conceito e as técnicas de intervenção na violência doméstica e no luto, pois considerei necessário aumentar os meus conhecimentos nestas áreas uma vez que grande parte dos casos apresentados em consulta faziam referencia a estas problemáticas.

Capítulo II

Ao longo do período de estágio tive a oportunidade de seguir de forma mais sistematizada cinco casos clínicos com diversas problemáticas, tendo em conta que os outros três desistiram ou solicitaram encaminhamento para outro psicólogo. De seguida serão apresentados dois desses casos clínicos.

2.7. Apresentação do Caso Clínico I

Dados de Identificação

A L. é do sexo feminino, tem 53 anos, é portuguesa e é natural e residente em Amarante. Tem o 9º ano de escolaridade. Costureira de profissão há 30 anos. É solteira e sem filhos. Vive sozinha num estúdio. É a terceira de uma fratria de seis filhos, dois do sexo feminino e três do sexo masculino.

Genograma Familiar

Figura 1

Genograma familiar de L.

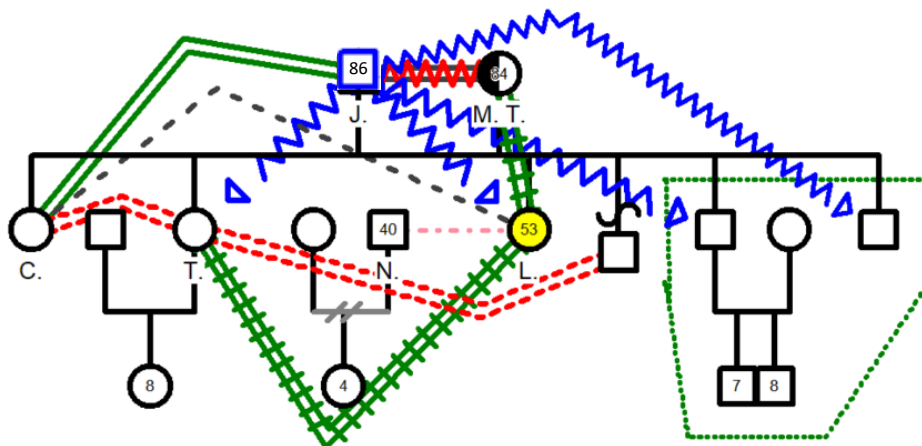


Figura 2

Legenda do Genograma Familiar de L.



Pedido e Motivo da Consulta

O encaminhamento para a consulta de Psicologia foi feito por parte do seu médico psiquiatra assistente do DPSM do CH. Quando questionada sobre o motivo da consulta verbalizou “*não sei o que estou a fazer aqui...sinceramente não sei...foi o meu médico psiquiatra que me enviou. Tenho comichão em várias zonas do meu corpo, em algumas zonas a comichão é mais intensa, como nos ombros e nos ouvidos. Já fui a várias consultas de dermatologia, mas não descobrem o que tenho. Isto é um problema físico, não sei o que estou a fazer aqui. O psiquiatra disse-me que a comichão poderá estar relacionada com a ansiedade, mas não sou ansiosa, vou procurar a opinião de outro médico*” (sic).

Para além disso, foi possível identificar um passado traumático caracterizado pela violência doméstica física e psicológica exercida pela figura paterna e pelo seu ex-companheiro, motivo pelo qual atualmente vivência sentimentos de medo e tristeza em relação à figura materna, pois vive com o agressor e, ainda, é revelada dificuldade em estabelecer relações com o sexo oposto.

As expetativas da utente em relação às consultas de Psicologia não eram positivas “*não estou aqui a fazer nada, não sei se irei continuar com estas consultas...mas vamos ver, vou dar uma oportunidade*” (sic) pois acreditava que os sintomas somáticos eram

consequência de uma doença física e não psicológica, porém, o anseio pela melhoria da condição motivou a utente a continuar com o acompanhamento psicológico.

Processo de Observação Clínica

A utente apresentou-se nas consultas sozinha. Trata-se de uma senhora de estatura média, com peso dentro da média, de olhos castanhos e cabelo loiro. Nas 2 primeiras consultas apresentava uma aparência descuidada (e.g. cabelo despenteado), porém, nas seguintes consultas compareceu com uma aparência cuidada e adequada ao contexto, aparentando ter uma idade coincidente com a real. Apresentou-se com um vestuário adequado e investido (e.g. fazia caracóis no cabelo), com saias e vestidos de cores chamativas.

Nas 3 primeiras consultas a utente manteve-se sentada e atenta, com uma postura rígida e reservada, com as pernas juntas e os braços cruzados. O discurso era organizado, ainda que monocórdico, com respostas rígidas e cortantes, recusou e teve dificuldade de expressão nas situações que implicavam descrição circunstancial ou emocional. Sempre que necessário devolveu-me a palavra. O seu humor era frequentemente ansioso principalmente ao abordar assuntos relacionados com o seu passado e a sua saúde. Evitava o contacto ocular. Mostrava-se pouco colaborante e pouco motivada. Preconceito em relação à idade pois chamava-me “menina”.

A partir da 4 consulta a atitude da utente mudou radicalmente. Apresentava uma postura descontraída, ligeiramente inclinada para a frente e com as pernas ligeiramente abertas. Com discurso fluente, contacto ocular adequado, acompanhado com um sorriso, porém apresentando ainda alguma dificuldade de expressão. O seu estado de humor era ansioso (e.g. movimentação excessiva dos braços, suores). Mostrava-se colaborante, motivada para a mudança e manteve-se sempre vígil e orientada no tempo e espaço. Sem ideação suicida. Começou a chamar-me “doutora”.

Estabelecer uma relação terapêutica foi um desafio, pois a utente apresentava respostas rígidas, cortantes e monocórdicas, apesar disso, com o decorrer das consultas estabeleci uma relação terapêutica adequada, caracterizada pelo respeito, empatia e compreensão.

História do Problema

– Problema principal

A problemática principal de L. teve início há sensivelmente 2 anos “*não sei ao certo quando começou, foi a uns anos atrás...dois provavelmente*” (sic). A utente explica “*tenho problemas de pele, comichão em várias zonas do meu corpo, em algumas zonas a comichão é mais intensa, como nos ombros e nos ouvidos*” (sic). Para além disso verbaliza “*tenho frequentemente dor de estômago e de barriga, também tenho dificuldade em me lembrar das coisas... ah tenho sempre as mãos suadas*” (sic). A utente procurou diversas consultas de dermatologia, mas “*ninguém dá com o problema*” (sic). Realizou diversos tratamentos “*já cheguei pomadas, fiz imensas provas para ver se era alguma alergia, tomei medicamentos... tentei tantas coisas*” (sic). Ainda, é importante mencionar que a utente apresenta pensamentos ruminativos acerca da condição, pois refere “*estou sempre a pensar nisto... preciso de saber o que tenho*” (sic).

Após várias consultas de dermatologia com diferentes médicos, a utente é surpreendida com a sugestão de um médico “*sugeriu-me procurar ajuda na psiquiatria, não percebo porque*” (sic), ainda com dúvidas e sem compreender a sugestão do dermatólogo agendou uma consulta no Serviço de Psiquiatria do CH “*qualquer ajuda é boa*” (sic).

Pouco tempo depois de ter iniciado acompanhamento psiquiátrico a utente foi encaminhada para o Serviço de Psicologia, iniciando as consultas a 03 de fevereiro de 2022. Quando questionada refere “*é a primeira vez que ando em consultas de psicologia*” (sic).

Quando a utente iniciou as consultas de Psicologia não compreendia o motivo de encaminhamento, nem a relação existente entre a ansiedade e os sintomas somáticos, porém esclareci as dúvidas da utente, ao que verbalizou “*sempre fui um bocado ansiosa*” (sic).

A utente apresenta sintomas somáticos desde aproximadamente 2 anos, no entanto, desde fevereiro de 2022 os sintomas aumentaram em termos de intensidade. Este acontecimento está relacionado com o aumento da sobrecarga laboral “*tenho tido muito trabalho, o que é bom... mas não tenho tempo para tudo*” (sic), acrescenta ainda “*as vezes penso que não vou acabar o trabalho a tempo*” (sic).

Com o objetivo de perceber qual o acontecimento que poderá ter ocasionado o surgimento dos sintomas somáticos, L. refere não identificar nenhum acontecimento marcante que poderá ter ocasionado a problemática, porém menciona “*a minha vida não foi fácil*” (sic). Relata um passado traumático caracterizado pela violência doméstica “*o meu pai exercia violência doméstica, todos os meus irmãos sofreram, era agressivo e alcoólico*” (sic). Quando questionada acerca do tipo de violência doméstica a utente diz “*foi sempre violento verbalmente, acho que ele não lhe batia (a mãe), só vi uma vez*” (sic), no entanto, na sexta consulta menciona “*o meu pai batia sempre a minha mãe, ela tentava proteger-nos, mas não adiantava*” (sic). A utente cresceu num ambiente onde o abuso físico e psicológico era “*o pão de cada dia*” (sic).

O pai da utente é alcoólico “*bebia muito...estava quase todos os dias bêbado*” (sic) é um facto que o álcool aumenta os níveis de agressividade e, a família, por serem as pessoas que mais convivem com o alcoólico são os que mais padecem as consequências do consumo. Em épocas especiais como o natal, a pascoa ou aniversários e ao fim-de-semana o pai de L. aumentava o consumo de álcool e conseqüentemente a agressividade “*nestas alturas ameaçava matar-nos com a caçadeira, ia para o pátio e dava tiros ao ar... não sabe o que é ouvir isso, ainda hoje tenho medo...que barulho tão forte. Por este motivo não gosto destas épocas, na minha família não significa alegria, significa medo, terror*” (sic). Há 10 anos que o pai não abusa do álcool pois teve de colocar uma bateria no coração “*sabe que se beber pode morrer*” (sic). A utente relata que o pai na atualidade não ameaça de morte a família, porém acrescenta “*não é com isso (a arma)... mas ameaça matar a minha mãe e a ele*” (sic). A arma de fogo não se encontra num sítio seguro “*está em cima do armário*” (sic) pelo que a utente tem receio do que possa acontecer.

Embora o pai na atualidade já não abuse do álcool continua a exercer violência doméstica psicológica à mãe “*nós os filhos sofremos quando vamos lá a casa, ele é muito mau... nem quero imaginar o que a minha mãe passa com ele todos os dias*” (sic). No entanto, “*encontrou outras formas de nos castigar*” (sic). L. refere que o pai quando está zangado não sai do quarto e não come durante dias “*ele faz isto para nos deixar mal, tristes... quando estamos felizes e a rir ele faz isso*” (sic), este acontecimento piorou os sintomas somáticos “*estes dias tenho tido mais comichão*” (sic), contudo, a utente tem dificuldade em associar estes acontecimentos com o agravamento da sua problemática “*não sei porque tenho mais comichão, já estava melhor*” (sic).

Os eventos traumáticos do passado podem ter desencadeado o surgimento da ansiedade da utente, pois são eventos com carga emocional negativa e níveis elevados de ansiedade. *“Nunca falei com ninguém sobre isto, é a primeira pessoa a quem eu conto o meu passado...prefiro guardar tudo para mim”* (sic), ao internalizar e não expressar os sentimentos, emoções, medos e preocupações com familiares e/ou amigos a utente vivência elevada ansiedade que é refletida no corpo através dos sintomas somáticos. O medo em relação à saúde e bem-estar da mãe tem preocupado bastante a utente, menciona que há cerca de 2 anos a saúde da mãe piorou significativamente tendo sido submetida a 4 intervenções cirúrgicas, sendo que atualmente aguarda mais 2 cirurgias *“a minha mãe tem uma saúde muito delicada, não devia estar com ele...isto tudo deixa-me mal, não posso fazer nada”* (sic), posto isto, o agravamento de saúde da mãe poderá estar relacionado com o início dos sintomas somáticos, pois são acontecimentos com relação cronológica.

– **Outros problemas**

Além do problema principal, a utente foi verbalizando ao longo das consultas que *“gostava de encontrar um homem, mas sou muito exigente, não consigo gostar de ninguém”* (sic). A utente referiu que teve vários *“namoriscos”* (sic), porém *“nada sério”* (sic), o último relacionamento amoroso de L. foi há 8 anos.

Explica *“estava num bar com umas amigas e ele veio meter conversa”* (sic), aparentemente era um relacionamento saudável *“ele gostava muito de mim, tratava-me bem”* (sic), ao pouco tempo de namoro ele sugeriu irem viver para Lisboa pois surgiu-lhe uma proposta de trabalho, a utente não se opôs *“claro que aceitei, ele tratava-me bem. Pensei, talvez possa fazer uns biscatos em casa como costureira, mais tarde posso abrir um atelier de costura”* (sic). Um ano após a mudança a Lisboa, o ex-companheiro foi trabalhar para a Angola, sendo que voltava de 4 em 4 meses durante 2 semanas *“aí começou o meu inferno”* (sic). Neste período L. foi vítima de violência doméstica psicológica por parte do companheiro *“sentia-me prisioneira”* (sic). À distância começou a impor um conjunto de regras que a utente devia seguir estritamente *“ele não gostava que fosse ver a família ao Norte, então deixei de ir, não podia sair de casa, não podia ter amigos, não podia ir ao cabeleireiro, arranjar-me... fazíamos videochamada todos os dias, se estivesse arranjada ele zangava-se, inclusive tinha de lhe mostrar o crescimento do cabelo”* (sic). A utente desconfiava de infidelidade *“uma vez recebeu uma chamada de*

uma mulher... disse que era a empregada de limpeza. Não acreditei, mas não dei importância” (sic).

Após 6 anos em Lisboa L. decidiu pôr fim ao relacionamento e voltar para casa junto da família, contudo, não foi bem-recebida pelo pai *“ele não achava correto ter-me separado do meu ex-companheiro quando já estávamos a viver juntos... nunca aprovou a relação porque não casamos... nunca estava contente com nada. Tinha que ser tudo a maneira dele” (sic)*, porém, foi viver sozinha para um estúdio *“saí de casa para não lhe responder” (sic).*

Ao longo das consultas a utente desvaloriza esta situação *“não me afetou” (sic)*, no entanto, este acontecimento tem impedido iniciar um novo relacionamento amoroso. Depois deste relacionamento conheceu vários homens, porém, quando se sente atraída e o sentimento é recíproco rejeita essa pessoa *“ele gostava de mim porque queria alguma coisa...os homens são assim” (sic).*

Na atualidade conheceu um homem o N. 13 anos mais novo, divorciado há 1 ano e com uma filha de 4 anos. O discurso inicial de L. foi *“não vai dar certo, ele é muito mais novo” (sic)*, no fim da consulta a utente despediu-se a dizer *“vou dar uma oportunidade para o conhecer” (sic).*

História Pessoal

A utente nasceu de uma gravidez *“não planeada, era comum na altura” (sic).* Descreve a sua infância como *“aterradora” (sic)*, uma vez que o pai era *“agressivo e alcoólico” (sic).* Verbaliza *“se me perguntares coisas boas sobre a minha infância, não tenho, foi um período muito mau...passei muito medo enquanto criança” (sic).* A utente desde pequena observou episódios de violência física *“lá na terrinha ninguém sabia o que acontecia em casa...para os de fora ele era um santo, boa pessoa, mas em casa era o diabo” (sic).* Refere que, quando o pai estava em casa, os irmãos e a utente tentavam não se cruzar com ele para evitar conflitos, no período da noite o pai costumava ir ao bar beber, porém *“ficávamos todos a ver televisão com a minha mãe, mas quando ele chegava a casa a minha mãe mandava-nos ir para a cama para evitar problemas...mesmo assim havia problemas... ele gritava sempre” (sic).*

Concluiu o 9º ano de escolaridade com um desempenho *“normal” (sic)*, verbaliza *“gostava de estudar, não era das melhores, mas também não queria ser” (sic).* Refere *“o*

meu pai obrigou-me a abandonar os estudos, ele dizia que as mulheres tinham de estar em casa, a fazer atividades domésticas” (sic) a utente não ficou surpreendida com a decisão do pai “o meu pai não deixou estudar as minhas irmãs mais velhas por isso já sabia que eu também não ia estudar. Não foi uma surpresa” (sic).

Por volta dos 15 anos, L. encontrava-se por casa pelo que começou a aprender a costurar “*sempre gostei de costurar, gostava de ver a minha mãe... aprendi porque quis, ninguém me obrigou e fico muito feliz por isso” (sic). Aos 23 anos tornou-se costureira “vinham pessoas a casa trazer-me roupa para arranjar, comecei a formar a minha profissão” (sic), é costureira há 30 anos.*

Nos tempos livres costuma ver novelas “*durante a semana não tenho muito tempo, começo a trabalhar muito cedo (9:00h) e acabo o trabalho muito tarde (19:00h)” (sic),* nalgumas ocasiões, ao sábado está com as amigas “*saímos algumas vezes à noite, não é muito frequente” (sic). A utente demonstra elevada autoestima “gosto muito de me arranjar para mim, às vezes não vou sair de casa, mas gosto de me ver bonita” (sic). Ao domingo passa tempo com a mãe “vou sempre lá” (sic). Além disso, refere desejo em ter férias “nunca tive férias, não sei o que é isso...gostava de ir até algum lado” (sic).*

A utente teve muitos pretendentes “*tive sempre muitos namoriscos, mas nada serio” (sic). O primeiro namorado significativo foi com 45 anos de idade “foi muito tarde porque sempre estive muito dependente da minha mãe” (sic), esta relação teve uma duração de 7 anos. Após uns meses de namoro foram viver para Lisboa, porém, após sofrer violência doméstica por parte do ex-companheiro voltou para casa dos pais, onde esteve pouco tempo pois não foi bem-recebida pelo pai. Atualmente vive de forma independente num estúdio desde há 1 ano. Em maio de 2022 conheceu o N., 13 anos mais novo, divorciado e com uma filha de 4 anos de idade, com muito receio refere “vou dar uma oportunidade” (sic). A utente não tem filhos.*

Em termos de doenças significativas, a utente aponta “*a minha única doença é esta comichão, sempre fui uma pessoa muito saudável, não tenho problemas de saúde” (sic),* porém, em contexto de consulta menciona ter úlceras no estômago. No que diz respeito a hábitos, nega consumo de álcool ou drogas. Não realiza atividade física “*gostava, mas não tenho tempo... antigamente andava no ginásio, mas não gostei” (sic). Em relação ao padrão de sono, não é muito reparador referindo que acorda frequentemente durante a noite “tenho pesadelos, normalmente é com a minha mãe, outras vezes é com a caçadeira*



do meu pai, episódios do meu passado... também imagino coisas que possam acontecer" (sic). Sem antecedentes de acompanhamento em consultas de Psiquiatria e Psicologia, nem internamentos psiquiátricos. Relativamente ao consumo de psicofármacos, de acordo com o processo clínico, iniciou a toma de ansiolíticos e indutores do sono.

Na sua família há história de doenças físicas, sendo que a sua mãe já foi submetida a 4 intervenções, um tumor na cabeça, duas hérnias e à rótula no joelho, aguarda cirurgia para remover as cataratas e o útero. O pai tem problemas com o álcool.

Quanto às relações interpessoais refere ter *"poucos amigos, mas bons"* (sic) tendo apontado um grupo constituído por 4 amigas significativas que andaram juntas na escola, menciona *"não nos encontramos frequentemente porque elas agora vivem no Porto e algumas têm a sua família"* (sic). Considera a sua irmã T. *"a minha melhor amiga"* (sic), mantém uma boa relação *"conto-lhe os meus problemas, ela passou e passa pelo mesmo por isso compreende-me"* (sic).

História Familiar

A utente é a terceira de uma fratria de seis filhos. A mãe (M. T.) tem atualmente 84 anos, anteriormente trabalhava numa fábrica de calçado. Refere ter grande proximidade com a mãe *"gosto muito dela, é um amor diferente"* (sic). Tem vários problemas de saúde, facto que tem preocupado a utente *"quando ela esta doente vou logo com ela ao hospital, quando o meu pai esta doente já não acontece isso..."* (sic). Têm uma relação abusiva, pois a mãe projeta as suas angústias na utente sem ter em consideração o sofrimento que está a provocar, menciona *"sou o saco do lixo da minha mãe"* (sic), isto provoca sentimentos de impotência na utente *"não posso fazer nada para a ajudar, ela não aceita ajuda"* (sic). Esta situação provoca que a utente elabore possíveis situações futuras de carácter negativo em relação ao bem-estar da mãe.

O pai (J.) tem atualmente 86 anos e é reformado, trabalhava nos Comboios de Portugal. A utente apresenta dificuldade em verbalizar os sentimentos em relação ao pai *"é horrível dizer isto... nem devia dizer... mas não gosto dele, nunca gostei"* (sic), descreve o relacionamento com o pai como *"difícil"* (sic) devido aos episódios de violência que vivenciou, acrescenta *"piorou após me ter separado do meu ex-companheiro"* (sic). O relacionamento entre os pais *"foi sempre horrível"* (sic), caracterizado pela violência física e psicológica. Ao longo das consultas a utente menciona várias vezes que a mãe vivência



grande sofrimento devido ao relacionamento abusivo com o marido “*a minha mãe tem muito medo dele*” (sic). A utente sugeriu à mãe sair de casa, contudo, mostra-se reticente pois diz ter dificuldades económicas “*ela nunca descontou, o meu pai não permitia, pelo que não tem rendimentos*” (sic), no entanto, a utente verbaliza que isto não constitui um impedimento “*somos muitos irmãos, todos podemos ajudar*” (sic). A T., irmã da utente, mostra-se disponível para ajudar “*ela vive num T2, tem uma filha, diz que a menina pode partilhar o quarto com a avó*” (sic), aponta ainda que a mãe possui uma casa que herdou onde coabitam os dois filhos mais novos “*ela não quer chatear, muito menos tira-los de lá*” (sic), porém, estes filhos nunca foram abordados com a possibilidade de acolher a mãe. Como última hipótese e com grande desespero a utente menciona “*eu não tenho condições porque vivo num estúdio, mas até dormia no sofá se fosse necessário*” (sic). Apesar dos esforços realizados por ajudar a mãe, esta não se mostra disponível para receber ajuda, demonstrando conformidade com a situação.

Relativamente aos seus irmãos, é de assinalar que são duas irmãs mais velhas e três irmãos mais novos. O irmão mais novo emigrou para a Suíça “*foi para lá trabalhar, mas cá entre nos, ele quis é fugir do meu pai... como todos*” (sic), costuma passar as férias em Portugal. Mantém boa relação com os irmãos “*muito boa, gosto muito de todos. Quando um precisa de alguma coisa estamos todos para ajudar, inclusive quando estamos zangados*” (sic), relação de maior proximidade com a irmã mais nova “*é a minha melhor amiga... falamos todos os dias, eu conto-lhe os meus problemas e ela os seus*” (sic). Com a irmã mais velha mantém uma relação mais distante “*ela diz com o meu pai... é a menina dos seus olhos... os outros filhos não temos nada de bom... fala mal de todos, menos dela*” (sic). Referiu ainda no que respeita a relação entre os irmãos “*três dos meus irmãos estão zangados por bens materiais... terreno... já se sabe que há terreno melhor que outro... isto não é motivo para estarem chateados. Olha, eu não me chateio com isso, não trabalhei para nenhum terreno pelo que qualquer um é bom*” (sic).

No que diz respeito à restante família, mencionou apenas um primo da parte paterna que faleceu no início do mês de abril com 24 anos de idade de um acidente de viação durante a madrugada “*foi uma morte muito esquisita... ele apareceu no carro sem cabeça...*” (sic), circunstâncias da morte desconhecidas.

Diagnóstico

De acordo com a história clínica de L. pareceu-nos plausível que a utente apresenta uma **Perturbação de Ansiedade**, categoria **Perturbação de Ansiedade Generalizada**, bem como uma **Perturbação de Sintomas Somáticos** (APA, 2014).

As **Perturbações de Ansiedade** incluem perturbações que partilham características de medo, i.e., resposta emocional a uma ameaça futura iminente real ou percebida, e ansiedade, i.e., antecipação de uma ameaça futura, excessivos e alterações do comportamento relacionadas. A **Perturbação de Ansiedade Generalizada** (Anexo N1) tem como característica essencial a ansiedade e preocupação excessiva sobre vários acontecimentos e atividades que interferem significativamente no funcionamento psicossocial. A intensidade, duração ou frequência da ansiedade e preocupação são desproporcionadas em relação à probabilidade real ou impacto do acontecimento antecipado. O indivíduo tem dificuldade em controlar a preocupação e em evitar que esta interfira na atenção sobre as tarefas que realiza. Indivíduos com esta perturbação preocupam-se com circunstâncias da rotina diária, tais como responsabilidades de trabalho, saúde e finanças, saúde dos familiares, contratempos com os seus filhos ou assuntos menores (e.g. fazer as atividades domésticas ou chegar atrasado a encontros marcados) (APA, 2014).

Percorrendo os critérios desta perturbação, verifica-se que L. apresenta ansiedade e preocupação excessiva desde aproximadamente 2 anos relacionada com a sua saúde física (sintomas somáticos) e a saúde e bem-estar da mãe, pois tem vários problemas de saúde e vive com um agressor (Critério A). Verifica-se dificuldade em controlar a preocupação, pois acredita que os sintomas somáticos têm uma causa orgânica desconhecida, para além disso, tem dificuldade em gerir as angústias da mãe “*não sei como proceder com a situação da minha mãe*” (sic), bem como, tem dificuldade em controlar os sintomas da ansiedade (e.g. dor muscular, dificuldade em respirar, alterações no sono), dificuldade em gerir a sobrecarga laboral (Critério B) e preocupação por não encontrar um parceiro. Este conjunto de dificuldades e preocupações interferem no seu funcionamento (e.g. na atividade laboral e no dia-a-dia) (Critério D). No que toca ao Critério C, a utente refere que “*quase todos os dias*” (sic) desde aproximadamente 2 anos experimenta nervosismo, dificuldades de concentração, tensão muscular e perturbações do sono. Para além disso, a

ansiedade da utente não é explicada através de uma condição médica, consumo de substâncias nem por outra perturbação mental (Critério E e F).

A **Perturbação de Sintomas Somáticos** (Anexo N2) enfatiza os diagnósticos feitos com base em sintomas e sinais positivos em vez da ausência de uma explicação médica para os sintomas somáticos. A característica principal não são os sintomas somáticos em si, mas sim a maneira como eles se apresentam e são interpretados, i.e., os sintomas somáticos são geradores de mal-estar e concomitantemente verifica-se a presença de pensamentos (e.g. atenção focada nos sintomas somáticos, preocupação acerca da doença), sentimentos e comportamentos (e.g. procura repetida de ajuda médica) anormais em resposta a estes sintomas (APA, 2014).

Geralmente, os indivíduos apresentam sintomas somáticos múltiplos que são geradores de *stress* ou que resultam numa disrupção significativa da vida quotidiana, apesar de por vezes apenas estar presente um sintoma grave, mais comumente dor. Os sintomas somáticos sem explicação médica evidente não são suficientes para justificar este diagnóstico, o sofrimento dos indivíduos é autêntico. Os sintomas podem ou não estar associados a outra condição médica, se estiver presente outra condição médica ou existir elevado risco de a desenvolver, os pensamentos, sentimentos e comportamentos associados a esta condição são excessivos. Além disso, tendem a apresentar níveis elevados de preocupação acerca da doença, avaliando os seus sintomas corporais de forma excessivamente ameaçadora, prejudicial ou perturbadora e pensam com frequência o pior em relação à sua saúde. Assim, as preocupações com a saúde podem assumir um papel central na vida do indivíduo, tornando-se uma característica da sua própria identidade e dominando as relações interpessoais, experienciando normalmente um mal-estar que está focado sobretudo nos seus sintomas somáticos e no seu significado. Existe em regra um nível elevado de utilização de cuidados médicos que é raro aliviarem as preocupações do indivíduo, sendo que a avaliação médica e o tratamento podem ser considerados como inadequados (APA, 2014).

Percorrendo os critérios desta perturbação, verifica-se que L. apresenta um sintoma somático que causa mal-estar no seu quotidiano, sendo este a comichão (Critério A). A utente apresenta excessiva preocupação em relação à sua saúde e ao seu sintoma (Critério B), apresentando pensamentos ruminativos acerca da gravidade do sintoma, inclusive após os médicos apontarem que não existe uma causa orgânica que o justifique (Critério B1),

apresenta ainda níveis de ansiedade persistentemente elevados relacionados com o sintoma “*não sei o que tenho, ninguém sabe... isso deixa-me ansiosa*” (sic) (Critério B2) e dedica grande parte do seu tempo a este sintoma, pois refere que é uma preocupação constante no seu dia-a-dia desde aproximadamente 2 anos (Critério B3), o que indica gravidade moderada. O sintoma está presente há sensivelmente 2 anos (Critério C).

Formulação do Caso

Tendo em conta o diagnóstico realizado, estamos perante uma senhora que apresenta ansiedade relacionada com vários acontecimentos e preocupações que deram origem a um sintoma somático sem causa orgânica que o justifique. Assim sendo, tendo em conta a história clínica e as problemáticas apresentadas pela utente, podemos identificar alguns fatores de influência no desenvolvimento da sua problemática, nomeadamente os predisponentes, os precipitantes e os de manutenção.

Verifica-se que os fatores biológicos, psicológicos e ambientais têm um papel importante em indivíduos com sintomas somáticos, assim sendo, no que diz respeito aos fatores predisponentes, a literatura indica que a história dos sintomas pode ter início em fases precoces da vida, sendo que as adversidades na infância estão associadas a maior risco de desenvolver problemas psicológicos e somáticos em fases adultas (Croicu et al, 2014), certamente, a utente apresenta história de abuso psicológico por parte do pai.

No que diz respeito aos fatores precipitantes que fazem referência a elementos da vida de um indivíduo que têm relação cronológica com o início dos sintomas ou que precipitam uma crise (Croicu et al., 2014) é possível identificar dois acontecimentos e preocupações que podem ter conduzido ao surgimento de sintomas somáticos. Sendo estes, as recentes intervenções cirúrgicas da mãe, bem como o receio pelas futuras; e o medo relacionado com a segurança e bem-estar da mãe, pois é ameaçada de morte pelo pai.

Por fim, as dificuldades atuais da paciente parecem estar a ser mantidas por vários fatores (Croicu et al., 2014), sendo estes, a recente sobrecarrega laboral; a ausência de justificação orgânica para o sintoma somático após a procura de vários médicos, o que poderá ter originado o recente agravamento da ansiedade e, conseqüentemente, dos sintomas somáticos; a dificuldade em associar os sintomas somáticos a ansiedade; o medo por não ter um relacionamento amoroso; e a ausência de estratégias de coping para lidar com as angústias da mãe, pois o facto da mãe da utente estar sempre a procura-la com este

tipo de narrativas faz com que a utente reviva frequentemente o passado e antecipe possíveis situações futuras de caráter negativo, por outro lado, a conformidade que a mãe da utente expressa em relação ao relacionamento abusivo com o marido provoca sentimentos de impotência na utente. Ainda, o facto de não realizar atividades prazerosas que permitam deslocar a atenção e pensamento para outras atividades faz com que a utente ocupe o pensamento nas suas preocupações e medos.

Intervenção

O processo de intervenção teve início a 03 de fevereiro de 2022 e terminou a 18 de maio de 2022. Totalizando assim 7 consultas com uma duração média de 45 minutos. As primeiras três consultas tiveram uma frequência quinzenal, as restantes foram realizadas de 3 em 3 semanas, pois integrei a utente num grupo terapêutico de relaxamento. Durante este processo foi procurada a promoção de uma relação terapêutica de forma que a utente encontrasse nas consultas um local seguro e onde a confidencialidade estivesse salvaguardada. A recolha de informação ocorreu através da utente ao longo das consultas e do processo clínico.

O processo de intervenção foi traçado tendo em conta os objetivos demarcados pela utente, bem como pelas queixas apresentadas ao longo das consultas, porém, foram utilizadas diferentes estratégias preconizadas pelo MCC (psicoeducação, reestruturação cognitiva, tarefas para casa, controlo do *stress*, planificação de atividades, resolução de problemas). Aquando da introdução destas técnicas foi explicada a sua importância e a necessidade de colaboração e compromisso, destacando o papel da utente na eficácia do processo terapêutico.

– Processo de intervenção

A primeira consulta teve como principal objetivo compreender o motivo da consulta e recolher informação sobre a história clínica da utente, obtendo assim dados gerais sobre a sua identificação, história do problema e história familiar. No primeiro contacto percebi que a utente não compreendia como o sintoma somático poderia estar relacionado com a ansiedade, pelo que utilizei a técnica da psicoeducação para esclarecer as dúvidas da utente e melhorar a compreensão da problemática. É importante mencionar que recusou falar acerca da sua infância e da relação familiar pelo que explico que se

encontra num lugar seguro, garantindo a confidencialidade, porém abordo estes temas numa próxima consulta.

Na segunda consulta a utente trouxe a temática dos relacionamentos amorosos expressando desejo em iniciar um pelo que grande parte desta consulta foi utilizada para abordar este tema. Nesta consulta percebi que a utente foi vítima de violência doméstica no contexto familiar, bem como, por parte do ex-companheiro, motivo pelo qual na atualidade tem grande dificuldade em envolver-se e confiar nos homens. Tentei perceber os contornos da relação amorosa traumática para compreender as crenças da utente em relação aos homens. Seguidamente, utilizei a técnica da reestruturação cognitiva para alterar o pensamento disfuncional por outro mais adaptativo e assertivo, de forma que a utente pudesse compreender que as pessoas, neste caso os homens, não são todos iguais e que o facto de ter acontecido uma vez não implica que vá acontecer sempre.

Recolhi também alguns dados sobre as suas relações interpessoais, o que me levou à conclusão de que apresenta um grupo consistente de amigas. Menciona passar tempo com elas, não sendo muito frequente isto acontecer. Porém, encorajei a aumentar a vida social de forma a não “esperar” pelo convite. Por fim, de forma a diminuir os níveis de ansiedade sugiro iniciar atividade física (e.g. caminhadas ou bicicleta).

A utente iniciou a seguinte consulta a dizer “*fiquei a pensar no que estivemos a falar na consulta passada*” (sic) pelo que abordamos novamente o desejo de iniciar um relacionamento amoroso, bem como, as crenças associadas ao mesmo. Nesta consulta refere ter dificuldade em “*encontrar*” (sic) um parceiro, pois “*não sei fazer isso*” (sic). Por este motivo, reforcei a necessidade de iniciar atividades prazerosas e aumentar as saídas com as amigas de forma a conhecer pessoas novas, sendo esta uma forma de encontrar um possível companheiro. Relembrei a importância do compromisso para possibilitar a eficácia do processo terapêutico. Acrescentei ainda “*ele não vem tocar à sua porta*”, frase que desencadeou o primeiro sorriso da utente. Após esta consulta a atitude da utente mudou completamente mostrando-se com uma postura corporal mais aberta, colaborante e um discurso fluente.

Ensinei a técnica da respiração diafragmática para que possa recorrer à mesma nos momentos de maior ansiedade, mencionando a importância do seu treino em casa. Ainda sugeri integrar num grupo terapêutico de relaxamento, pois apresenta benefícios a nível do controlo e diminuição da ansiedade, no sono, entre outros. Refere não ter disponibilidade

para integrar no grupo devido ao horário de trabalho. A utente trabalha de forma autónoma pelo que tem mais facilidade em gerir o seu horário, explico que “*temos tempo para tudo*” é uma questão de organização, acrescento ainda “*pode colocar um papel na porta a dizer que as quartas-feiras abre mais tarde, por volta das 10h*”. A utente aceita integrar no grupo de relaxamento.

A quarta consulta teve como objetivo perceber a dinâmica familiar e a história de vida da utente uma vez que na primeira consulta mostrou dificuldade em abordar estes temas, porém, sugiro no sentido de refletir sobre a sua vida como se estivesse a traçar uma linha, passando pela sua infância até à atualidade. Nesta consulta tive conhecimento de vários episódios significativos da vida da utente (e.g. episódios de violência doméstica, abuso de álcool do pai), é de realçar que mencionava apenas episódios de caráter negativo, pelo que pedi para me dizer episódios de caráter positivo (e.g. gosta da sua atividade laboral ou momentos divertidos com os irmãos). Incentivei a refletir e recordar com maior frequência estes episódios de caráter positivo, pois repercutem-se no humor e disposição para com a vida.

Durante a consulta mostra-se bastante preocupada com duas situações: a saúde e segurança da mãe e a arma de fogo que possui o pai, com a qual ameaça matar a mulher. Porém, questionei onde se encontrava a arma, pois deve estar trancada e sem munições, para além disso, deve ter o porte de armas legalizado, caso contrário, pode ser feita uma queixa anónima à GNR. A utente respondeu que ia comunicar esta informação à irmã, pois já tinha referido que queria apresentar uma queixa. Relativamente à saúde da mãe, explico que o mais importante é dar suporte de forma a que se sinta querida e apoiada. No que diz respeito a segurança da mesma, reforço que já sugeri a mãe sair de casa e que esta mostra-se reticente, tem de aceitar a decisão da mãe, mostrando-se disponível para ajudar em qualquer decisão futura. Para finalizar a consulta questionei acerca do envolvimento em atividades prazerosas, respondeu “*não tenho muito tempo para isso, há dias fiz uma caminhada* (sic).

A quinta consulta começou pela verificação de novos acontecimentos desde a última consulta, tendo referido que faleceu um primo por acidente de viação. Mostrava-se impactada por ter sido uma morte trágica e repentina, no entanto, não exibiu grande abalo emocional, pois apenas informou sobre o acontecimento sem choro e sem outorgar grande importância. Abordei vários aspetos do acontecimento, e.g. como obtive conhecimento da



morte, como reagiu, circunstâncias da morte, entre outros. Na continuação, em conjunto com a utente realizamos uma planificação semanal, pois na consulta anterior referiu não ter tempo para realizar atividades prazerosas. O facto de trabalhar grande parte do dia e não tirar tempo para ela, para realizar atividades prazerosas, faz com que a ansiedade aumente e fique mais desanimada, pois referiu acabar a semana muito cansada e “*sem vontade de fazer nada*” (sic).

Assim, com o objetivo de quebrar a monotonia da rotina e acrescentar novas atividades realizamos uma planificação semanal, onde colocamos os dias da semana, as horas de trabalho e os tempos livres. Sugeri diversas atividades para realizar nos tempos livres (e.g. aulas de yoga, aulas de pilates, caminhadas). A utente mostrou-se animada com a introdução de atividades durante a semana “*acho boa ideia, até tenho um ginásio perto de casa*” (sic). Com o intuito de reforçar a procura e o início de uma atividade, sugeri ir ao ginásio pedir informações. Como tarefa para casa sugeri planificar as férias e/ou uma saída de fim-de-semana com as amigas. No decorrer desta consulta a utente menciona melhorias a nível do controlo da ansiedade graças às orientações em consulta e às técnicas aprendidas no grupo terapêutico, refere ainda que o sintoma somático está a diminuir, principalmente nas zonas onde era mais intenso.

A seguinte consulta foi focada no medo em relação ao bem-estar e segurança da mãe, menciona que vivencia grande sofrimento junto do marido. Encontrava-se abalada e com uma expressão e tom de voz triste, pois tem dificuldade em gerir a situação da mãe. Apresentava dificuldade no controlo do choro. Em conjunto com a utente analisamos as várias alternativas sugeridas a mãe com o intuito de resolver o problema. Reforço o explorado em consultas anteriores, o mais importante é respeitar a decisão da mãe, mostrando-se sempre disponível para ajudar. Ainda, refere agravamento do sintoma somático há três dias, pelo que procuro perceber os contornos da situação (e.g. acontecimentos recentes), quando questionado refere não ter acontecido nenhum evento significativo, no entanto, com o decorrer da consulta verbaliza que o pai não sai do quarto e não come há três dias. Após a explicação da correlação entre os acontecimentos, a utente compreendeu que o agravamento da sintomatologia era consequência da preocupação com o pai. Relembro a necessidade de iniciar uma atividade física de forma a reduzir a tensão e a ansiedade.

Na última consulta, a utente encontrava-se contente, animada, com boa disposição e com um sorriso notório. Explica que conheceu um homem, pelo que tentei perceber os contornos do seu início e os objetivos de futuro. Refere dificuldade em acreditar nas boas intenções do mesmo, no entanto, assegura estar a fazer um esforço por alterar o seu pensamento por outro mais assertivo, como sugerido várias vezes ao longo das consultas. Para além disso, explica que após a realização da planificação semanal, iniciou atividades prazerosas durante a semana (caminhadas e aulas de pilates no ginásio), ainda, em conjunto com uma amiga vai fazer um cruzeiro pelo Douro pelo que valorizei a mudança de atitude e de hábitos, verbalizando “*está de parabéns*”. Por fim, refere melhorias significativas a nível do sintoma somático.

– **Situação atual**

Após as 7 consultas com a utente considero importante realçar alguns aspetos que fazem referência ao seu quadro clínico. São de realçar alguns feitos concretizados pela utente, como o envolvimento em atividades prazerosas durante a semana (caminhadas e aulas de pilates); o aumento da socialização (passa mais tempo com os amigos e conheceu pessoas novas); e ter programado uma viagem, pois é um desejo que a utente queria concretizar. É importante realçar a notável melhoria no controlo da ansiedade através das indicações sugeridas em contexto de consulta e participação no grupo de relaxamento, bem como, a melhoria na capacidade de identificação do pensamento disfuncional e a sua substituição por outro mais realista e assertivo.

Assim, considero que através da aliança terapêutica e do compromisso e colaboração da utente em todo o processo terapêutico foi possível obter melhorias a nível da problemática principal da utente, o sintoma somático. Face a isto consideramos que apesar de não ter desaparecido na totalidade o sintoma somático, este encontra-se em remissão, pelo que a utente tem alta psicológica pois possui as ferramentas necessárias para controlar a ansiedade e assim controlar e/ou extinguir o sintoma somático, no entanto, indico que caso necessário poderá retomar novamente o acompanhamento psicológico.

Reflexão Pessoal sobre o Caso

Escolhi este caso por ter sido dos primeiros que me foram atribuídos, sendo por isso o caso que me confrontou com a realidade e complexidade da intervenção psicológica.

Um dos primeiros desafios com que me deparei neste caso clínico foi a dificuldade em estabelecer uma relação terapêutica com a utente, pois apresentava respostas muito rígidas, cortantes e monocórdicas, inclusive em várias ocasiões recusou abordar determinados temas, o que me obrigou a aprender a contornar as situações e a lidar com a recusa dos utentes. Percebi que ao utilizar o humor os pacientes sentiam-se mais próximos de mim e que isso facilitava a aliança terapêutica, bem como, a adesão ao processo terapêutico, sem nunca esquecer os limites em termos de terapeuta-paciente.

De certa forma compreendia a atitude da utente, pois estava desesperada por encontrar a causa orgânica que provocava o sintoma somático e considerava a ajuda psicológica uma “*perda de tempo*”, no entanto, desde o início senti a necessidade de estabelecer uma relação terapêutica sólida pois existia o risco de abandono do acompanhamento ou a não adesão ao processo terapêutico, porém, ter conseguido a aliança terapêutica foi dos momentos mais gratificantes com a utente.

Inicialmente considerei que o mais importante era explicar à utente a relação existente entre a ansiedade e a somatização. De seguida, o grande objetivo foi reduzir os níveis de ansiedade através do envolvimento em atividades físicas prazerosas, aumento da vida social, modificação do pensamento disfuncional, estruturação da rotina, técnica da respiração diafragmática. Ao reduzir a ansiedade o sintoma somático diminuiria em termos de intensidade, pelo que poderia demonstrar à utente a relação existente entre ambos.

Este caso foi gratificante pois a utente aderiu às orientações terapêuticas, por vezes com alguma dificuldade, mas com ajuda e o desejo de mudança da utente foi possível obter melhorias significativas a nível da problemática principal. O feedback positivo permitiu-me compreender a eficácia do processo terapêutico. Ainda, através da alteração do pensamento disfuncional por outro mais assertivo a utente permitiu-se ser feliz, pois iniciou a tão desejada relação amorosa.

Para finalizar quero mencionar que gostava de ter acompanhado a evolução da utente até ao desaparecimento do sintoma somático, no entanto, o término do meu estágio fez-nos tomar a decisão de dar alta à utente. Esta decisão foi refletida com cuidado, acreditamos que possui as ferramentas necessárias para a resolução da problemática.

2.8. Apresentação do Caso Clínico II

Dados de Identificação

A R. é do sexo feminino, tem 18 anos, é portuguesa e é natural e residente em Paredes. Tem o 12º ano de escolaridade. Atualmente prepara-se para fazer os exames de acesso à faculdade, ensino básico. É solteira e sem filhos. Vive com os pais, a mãe (L.) com 47 anos e o pai (L.) com 50 anos, ambos empregados. Tem uma irmã de 27 anos que trabalha num escritório.

Genograma Familiar

Figura 3

Genograma familiar de R.

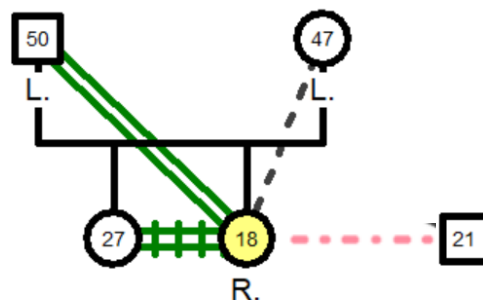


Figura 4

Legenda do Genograma Familiar de R.



Pedido e Motivo da Consulta

O encaminhamento para a consulta de Psicologia foi feito por parte do seu médico psiquiatra assistente do DPSM do CH. Quando questionada sobre o motivo da consulta verbalizou “*pedi para vir à consulta de Psicologia porque sinto-me sempre muito ansiosa, dói-me o peito...sinto uma espécie de aperto, não sei explicar. Também estou sempre irritada e com falta dar*” (sic). Além disso, foi possível apurar outras queixas relacionadas com medos em relação ao futuro e ao relacionamento amoroso, baixa autoestima, problemas a nível familiar e, ainda, impulso inconsciente de arrancar cabelos, bem como de roer as unhas.

Relativamente às expectativas criadas sobre as consultas de Psicologia referiu “*gostava de ter uma vida normal, não me sentir mais assim*” (sic).

Processo de Observação Clínica

A utente apresentou-se nas consultas sozinha. Trata-se de uma jovem de estatura média, com peso acima da média, de olhos e cabelo castanhos. Compareceu nas consultas com uma aparência cuidada e adequada ao contexto, aparenta ter uma idade coincidente com a real. Apresentou-se com um vestuário adequado, investido e colorido.

No decorrer das consultas manteve-se sempre vígil, orientada no tempo e espaço e com um contacto ocular adequado, acompanhado sempre por um sorriso. Inicialmente ostentava uma postura ansiosa caracterizada pela movimentação excessiva dos braços, porém, com o decorrer da consulta a postura tornava-se descontraída. A paciente iniciava as consultas a gaguejar e à medida que decorria deixava de o fazer. Com discurso adequado, fluente e organizado, sempre que necessário devolveu-me a palavra. Humor ansioso. Mostrava-se colaborante e motivada para a mudança, pois ao finalizar as consultas realizava um breve resumo dos pontos mais importantes abordados, bem como, das ações a executar para possibilitar a mudança. Sem ideação suicida desde há 2 anos.

A relação terapêutica foi adequada, caracterizada pelo respeito, empatia e compreensão. A utente referiu que a proximidade de idades facilitava a relação terapêutica.

História do Problema

– Problema principal

A problemática principal de R. teve início há 7 anos “*muitas pessoas não sabem dizer quando começaram os seus problemas ou quando começaram a sentir-se mal, eu sim. Sei perfeitamente*” (sic). A utente apresenta sintomatologia ansiosa “*sinto-me sempre muito ansiosa, dói-me o peito...sinto uma espécie de aperto, não sei explicar. Também estou sempre irritada e com falta dar*” (sic) acrescenta ainda que o padrão de sono não é reparador, tem dificuldade em conciliar o sono e acorda frequentemente durante a noite “*tenho também muitos pesadelos, sonho coisas que me dão medo, como a situação da minha mãe ou o meu futuro... não consigo dormir*” (sic).

A utente foi encaminhada para o Serviço de Psiquiatria do CH através do seu médico de família, após pouco tempo de ter iniciado este acompanhamento a utente solicitou ao seu médico psiquiatra encaminhamento para o Serviço de Psicologia “*tenho uma amiga que anda no psicólogo, ela disse-me que está a ajudar muito, que foi a melhor decisão da vida dela. Eu também preciso de ajuda... muita. Por isso pedi acompanhamento psicológico*” (sic). Assim sendo, iniciou as consultas de Psicologia a 17 de janeiro de 2022. Quando questionada refere “*é a minha primeira vez no psicólogo*” (sic).

Apresenta sintomatologia ansiosa há 7 anos, no entanto, refere agravamento da mesma desde dezembro de 2022, “*quero entrar na faculdade... estou a preparar-me para os exames nacionais. Isto está a deixar-me muito mal... não penso em outra coisa*” (sic). O aumento recente da sintomatologia ansiosa desencadeou em “*crises de ansiedade*” (sic), descritas pela utente como “*episódios onde não consigo respirar... é estranho, parece que vou morrer*” (sic).

Com o objetivo de perceber qual o acontecimento que terá ocasionado o surgimento da problemática principal da utente, relata um passado traumático caracterizado por várias tentativas de suicídio da mãe “*não imaginas o que é pensar que podes perder a tua mãe a qualquer momento*” (sic). As tentativas de suicídio da mãe iniciaram quando a utente tinha 11 anos de idade após ambos os progenitores terem ficado desempregados ao mesmo tempo ocasionando problemas económicos severos “*os meus pais passaram muitas dificuldades... mas a minha mãe não aguentou, é mais fraca do que o meu pai*” (sic). A utente relata a primeira tentativa de suicídio da mãe pois terá sido descoberta por ela



“estávamos as duas sozinhas em casa, eu no meu quarto. Depois de muito tempo sem ouvir nem saber da minha mãe decidi ir a sua procura. Estava na casa de banho com a porta fechada. Quando entrei estava deitada no chão, com espuma na boca e com imensas caixas de medicamento à volta. Não sabia o que fazer, era só uma criança. Decidi ligar ao meu pai” (sic). Quando questionada refere *“não sei quantas tentativas de suicídio realizou, já foram muitas, perdi a conta”* (sic).

A paciente refere que a mãe, desde aproximadamente 2 anos, não faz tentativas de suicídio, no entanto, numa consulta menciona *“há duas semanas tentou suicidar-se, ingeriu medicamentos, mas não eram suficientes para morrer, ela tem conhecimento disso”* (sic), porém, poderá ser uma forma de chamar a atenção. Aquando do início das tentativas de suicídio da mãe refere ter tido pensamentos suicidas *“pensava: e se morresse? ninguém quer saber. Ou estava a andar na rua e pensava: posso matar-me ali ou atirar-me por ali...”* (sic). Na atualidade nega ideiação suicida.

Estes eventos foram extremamente traumáticos para a utente pois existia a possibilidade de perder a progenitora. Refere ter vivenciado elevado sofrimento, o que a levou a considerar que *“ia morrer aos 18 anos, pensava que não ia aguentar esta situação. Mas com o tempo habituei-me”* (sic), apresentava dificuldade em lidar com o futuro. Embora negue tentativas de suicídio da mãe na atualidade, vivencia grande medo de que isto volte a acontecer *“não estou tranquila em casa, os barulhos assustam-me, penso que ela caiu ou que fez alguma coisa. O contrário também me assusta, quando está tudo em silêncio, penso que morreu. Estou sempre em alerta”* (sic).

Os eventos traumáticos do passado podem ter ocasionado o surgimento e a manutenção da sintomatologia ansiosa, pois são eventos com carga emocional negativa e elevados níveis de ansiedade. A figura paterna da utente proibiu abordar este tema *“ele não me deixa falar sobre isto, às vezes preciso de desabafar, falar com ele, mas ele não quer”* (sic). Ao longo das consultas é denotada a necessidade da utente de partilhar as suas preocupações com o pai, porém, este não se mostra recetivo. Acredita que falar sobre o sucedido irá desestabilizar psicologicamente a mãe e provocar novamente tentativas de suicídio. Por este motivo criou um blog onde expressa as suas preocupações *“é reconfortante. Também é uma forma de comunicar, de desabafar e de me sentir apoiada”* (sic).

Recentemente a sintomatologia ansiosa tem vindo a piorar, pois a utente depara-se com um novo desafio, o acesso à faculdade e a admissão na carreira de sonho, ensino básico. Isto tem aumentado a ansiedade da utente, refere “*não sei estudar, parece que nada me fica na cabeça*” (sic), apresenta dificuldade em estudar de forma eficaz e em utilizar as técnicas de estudo mais adequadas.

– **Outros problemas**

Além do problema principal, a utente foi verbalizando ao longo das consultas a existência de problemas no seu relacionamento amoroso, refere sentir-se sempre muito irritada com ele sem motivo aparente “*simplesmente estou irritada, ele não merece*” (sic). O facto de a utente pretender realizar a sua formação académica longe do seu local de residência tem suscitado dúvidas em relação ao futuro da relação amorosa “*não quero uma relação à distância, vou estar em Portugal, mas longe dele, só nos vamos ver ao fim-de-semana*” (sic). Perante esta situação, o companheiro tem vindo a sugerir ir viver com a utente, mas não se sente preparada. Importante, também, de referir que não se sente compreendida pelo companheiro “*não me sinto compreendida, ele não vê a realidade que eu lhe conto, duvida do que lhe digo*” (sic), menciona que na presença do companheiro os progenitores alteram o seu comportamento, de forma a ocultar a relação distante e a falta de comunicação com a utente, e.g. mostram-se carinhosos com a utente. Isto gera dúvidas no companheiro, pois não observa as queixas relatadas pela utente.

Foi, ainda, possível verificar presença de baixa autoestima verbalizada pela própria “*não me sinto bem com o meu corpo. Não gosto de nada de mim, nem fisicamente, nem a minha personalidade. Viro os espelhos ao contrário*” (sic), quando questionada, refere baixa autoestima desde o 10º ano, período onde foi vítima de *bullying* devido ao sobrepeso. Refere ter sobrepeso como consequência de um problema de saúde nos joelhos que a impossibilita de realizar qualquer atividade física “*não consigo andar mais de três minutos seguidos...quanto mais fazer exercício*” (sic). Considera-se “*chata, sou insuportável, ninguém pode gostar de mim, eu não tenho nada de bom*” (sic). Refere “*sinto uma bola a crescer dentro de mim, algo que me diz que não sei fazer nada, então começo a chorar*” (sic), verifica-se sentimentos de incompetência, pois não se sente capaz de executar atividades do quotidiano (e.g. cozinhar), o que desencadeia em frustração e choro.

O anseio por reduzir o seu peso levou a utente há 1 ano atrás, a perder 40 Kg em 4 meses, através do exercício físico (e.g. ginásio) e sem realizar uma dieta saudável e equilibrada “*simplesmente deixei de comer. O meu pai chamava para comer e eu dizia que já tinha comido ou que comia mais tarde*” (sic), porém, em junho de 2022 teve anemia, originada segundo a utente pela ausência de ingestão de alimentos durante o período de uma semana “*ando obcecada com as calorias, como e sinto-me mal, muito mal mesmo*” (sic), refere não ter contado isto a ninguém, inclusive ao seu médico nutricionista “*disse que não sabia porque tinha anemia, claramente não lhe contei que não comia. Só sabe a doutora*” (sic).

Como consequência do agravamento da condição física, foi impossibilitada de realizar exercício físico pelo que engordou 20 Kg desde março de 2022, menciona realizar uma dieta saudável e equilibrada sem ajuda de um especialista “*como poucas quantidades, comida saudável, de 4 em 4 horas*” (sic). Isto tem piorado a sua autoimagem “*agora tenho pior autoestima. Estou a controlar a minha alimentação, mas mesmo assim estou gorda... necessito voltar a fazer exercício, mas não posso. Não sei o que fazer*” (sic).

Além desta situação, a utente mencionou na última consulta sentir-se preocupada, pois tem vindo a arrancar fios de cabelo e pelos das sobrancelhas e das pestanas, sem consciência do início deste comportamento. Relativamente a frequência, refere realizar o comportamento quando não está a fazer nada (e.g. deitada na cama), no entanto, é uma estimativa, pois o impulso é inconsciente, menciona “*dou fé algumas vezes, mas não sempre*” (sic). Realizou várias tentativas sem sucesso de acabar com este comportamento “*pensava que me podia controlar, mas a maior parte das vezes não dou fé*” (sic), a utente é solicitada a parar o comportamento através de terceiras pessoas (e.g. pai e irmã), pois é automático.

A utente não tem pelo nas sobrancelhas nem nas pestanas, para além disso, em zonas específicas da cabeça não tem cabelo. Encontrou estratégias de forma a ocultar as consequências da condição, e.g. o penteado e a franja para ocultar as sobrancelhas. Esta condição gera falta de controlo da situação e vergonha, pois apesar das tentativas de pôr fim ao comportamento não foi bem-sucedida, ainda, esta condição veio piorar a sua autoestima e as relações interpessoais “*que vão pensar as pessoas de mim?*” (sic). Para além de arrancar o cabelo, recentemente, começou a roer as unhas.

História Pessoal

A utente nasceu de uma gravidez “*planeada e desejada*” (sic). Descreve a sua infância como “*normal. Era uma criança risonha, estava sempre a rir*” (sic). Menciona que quando criança estava frequentemente doente (e.g. garganta inflamada, otites) pelo que procurou frequentemente ajuda de profissionais de saúde. Decorrente desta situação afirma ter a “*síndrome da bata branca*” (sic) pois mostra-se ansiosa quando está junto de um profissional da saúde com bata “*faz-me lembrar a minha infância, a bata para mim significa estar internada no hospital*” (sic).

A utente descreve o seu desempenho académico como “*bom*” (sic), considera-se uma boa aluna. No 10º ano foi vítima de *bullying* devido ao sobrepeso. Quando questionada, refere ter sofrido violência física e verbal “*eram muito maus comigo, batiam-me...esperavam por mim à entrada da sala e batiam-me. Também me chamavam nomes, como baleia ou feia. Diziam que era a pessoa mais gorda da escola*” (sic). Nunca fez queixa aos professores nem aos progenitores pois “*na altura achava que merecia*” (sic), atualmente acredita ter sido uma forma de autopunição pelo sobrepeso.

Terminou o 12º ano com uma média de 12 valores. Em termos de futuro, pretende realizar ensino superior, o curso de ensino básico, porém, aguarda pela realização dos exames de acesso à faculdade. Pretende realizar a candidatura nas faculdades de Aveiro com o intuito de sair do mau ambiente familiar, sendo que regressaria a casa de duas em duas semanas, contudo, relata em várias ocasiões medo em abandonar a mãe.

Enquanto aguarda pela realização dos exames nacionais, iniciou a 01 de março de 2022 o Curso de Técnica de Gestão e Produção de Mobiliária, com a finalidade de manter-se ocupada “*não é uma coisa que goste, mas assim não estou em casa*” (sic). Tem a duração de 1 ano e uma carga horária das 9:00h às 17:00h. Menciona dificuldade na adaptação “*no início foi estranho, não tenho facilidade em fazer amigos*” (sic), no entanto, conseguiu estabelecer relações e atualmente conta com um grupo de amigos “*costumamos sair, hoje à noite vamos sair*” (sic).

Nos tempos livres não realiza nenhuma atividade, sendo que passa grande parte do dia isolada no quarto, apenas fica na cama a fazer uso do telemóvel.

A utente não teve muitos pretendentes “*os rapazes não gostavam de mim, porque era gorda*” (sic). O primeiro namorado significativo, com duração na atualidade, foi aos 16 anos. O companheiro tem 21 anos de idade, trabalhava numa fábrica de calçado,



atualmente encontra-se desempregado. Define o relacionamento como bom, no entanto, menciona várias vezes *“ele não me merece”* (sic) pois sente-se frequentemente irritada e sem paciência. Em termos de futuro, acredita que o relacionamento terá fim *“ninguém aguenta estar ao lado de uma pessoa como eu. Ele nunca se queixou porque sabe que sou assim... se calhar está tudo na minha cabeça... mas eu não aguentava estar com uma pessoa como eu”* (sic). A utente não tem filhos.

Em termos de doenças significativas, aponta Anemia, Sinovite (o processo de produção/absorção do líquido sinovial sofre um desequilíbrio, como resultado, a articulação do joelho se enche de líquido) em ambos os joelhos e Joelho Valgo (joelhos que se tocam). Realizou fisioterapia durante três meses, porém relata aumento significativo da dor *“por vezes a dor é tanta que nem consigo andar”* (sic), recentemente desistiu da fisioterapia. Existe a opção de corrigir os problemas de saúde da utente através de um procedimento cirúrgico, no entanto, os médicos mostram-se reticentes devido à tenra idade. No que diz respeito a hábitos, nega consumo de álcool ou drogas. No passado realizava atividade física (ginásio) *“gostava de retomar, mas não posso, os meus joelhos não aguentam, nem consigo andar. Estou proibida pelos médicos”* (sic). Em relação ao padrão de sono, não é muito reparador referindo que acorda frequentemente durante a noite e apresenta dificuldade em regular o sono *“tenho também muitos pesadelos, sonho coisas que me dão medo, como a situação da minha mãe ou o meu futuro... não consigo dormir”* (sic). Sem antecedentes de acompanhamento em consultas de Psiquiatria e Psicologia, nem internamentos psiquiátricos.

Na sua família há história de doenças psicológicas pois segundo a utente a mãe apresenta um diagnóstico de depressão com tentativas de suicídio.

Quanto às relações interpessoais, refere ter *“poucos amigos”* (sic) fazendo referência a três amigas da escola. Menciona *“não costumo estar com elas porque foram viver para o Porto, agora trabalham lá, fica muito longe para mim”* (sic), no entanto, menciona que costuma sair com os amigos do companheiro *“os meus amigos são os seus amigos... não sei se isto é bom”* (sic). Após ter iniciado o curso profissional formou um grupo consistente de amigos *“agora saio muito com eles”* (sic), no entanto, apresenta pensamentos ruminativos disfuncionais, pois acredita que os amigos vão-se cansar dela *“sou insuportável, ninguém gosta de mim. Estou sempre irritada”* (sic).

História Familiar

A utente é a segunda de uma fratria de dois filhos. A mãe (L.) tem atualmente 47 anos e trabalha num lar de idosos. Descreve o relacionamento com a mãe como “*mau*” (sic), relação caracterizada por discussões, motivo pelo qual a utente decidiu isolar-se no quarto de forma a evitar confrontações “*está sempre zangada comigo, não percebo porque*” (sic) existe pouca comunicação entre as duas “*ela não tem paciência para mim, sinto mesmo isso*” (sic). Afirmo que a mãe abandonou a ajuda psicológica “*já foi a algum tempo*” (sic) e que terá recebido um diagnóstico de depressão. O pai (L.) tem atualmente 50 anos e trabalha numa firma de móveis. Relação de proximidade com o pai “*confio muito nele*” (sic). Descreve o relacionamento com o pai como “*muito bom*” (sic), no entanto, refere desejo em melhorar a comunicação, pois o pai não permite abordar determinados assuntos que a utente considera importantes. O relacionamento entre os pais foi “*sempre bom*” (sic) caracterizado pelo respeito, contudo, atualmente a relação é mais distante “*a minha mãe já não se preocupa com ele, não quer saber de ninguém, mas ele preocupa-se com ela*” (sic).

Relativamente à irmã, tem 27 anos e trabalha num escritório. Mantém uma relação de grande proximidade “*é o meu grande apoio... falo tudo com ela... ela compreende-me e dá-me bons conselhos*” (sic), porém, ao longo das consultas foi possível observar sentimentos de ciúme em relação à irmã “*os meus pais quando ela está em casa mudam completamente, até a minha mãe fala com ela. É a preferida*” (sic).

Diagnóstico

De acordo com a história clínica de R. pareceu-nos plausível que a utente apresenta uma **Perturbação de Ansiedade**, categoria **Perturbação de Ansiedade Generalizada**; bem como uma **Perturbação Obsessivo-Compulsiva**, categoria **Tricotilomania** (APA, 2014).

As **Perturbações de Ansiedade** incluem perturbações que partilham características de medo, i.e., resposta emocional a uma ameaça futura iminente real ou percebida, e ansiedade, i.e., antecipação de uma ameaça futura, excessivos e alterações do comportamento relacionadas. A **Perturbação de Ansiedade Generalizada** (Anexo N1) tem como característica essencial a ansiedade e preocupação excessiva sobre vários acontecimentos e atividades que interferem significativamente no funcionamento

psicossocial. A intensidade, duração ou frequência da ansiedade e preocupação são desproporcionadas em relação à probabilidade real ou impacto do acontecimento antecipado. O indivíduo tem dificuldade em controlar a preocupação e em evitar que esta interfira nas tarefas que realiza. Indivíduos com esta perturbação preocupam-se com circunstâncias da rotina diária, tais como responsabilidades de trabalho, saúde e finanças, saúde dos familiares, contratempos dos seus filhos ou assuntos menores (e.g. fazer as atividades domésticas ou chegar atrasado a encontros marcados) (APA, 2014).

Percorrendo os critérios desta perturbação, verifica-se que a utente apresenta ansiedade e preocupações excessivas há mais de 6 meses face a vários aspetos, sendo estes, a integridade da mãe, o seu sobrepeso e a relação amorosa, familiar e interpessoal (Critério A), sendo que a condição tem vindo a piorar face a realização dos exames de acesso à faculdade. Verifica-se dificuldade em controlar a preocupação, pois a utente apresenta pensamentos ruminativos em relação ao bem-estar da mãe; acredita não ser capaz de estudar de forma eficaz; e tem dificuldade em controlar os pensamentos disfuncionais em relação a ela própria (Critério B), este conjunto de dificuldades e preocupações interferem no seu funcionamento (Critério D). No que toca ao Critério C, refere que “*todos os dias*” (sic) desde aproximadamente 7 anos experimenta dificuldades de concentração, fadiga, irritabilidade e perturbações no sono. Para além disso, a ansiedade da utente não é explicada através de uma condição médica, consumo de substâncias nem por outra perturbação mental (Critério E e F).

As **Perturbações Obsessivo-Compulsivas** são caracterizadas pela presença de obsessões e/ou compulsões. As obsessões dizem respeito a pensamentos, impulsos ou imagens recorrentes e persistentes que são vivenciados como intrusivos e indesejados. As compulsões são comportamentos repetitivos ou atos mentais que um indivíduo se sente compelido a executar em resposta a uma obsessão ou de acordo com regras que devem ser aplicadas rigidamente. A característica principal da **Tricotilomania** (Anexo O1) é o arrancar do próprio cabelo de forma recorrente. Esse comportamento pode ocorrer em qualquer região do corpo em que crescem pelos, sendo que os locais mais comuns são o couro cabeludo, as sobrancelhas e os cílios. Os locais de onde é arrancado o cabelo pode variar com o tempo. O ato de arrancar o cabelo pode ocorrer em breves episódios distribuídos durante o dia ou durante períodos menos frequentes mas mais intensos que podem continuar por horas.

O ato de arrancar o cabelo pode vir acompanhado de um conjunto de comportamentos ou rituais, assim sendo, os indivíduos podem procurar um tipo de pelo em particular (e.g. pelos com uma textura ou cor específica), podem tentar arrancar o pelo de uma forma específica (e.g. de modo que a raiz saia intacta) ou podem analisar pela visão, tato ou oralmente o cabelo depois de o arrancar (e.g. enrolar o cabelo entre os dedos, puxar o fio entre os dentes, morder o cabelo ou engoli-lo). O ato de arrancar o cabelo também pode ser precedido ou acompanhado de vários estados emocionais como a ansiedade ou tédio, tensão ou gratificação, prazer ou alívio quando arrancado. O comportamento de arrancar o cabelo pode ser consciente ou mais automático (APA, 2014).

Percorrendo os critérios desta perturbação, verifica-se que a utente arranca o próprio cabelo de forma recorrente, o que resulta em perda de cabelo, pois não tem pelo nas sobrancelhas nem nas pestanas, inclusive, apresenta espaços carecas no couro cabeludo. A utente emprega um conjunto de estratégias de forma a esconder a condição (e.g. penteado, franja) (Critério A). Importante, ainda, mencionar que realizou várias tentativas falhadas para pôr fim ao comportamento (Critério B), este comportamento interfere no seu funcionamento (e.g. social) (Critério C). Esta condição não é explicada através de uma condição médica nem pelos sintomas de outro transtorno mental (Critério D e F).

Intervenção

O processo de intervenção teve início a 17 de janeiro de 2022 e terminou a 09 de maio de 2022. Totalizando assim 5 consultas com uma duração média de 45 minutos. As consultas realizaram-se com uma frequência quinzenal ou mensal, dependendo da disponibilidade da utente. Durante este processo foi procurada a promoção de uma relação terapêutica de forma que a utente encontrasse nas consultas um momento seguro e onde a confidencialidade estivesse salvaguardada. A recolha de informação ocorreu através da utente ao longo das consultas e do processo clínico.

O processo de intervenção foi traçado tendo em conta os objetivos demarcados pela utente, bem como, pelas queixas apresentadas ao longo das consultas, porém, foram utilizadas diferentes estratégias preconizadas pelo MCC (psicoeducação, reestruturação cognitiva, distração ativa, tarefas para casa, registo de automonitorização de comportamentos e pensamentos automáticos disfuncionais, controlo do *stress*, treino de

assertividade, resolução de problemas). Aquando da introdução destas técnicas foi explicada a sua importância e a necessidade de colaboração e compromisso, destacando o papel da utente na eficácia do processo terapêutico.

– **Processo de intervenção**

A primeira consulta teve como principal objetivo compreender o motivo da consulta e recolher informação sobre a história clínica da utente, obtendo assim dados gerais sobre a sua identificação, história do problema, história familiar e história pessoal. Nesta consulta a utente encontrava-se com uma expressão e tom de voz triste e dificuldade no controlo do choro. Abordou o acontecimento que deu origem à ansiedade, às tentativas de suicídio da mãe, a relação com a mesma e a falta de comunicação com o pai. Tentei perceber os contornos da dinâmica familiar (e.g. como era a relação no passado e na atualidade com os diferentes membros da família).

De forma a finalizar a consulta, questionei acerca das relações interpessoais e a forma como ocupa o dia-a-dia, percebi que a utente passa grande parte do dia isolada no quarto sem realizar nenhuma atividade prazerosa, motivo pelo qual ruma constantemente as suas preocupações. Também percebi que apresenta baixa retaguarda social, pois as amigas mudaram de residência, porém apenas convive com os amigos do companheiro e não frequentemente. Sugeri procurar e iniciar uma atividade prazerosa de forma a pôr fim ao isolamento, também com o intuito de conhecer pessoas novas e aumentar a vida social. Para além disso, encorajei a procurar as amigas da escola com mais frequência.

A utente iniciou a seguinte consulta animada, contente. Explica que, como sugerido, em conjunto com a irmã procurou atividades a realizar de forma a ocupar o seu tempo livre, por isso vai iniciar o Curso de Técnica de Gestão de Produção de Mobiliária, cuja duração é de 1 ano com uma carga horária das 9h às 17h. Tentei perceber os contornos dessa decisão (e.g. a escolha do curso, carga horária, transporte). Refere também aumento da vida social, pois tem passado mais tempo com os amigos do companheiro “*saímos muitas vezes à noite*” (sic). Face a isto mostrei-me contente e expliquei a importância do compromisso de forma a possibilitar a eficácia do processo terapêutico. Valorizei também o esforço e a mudança de atitude e de hábitos dizendo “*está de parabéns*”.

Seguidamente, a utente abordou a relação com a mãe, mostrando-se triste face à possibilidade de uma nova tentativa de suicídio. Explorei o início deste comportamento,

qual a frequência, reação da utente e dos membros da família, última tentativa de suicídio, acompanhamento psicológico e psiquiátrico, entre outros. Percebi que a mãe abandonou as consultas de psicologia e que na atualidade continua a realizar tentativas de suicídio, no entanto, para chamar a atenção pois refere “*ela tem conhecimento de que não vai morrer*” (sic). Face a isto encorajo a utente a centrar-se em si mesma e no seu futuro, mostrando-se disponível para ajudar caso seja necessário, sem nunca esquecer que o seu bem-estar físico e psicológico é a sua maior prioridade.

Outra situação que preocupa a utente é a falta de comunicação com o progenitor, referindo que não lhe é permitido abordar a situação da mãe, o pai acredita que isto irá destabilizá-la. Exploro os contornos desta situação e percebo que a utente aborda o assunto na presença da mãe “*quando estamos a jantar, por exemplo*” (sic) o que poderá incomodar o pai, pelo que sugiro falar na ausência da progenitora. De forma a compensar a falta de comunicação com o pai a utente encontrou uma estratégia adaptativa, pois começou a escrever num blog, porém tentei perceber que tipo de coisas coloca no blog sendo, em muitas ocasiões, imagens com mensagens tristes.

Ainda nesta consulta a utente menciona ter baixa autoestima mostrando-se insegura e incapaz de realizar qualquer atividade (e.g. cozinhar, limpar a casa, estudar) pelo que sugeri a técnica da reestruturação cognitiva de forma a alterar o pensamento disfuncional por outro mais adaptativo e assertivo, pois muitos dos pensamentos da utente não são lógicos, e.g. refere não saber cozinhar, no entanto, realiza algumas refeições em casa e nunca obteve queixa por parte dos progenitores. Peço a utente para realizar uma tabela com os pensamentos disfuncionais onde deve constar o sentimento/que estou a fazer/pensamento/resposta alternativa.

Para finalizar a consulta, a utente menciona sentir-se muito preocupada com a sua saúde, pois tem dor no peito e falta dar, explico que são sintomas derivados da ansiedade, fazendo uso da técnica da psicoeducação. Por fim, ensinei técnicas para controlar a ansiedade, como a distração ativa e o pensamento lógico.

Na terceira consulta a utente trouxe a temática da área vocacional expressando desejo em realizar o curso de ensino básico. Refere vivenciar níveis elevados de ansiedade pois encontra-se a estudar para os exames de acesso à faculdade. Pondera estudar longe do local de residência de forma a sair do mau ambiente familiar, no entanto mostra-se reticente pois não quer deixar a mãe por medo ao que possa acontecer. Reforço a

importância de se focar em si mesma e de prosseguir com os seus objetivos. Percebo, ainda, que o companheiro da utente sugeriu ir viver com ela quando for estudar, porém, não se sente preparada e não sabe como comunicar essa decisão. Reforço novamente a importância da comunicação. Sugiro ensaiar o discurso de forma a diminuir a ansiedade, facilitar a comunicação e ser mais assertiva.

Para finalizar a consulta ensinei a técnica da respiração diafragmática para que possa recorrer a ela nos momentos de maior ansiedade, mencionando a importância do seu treino em casa.

A quarta consulta teve como objetivo inicial monitorizar a adaptação ao curso profissional verificando-se dificuldade na interação com os outros, no entanto, assegura ter feito um esforço por contrariar o pensamento disfuncional por outro mais assertivo, como sugerido ao longo das consultas, conseguindo assim integrar num grupo de amigos. Valorizei o esforço e a mudança de atitude. Na continuação, mostrou a tabela com os pensamentos disfuncionais (Anexo O2) verificando-se que a utente identifica os pensamentos desadaptativos e o pensamento lógico do mesmo. Mostra-se triste pois refere identificar com facilidade o pensamento lógico mas dificuldade em pô-lo na prática. Face a isto valorizei o esforço e expliquei que a identificação do pensamento lógico é importante para possibilitar a mudança. Reforço a necessidade de colocar isto na prática de forma a tornar o pensamento adaptativo/lógico automático.

Para além disso, observei na tabela comentários negativos face à sua aparência pelo que tentei explorar qual o início da baixa autoestima, percebi que a utente foi vítima de *bullying* devido ao sobrepeso. A utente confessa ter problemas físicos que impossibilitam a realização de exercício físico motivo pelo qual engordou 20 Kg, mostra-se preocupada com a situação pois não sabe como reduzir o seu peso de forma saudável. No passado refere ter realizado longos períodos de jejum com a finalidade de perder peso. Incentivei a procurar ajuda de um nutricionista para perder peso de forma saudável e reforcei a necessidade de ser realista, não mentir, pois ninguém vai julgá-la. Referi, ainda, que o jejum não será a melhor opção para perder peso. Reforcei a necessidade de iniciar uma atividade física (e.g. pequenas caminhadas) de forma a quebrar o sedentarismo, mostrando-se também benéfico para a perda de peso e diminuição da ansiedade. Tendo em conta que decidiu abandonar a fisioterapia por ter piorado a sua condição física, sugeri falar com o seu médico com o intuito de procurar uma alternativa.

A utente iniciou a última consulta a dizer “*estou irritada*” (sic), com dificuldade no controlo do choro. Procuo perceber qual o motivo, porém, menciona estar sempre irritada com ela mesma, com a família, companheiro e amigos. A irritabilidade preocupa bastante a utente, pois acredita que vai afastar as pessoas que gosta, e.g. refere estar sempre irritada com o companheiro e que ele está cansado desta situação, no entanto ele nunca manifestou isso, descreve o companheiro como “*compreensivo*” (sic). Novamente apresenta pensamentos disfuncionais. Explico que um dos sintomas da ansiedade é a irritabilidade e reforço a necessidade de iniciar uma atividade física de forma a reduzir a tensão, bem como, a necessidade de alterar o pensamento disfuncional por outro mais assertivo.

No decorrer da consulta manifesta preocupação com uma outra situação, refere dificuldade em estudar para os exames de acesso a faculdade. Percebo que o problema está na técnica de estudo, pois é desorganizada, refere “*estou o dia todo a estudar... mesmo assim parece que não sei nada*” (sic). Esta não é uma boa técnica de estudo, pois é cansativo e dá a sensação de não ter tempo suficiente para estudar, sugiro colocar em prática outros métodos de estudo de forma a identificar o mais eficaz. Sugiro colocar metas de estudo realistas, selecionar a matéria de estudo, definir um tempo de estudo realista, incorporar descansos onde deve sair da zona de estudo, ler em voz alta, sublinhar, fazer resumos, entre outros.

Ao finalizar a consulta a utente diz “*posso fazer uma pergunta antes de ir embora? É normal arrancar o cabelo? Não sei se é a si que tenho de contar isto, se calhar é ao meu médico*” (sic), face a isto realizei uma breve recolha de informação de forma a perceber quais as zonas onde arranca o cabelo, desde quando, em que situações e a consciência do comportamento. Percebi que o comportamento é automático, sem conhecimento do início.

Encaminhei a utente para outro psicólogo, no entanto sugeri realizar uma tabela com a zona/situação/pensamento de forma a automonitorizar o comportamento, pois ao tornar o comportamento consciente é possível controlá-lo e extingui-lo. Peço para falar acerca desta situação com o novo psicólogo, bem como, trazer a tabela.

– **Situação atual**

Após as 5 consultas com a utente considero importante realçar alguns aspetos que fazem referência ao seu quadro clínico. São de realçar alguns feitos concretizados pela utente, como o envolvimento numa atividade de forma a ocupar os tempos livres (início do



curso profissional); o aumento da socialização (passa mais tempo com os amigos e conheceu pessoas novas); e o esforço por alterar o pensamento disfuncional por outro mais assertivo (acredita não ser capaz de fazer amigos, no entanto, após contrariar este pensamento fez novas amizades). Considero importante realçar que através da aliança terapêutica e do compromisso e colaboração da utente em todo o processo terapêutico, será possível obter melhorias a nível da problemática principal da utente, o quadro de ansiedade. A utente foi encaminhada para outro psicólogo, devido ao término do meu estágio, pois é importante continuar a trabalhar as problemáticas e dificuldades da utente, nomeadamente, a redução e controlo da ansiedade, a baixa autoestima, o envolvimento em atividades prazerosas, a área vocacional, a tricotilomania e o relacionamento familiar e amoroso.

Reflexão Pessoal sobre o Caso

Escolhi este caso por ter abordado uma perturbação nunca antes observada em contexto de consulta, a Tricotilomania. Fiquei surpreendida após a utente ter revelado a sua preocupação por arrancar fios de cabelo, pois em contexto de consulta não observei a ausência de pestanas nem sobrancelhas, porém, após estudar a perturbação percebi que os indivíduos utilizam estratégias de forma a esconder a falta de cabelo, o que rapidamente me fez pensar na franja da utente e a frequente necessidade de colocá-la bem.

A proximidade de idades facilitou o estabelecimento da aliança terapêutica, assim como a compreensão e empatia em relação as problemáticas da utente, pois na adolescência, por exemplo, são frequentes os problemas de autoestima, onde as características diferentes dos outros são vivenciadas com medo e insegurança.

Este caso foi gratificante pois a utente mostrava-se sempre com boa disposição, atitude positiva e grande desejo de mudança pelo que aderiu com facilidade às orientações terapêuticas, no entanto, o curto período de acompanhamento não permitiu observar ainda grandes melhorias no que diz respeito as suas problemáticas. Considero que deve ser realizado muito trabalho psicoterapêutico com a utente com o objetivo de diminuir o sofrimento psicológico e melhorar a qualidade de vida. A perturbação depressiva da mãe acaba por ter bastante influencia na problemática da utente, porém é denotada dificuldade por parte da utente em compreender que a mãe tem uma doença mental, não aceitando e transformando esta ideia em que a mãe não gosta dela.

Para finalizar quero mencionar que gostava de acompanhar a evolução da utente e auxiliar na resolução das suas problemáticas, porém, o término do meu estágio fez-nos tomar a decisão de encaminhar a utente para outro profissional.

Conclusão

Cheguei à última parte deste relatório de estágio e tenho a oportunidade de expor a minha reflexão crítica acerca deste período, porém, decidi exprimir os sentimentos e emoções que vivenciei, pois é o que iriei guardar desta etapa. Ainda me recordo do que senti no primeiro dia de estágio, a emoção por vivenciar e experimentar aquilo que sonhei desde pequena: ser PSICÓLOGA.

A minha experiência de estágio teve uma duração de nove meses e posso dizer, com total certeza, que foram os nove meses mais intensos e exigentes de todo o meu percurso académico. De facto, é uma etapa de grande aprendizagem onde aprendemos como realizar uma consulta, dinamizar um grupo terapêutico, como avaliar, diagnosticar... mas também como relacionar-nos e criar uma relação terapêutica com os utentes, pessoas com características tão próprias, únicas e desafiantes.

A motivação, empenho e desejo de aprendizagem caracterizaram este percurso juntamente com o anseio de exercer a profissão, porém, quem me conhece sabe que também esteve presente o medo, a ansiedade e a angústia por cumprir as expectativas, fazer as coisas da melhor forma e o bem aos utentes. Durante este percurso a minha orientadora teve um papel fundamental, pois os meus medos e preocupações sempre foram contrariados por ela, outorgando-me segurança e confiança em mim mesma.

Sem dúvida que o contacto e a realização de consultas eram a parte mais esperada, mas também a mais desafiante, nesse momento senti o significado da palavra responsabilidade, pois passei a lidar com as pessoas e com o seu sofrimento, pessoas que vinham à consulta com as suas expectativas e que esperavam ser compreendidas, apoiadas e ajudadas. Quando iniciei a prática clínica de forma autónoma o meu maior medo era não saber o que dizer, este medo acompanhou-me durante algum tempo, contudo, com o passar do tempo e a confrontação do medo este sentimento foi desaparecendo. Atualmente, posso dizer que não sinto medo, a dinâmica das consultas flui com naturalidade. O período de observação foi fundamental para a prática clínica autónoma pois observei diversas situações e permitiu-me perceber o que deveria dizer aos utentes.

Foram vários os desafios que marcaram esta etapa, grande parte dos pedidos de consulta que recebíamos eram devido a perdas, perdas significativas, trágicas e inesperadas. Para mim foi muito difícil aprender a lidar com o sofrimento dos outros,

aprender a controlar as minhas próprias emoções e aprender a abordar o assunto de forma adequada, porém, a exposição a estas situações ajudou neste processo. As consultas em contexto de internamento, para mim, foram emocionalmente mais difíceis, pois confrontava-me com pessoas com doenças terminais, neste contexto, a psicologia tem um papel fundamental. Aprendi que não estamos preparados para lidar com as próprias perdas nem com as perdas dos outros.

Encerro esta etapa orgulhosa do meu percurso e da profissional em que me tornei. Posso afirmar que me sinto preparada para exercer esta incrível profissão. Pronta para o próximo desafio.

Referências Bibliográficas

- Adrados, I. (1982). *Teoria e Prática do Teste de Rorschach* (7ª edição). Editora Vozes LTDA.
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-V: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (5ª edição). Climepsi Editores.
- Brown, L., Sherbenou, R. J., & Johnsen, S. K. (1995). *Test de Inteligencia No Verbal - TONI 2* (2ª edição). *Apresiasi de la Habilidad Cognitiva Sin Influencia del Lenguaje*. Publicaciones de psicología aplicada TEA Ediciones, S. A.
- Croicu, C., Chwastiak, L., & Katon, W. (2014). Approach to the Patient with Multiple Somatic Symptoms. *Medical Clinics of North America*, 98(5), 1079-1095.
<http://doi.org/10.1016/j.mcna.2014.06.007>
- Derogatis, L. R., & Unger, R. (2009). Symptom Checklist-90-Revised. *The Corsini Encyclopedia of Psychology*. <http://doi.org/10.1002/9780470479216.corpsy0970>
- Eyal, C., & Lindgren, H. C. (1977). The House-Tree-Person Test as a Measure of Intelligence and Creativity. *Perceptual and Motor Skills*, 44(2), 359-362. <http://doi.org/10.2466/Pms.1977.44.2.359>
- Ferreira, C., Machado, M., & Rocha, A. M. (2008). *WAIS: Escala de Inteligência de Wechsler para Adultos* (3ª Edição): Manual Técnico. CEGOC-TEA.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. (1995). The Structured Clinical Interview for DSM-III-R Personality Disorders (SCID-II). Part I: Description. *Journal of Personality Disorders*, 9(2), 83–91. <http://doi.org/10.1521/pedi.1995.9.2.83>
- Freitas, S., Simões, M. R., Alves, L., & Santana, I. (2015). The Relevance of Sociodemographic and Health Variables on MMSE Normative Data. *Applied Neuropsychology: Adult*, 22(4), 311-319.
<http://doi.org/10.1080/23279095.2014.926455>

- Hodgson, R. J., & Rachman, S., (1977). Obsessional-Compulsive Complaints. *Behaviour Research and Therapy*, 15(5), 389–395. [http://doi.org/10.1016/0005-7967\(77\)90042-0](http://doi.org/10.1016/0005-7967(77)90042-0)
- Hussain, S. (2021). *Guidance and Counselling*. Fundamentals of Psychological Testing, 173-179.
- Hutz, C. (2015). *Psicometria*. O que é a Avaliação Psicológica - Métodos, Técnicas e Testes. Artmed, 11-21.
- Leal, I., Pimenta, F., & Marques, M. (2012). *Intervenção em Psicologia Clínica e da Saúde: Modelos e Práticas* (1ª edição). Intervenção em Psicologia Clínica e da Saúde. Editora LDA, 11-16.
- Leichsenring, F., Hiller, W., Weissberg, M., & Leibing, E. (2006). Cognitive-Behavioral Therapy and Psychodynamic Psychotherapy: Techniques, Efficacy, and Indications. Literature Review. *American journal of psychotherapy*, 60(3), 233-259.
- Mioshi, E., Dawson, K., Mitchell, J., Arnold, R., & Hodges, J. R. (2006). The Addenbrooke's Cognitive Examination Revised (ACE-R): a Brief Cognitive Test Battery For Dementia Screening, 21(11), 1078–1085. <http://doi.org/10.1002/gps.1610>
- Peixoto, B., Machado, M., Rocha, P., Macedo, C., Machado, A., Baeta, E., Gonçalves, G., Pimentel, P., Lopes, E., & Monteiro, L. (2018). Validation of the Portuguese Version of Addenbrooke's Cognitive Examination III in Mild Cognitive Impairment and Dementia. *Advances in Clinical and Experimental Medicine*, 27(6). <http://doi.org/10.17219/acem/68975>
- Ribeiro, J., & Leal, I. (1996). Psicologia Clínica da Saúde. *Análise Psicológica*, 4(14), 589-599.
- Sequeira, J. (2022). A Escultura Familiar: Aplicações Terapêuticas nas Terapias Sistêmicas. *Nova Perspectiva Sistêmica*, 29(68), 19-30. <http://doi.org/10.38034/nps.v29i68.525>

Silva, D., Novo, R., Prazeres, N., & Pires, R. (2006). *Inventário Multifásico de Personalidade de Minnesota (Adolescentes): Versão Experimental Portuguesa do MMPI-A*. Centro de Investigação em Psicologia e Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.

Teixeira, J. A. C. (2004). Psicologia da Saúde. *Análise Psicológica*, 3(22), 441-448.
<https://doi.org/10.14417/ap.214>

Wenzel, A. (2017). Basic Strategies of Cognitive Behavioral Therapy. *Psychiatric Clinics of North America*. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2017>.

Relatório de Estágio

Parte II – Anexos

Marta Sofia Pinto Alves

Relatório de Estágio conducente ao Grau de Mestre em Psicologia da Saúde e
Neuropsicologia

Gandra, janeiro de 2023

Marta Sofia Pinto Alves

Relatório de Estágio conducente ao Grau de Mestre em Psicologia da Saúde e
Neuropsicologia

Relatório de Estágio

Parte II - Anexos

Trabalho realizado sob a Orientação de Joana Soares, Prof^ª. Dr

Índice de Anexos

Anexo A – Cronograma das Atividades Executadas Durante o Estágio

Anexo B – Casos Clínicos de Avaliação Psicológica e Neuropsicológica

Anexo C – Exemplo de Relatório de Avaliação Psicológica

Anexo D – Descrição dos Instrumentos de Avaliação Psicológica Utilizados

Anexo E – Descrição das Sessões do Grupo de Apoio a Pacientes Depressivos

Anexo F – Proposta De Programa de Estimulação Neuropsicológica

Anexo G – Descrição das Sessões do Grupo de Estimulação Neuropsicológica

Anexo H – PowerPoint de Estimulação da Memória do Grupo de Reabilitação Neuropsicológica – Sessão 5 e 6

Anexo I – Proposta De Programa do Grupo de Relaxamento

Anexo J – Descrição das Sessões do Grupo de Relaxamento

Anexo K – Casos Clínicos de Acompanhamento Individual

Anexo L – Formações Complementares

Anexo M – Certificados De Presença

Anexo N – Apresentação do Caso Clínico I

Anexo N1 – Critérios de Diagnóstico para Perturbação de Ansiedade Generalizada

Anexo N2 – Critérios de Diagnóstico para Perturbação de Sintomas Somáticos

Anexo O – Apresentação do Caso Clínico II

Anexo O1 – Critérios de Diagnóstico para a Tricotilomania

Anexo O2 – Tabela dos Pensamentos Disfuncionais

Anexo A

Cronograma das Atividades Executadas Durante o Estágio

Atividades / mês	Set.	Out.	Nov.	Dez.	Jan.	Feb.	Março	Abril	Maió	Junho	Julho
Formação de Integração	█										
Observação da Prática Psicológica e Consultas no Internamento	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█
Observação e Realização de Avaliações Psicológicas e Neuropsicológicas	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█
Presença na Reunião da EIHS CP	█	█									
Prática Clínica Supervisionada					█	█	█	█	█	█	█
Coterapia: Grupo de Apoio a Pacientes Depressivos					█	█	█	█	█		
Coterapia: Grupo de Reabilitação Neuropsicológica					█	█	█	█	█		
Coterapia: Grupo de Relaxamento							█	█	█		

Realização do Capítulo I

Realização do Capítulo II

Realização da Reflexão Final

Anexo B

Casos Clínicos de Avaliação Psicológica e Neuropsicológica



Identificação	Nº	Motivo da Consulta	Instrumentos	Destino	Observação
	Consultas		Aplicados		
A. S. 19 anos	1	Avaliação de personalidade. Diagnóstico de Esquizofrenia?	Rorschach	Alta	Assisti à avaliação.
A. S. 27 anos	1	Sintomatologia obsessiva.	MOC	Alta	Assisti à avaliação.
P. B. 27 anos	1	Avaliação de personalidade. Diagnóstico de Esquizofrenia?	MMPI-2 SCL 90-R Rorschach	Alta	Assisti à avaliação.
A. T. 49 anos	2	Pedido de tribunal. Avaliação de personalidade. Possível perturbação da personalidade?	SCL 90-R HTP MMPI-2	Alta	Avaliação realizada por mim.
A. R. 50 anos	2	Efeitos de reforma.	WAIS III	Alta	Assisti à avaliação.
A. P. 49 anos	1	Efeitos de reforma.	ACE-R TONI 2	Alta	Assisti à avaliação.
J. R. 52 anos	1	Avaliação neuropsicológica devido a queixas mnésicas.	ACE-R	Alta	Assisti à avaliação.
T. D. 47 anos	1	Efeitos de reforma.	WAIS III	Alta	Assisti à avaliação.

M. T. 19 anos	1	Avaliação de personalidade. Possível perturbação da personalidade?	SCID - II	Alta	Assisti à avaliação.
M. T. 74 anos	1	Avaliação neuropsicológica. Possível quadro demencial.	ACE-III	Alta	Assisti à avaliação.
M. A. 64 anos	1	Avaliação neuropsicológica devido a queixas mnésicas.	ACE-III	Alta	Assisti à avaliação.
M. J. P. 65 anos	1	Avaliação neuropsicológica pós-grupo de estimulação neuropsicológica.	ACE-III	Alta	Avaliação realizada por mim.
M. M. O. 73 anos	1	Avaliação neuropsicológica pós-grupo de estimulação neuropsicológica.	ACE-III	Alta	Avaliação realizada por mim.
F. C. 51 anos	1	Avaliação neuropsicológica pós-grupo de estimulação neuropsicológica.	ACE-III	Alta	Avaliação realizada por mim.
J. M. S. 56 anos	1	Avaliação neuropsicológica devido	ACE-III	Alta	Assisti à avaliação.

a queixas mnésicas.

M. A. F. 77 anos	1	Avaliação neuropsicológica, quadro de deterioração cognitiva.	ACE-R Mini Mental State Examination	Alta	Avaliação realizada por mim.
M. J. C. 76 anos	1	Avaliação neuropsicológica, quadro de deterioração cognitiva.	ACE-R	Alta	Avaliação realizada por mim.
E. T. S. 54 anos	1	Avaliação neuropsicológica devido a queixas mnésicas.	ACE-III	Alta	Avaliação realizada por mim.
J. M. C. 70 anos	1	Avaliação neuropsicológica devido a queixas mnésicas.	ACE-III	Alta	Avaliação realizada por mim.

Anexo C

Exemplo de Relatório de Avaliação Psicológica



Relatório de Avaliação Psicológica

DOENTE:
PROCESSO CLÍNICO N.º:
DATA DE NASCIMENTO:
PEDIDO EFETUADO POR:
AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA PEDIDA: DETERIORAÇÃO MENTAL

PROCEDIMENTOS DE AVALIAÇÃO

- *Avaliação Cognitiva de Addenbrooke.*

AVALIAÇÃO DO ÍNDICE DE DETERIORAÇÃO MENTAL

ADMINISTRAÇÃO DO SEGUINTE TESTE:

- *AVALIAÇÃO COGNITIVA DE ADDENBROOKE:*

RESULTADOS DOS TESTES ADMINISTRADOS

- ACE III

	Resultado	Pontuação Máxima
Atenção e Orientação	12	18
Memória	17	26
Fluência Verbal	3	14
Linguagem	22	26
<u>Visuo-Espacial</u>	15	16
Total ACE III	69	100

- ATENÇÃO E ORIENTAÇÃO: DÉFICE COGNITIVO LIGEIRO

Orientação: ligeiro comprometimento

Retenção: sem comprometimento

Atenção e Cálculo: severo comprometimento

- MEMÓRIA: DÉFICE COGNITIVO MODERADO

Memória anterógrada: sem comprometimento

Memória retrógrada: ligeiro comprometimento

Memória de evocação: severo comprometimento

Reconhecimento: ligeiro comprometimento



- **FLUÊNCIA VERBAL: DÉFICE COGNITIVO SEVERO**

- **LINGUAGEM: NORMATIVO**

Escrita: sem comprometimento

Repetição: moderado comprometimento

Nomeação: ligeiro comprometimento

Compreensão: sem comprometimento

Leitura: sem comprometimento

- **VISUO-ESPACIAL: NORMATIVO**

Capacidade visuo-espacial: sem comprometimento

Percepção visuo-espacial: ligeiro comprometimento

□

COMPORTEAMENTO OBSERVADO

No decorrer da avaliação psicológica, de um modo geral, a paciente manteve bom contacto visual e uma postura colaborante, observando-se tentativas de desistência em algumas tarefas, nomeadamente a nível da memória, no entanto, a utilização do reforço permitiu a realização destas tarefas. Para além disto, denota-se um afeto congruente e reativo, com discurso fluente e compreensível e com um nível de consciência vígil.

IMPRESSÕES CLÍNICAS, INFERÊNCIAS E CONCLUSÕES

- A avaliação do índice de deterioração mental aponta para percentis situados num nível de **comprometimento cognitivo moderado** denunciando dificuldades nas seguintes áreas avaliadas: atenção e orientação, memória e fluência verbal, denotando-se uma maior pontuação ao nível da fluência verbal, comparativamente às restantes áreas.
- De sublinhar que na interpretação dos resultados foram consideradas as variáveis relacionadas com o nível de escolaridade e a idade.
- Concomitantemente, face aos resultados da avaliação realizada, a paciente beneficia de Grupo de Estimulação Neuropsicológica.

ATENTAMENTE,

DE MAIO DE 2022

Anexo D

Descrição dos Instrumentos de Avaliação Psicológica Utilizados



CESPU

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Rastreo Cognitivo e

Inteligência

Domínio

Instrumento

Descrição

Escala de Inteligência de Wechsler para
Adultos–3ª Edição
(WAIS-III – Ferreira et al., 2008)

Avaliação da inteligência/funcionamento intelectual geral. Constituída por subtestes que se dividem em duas subescalas: Verbal e Realização. Apresenta os seus resultados em termos de QI Verbal (QI V), QI de Realização (QI R) e QI Total/Escala Completa (QI EC).

Test de Inteligencia No Verbal
(TONI 2 – Brown et al., 1995)

Teste de inteligência não verbal. Avalia a capacidade de resolução de problemas de figuras abstratas sem a influência da linguagem e as funções motoras. Constituído por duas formas (A e B) cada uma composta por 55 figuras com ordem crescente de dificuldade. A pontuação direta pode ser transformada em QI ou percentil.

Addenbrooke's Cognitive Examination
(ACE-III – Peixoto et al., 2018)

Instrumento breve de rastreio cognitivo que avalia 5 domínios neurocognitivos: atenção e orientação, memória, fluência verbal, linguagem e visuo-espacial. Pontuações mais elevadas são indicativas de um melhor funcionamento cognitivo. O resultado máximo é de 100 pontos.

Mini-Mental State Examination
(MMSE – Freitas et al., 2015)

Rastreio cognitivo breve (avaliação global das funções cognitivas). Avalia orientação temporal e espacial, retenção/evocação imediata, atenção e cálculo, evocação diferida, linguagem e capacidade construtiva.

Personalidade

Rorschach
(Adrados, 1982)

Teste projetivo constituído por 10 pranchas com manchas de tinta simétricas, das quais 5 são a branco e preto, 2 com introdução da cor vermelha e 3 com cores pastéis. O teste revela a organização básica da estrutura da personalidade, inclusive características da afetividade, sensualidade, vida interior, recursos mentais, energia psíquica e traços do estado intelectual do indivíduo.

*Maudsley Obsessive-
Compulsive Inventory*
(MOCI - Hodgson & Rachman, 1977)

Avalia a existência e extensão de diferentes queixas obsessivo-compulsivas, através de 30 questões de verdadeiro e falso. A pontuação é obtida através do somatório dos itens.

Inventário Multifásico de Personalidade
de Minnesota-2
(MMPI-2 – Silva et al., 2006)

Inventário de autorrelato utilizado para a avaliação da personalidade e psicopatologia. Inclui escalas clínicas, escalas de conteúdo e escalas suplementares, nas quais podemos distinguir algumas escalas de psicopatologia da personalidade e escalas de validade.

Symptom Checklist-90 Revised
(SCL 90-R - Derogatis & Unger, 2009)

Inventário de autorrelato constituído por 90 itens que avaliam sintomas psicológicos e sofrimento psicológico. É composto por varias dimensões: somatização, obsessivo-compulsivo, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranoide e psicoticismo. As pontuações podem ser traduzidas em percentis.

House-Tree-Person Test
(HTP – Eyal & Lindgren, 1977)

Teste projetivo que revela a dinâmica da personalidade através do desenho.

SCID-II
(First et al., 1995)

Entrevista semiestruturada para diagnosticar perturbações da personalidade do Eixo II do DSM. É constituído por 113 itens, no entanto, é possível administrar apenas as perturbações de personalidade de interesse.

Anexo E

Descrição das Sessões do Grupo de Apoio a Pacientes Depressivos

– **Sessão 1: 12/01/2022**

Iniciamos a sessão com a apresentação do programa e dos seus princípios, sendo estes, a confidencialidade de tudo o que é mencionado durante as sessões, a possibilidade de desistir do grupo a qualquer momento e o poder para decidir se quer ou não participar na atividade proposta para cada sessão.

Seguidamente foram apresentados os participantes através de uma atividade prática. Na atividade é pedido para formarem pares com o objetivo de, em 10 minutos, os elementos do grupo entrevistarem-se uns aos outros e, em seguida, cada participante apresentar o colega que entrevistou.

– **Sessão 2: 19/01/2022**

Antes de dar início a uma nova dinâmica, foi finalizada a atividade da sessão anterior, uma vez que não foi possível apresentar todos os participantes do grupo numa única sessão.

Seguidamente, foi iniciada a dinâmica correspondente a segunda sessão, onde foi realizado psicoeducação acerca da depressão. Para isso, é realizada uma apresentação de PowerPoint onde consta o que é a depressão, quais os tipos, sintomas, o que fazer, entre outros. Com o decorrer da apresentação é pedida a opinião dos participantes, de forma a ser uma dinâmica participativa, e é realizada partilha de experiências. Para finalizar, foi colocado um vídeo a modo de síntese da apresentação.

– **Sessão 3: 26/01/2022**

Começamos por questionar como transcorreram os 8 dias desde a sessão anterior, todos os participantes têm espaço para falar livremente do que acharem pertinente.

Na continuação foi explicada a atividade da sessão intitulada de “*Estátua da Família*”. Nesta atividade são representadas as relações existentes entre as pessoas mais próximas ou distantes, mas significativas, da família através da colocação dos seus corpos no espaço. Assim, o participante seleciona um conjunto de pessoas que podem ser outros elementos do grupo ou os profissionais, para representar a sua relação com as pessoas significativas. Quanto mais próxima estiver maior é a ligação, pelo contrário, quanto mais

distante pior é a relação. Na estátua da família podem ser representadas pessoas vivas e falecidos.

Após a colocação de todos os elementos no espaço é pedido para regressarem novamente aos lugares e é questionado aos diferentes elementos, por ordem de colocação, como se sentiram ao representar o papel que lhes foi outorgado, podendo questionar por exemplo a ausência ou presença de algum membro no retrato familiar. É perguntado ao participante se concorda com o exposto pelo colega.

– **Sessão 4: 02/02/2022**

A sessão foi iniciada a perguntar como correram os 8 dias desde a sessão passada, nesta ocasião, foi outorgado maior tempo da sessão para isto, uma vez que a dinâmica para a sessão era continuar com a atividade da estátua da família.

– **Sessão 5: 09/02/2022**

Iniciamos a sessão a questionar como transcorreram os 8 dias desde a sessão anterior, todos os participantes têm espaço para falar livremente do que acharem pertinente.

Seguidamente demos início a dinâmica da sessão intitulada de “*Cadeira Vazia*”. Esta atividade tem como objetivo resolver um problema, conflito ou dilema com outra pessoa ou com nós próprios. Para isso, colocamos duas cadeiras em fila no centro da sala, o participante deve sentar-se na cadeira de trás e é selecionada outra pessoa do grupo para ocupar a cadeira da frente, esta pessoa não deve falar, apenas escuta.

Desta forma, o participante que está colocado na cadeira de trás, fala livremente com a pessoa que escolheu para resolver o seu conflito. Caso o terapeuta queira intervir, deve realizar a questão ao ouvido do outro participante para que este, como representante da pessoa escolhida para resolver o conflito, faça a questão.

Antes de iniciar a dinâmica é questionado quem é a pessoa escolhida para resolver o conflito. Esta é uma dinâmica útil para resolver situações onde a pessoa não conseguiu estabelecer contacto satisfatório nas suas relações interpessoais devido à existência de raiva, ressentimento, vergonha, entre outros.

– **Sessão 6: 16/02/2022**

A atividade proposta para esta sessão tinha como finalidade trabalhar a autoestima, assim sendo, foi explicado aos participantes que selecionamos uma fotografia de uma pessoa muito significativa para cada um deles e que a colocamos dentro de uma caixa. Indicamos que, quando observem a pessoa significativa, não devem dizer quem é, apenas devem apresentá-la, dizer o quanto é importante para eles, que conselho lhe davam e quais as suas qualidades e defeitos. Após dar esta informação aos participantes iniciamos a atividade, sendo que, ao abrirem a caixa deparam-se com um espelho pelo que devem falar deles mesmos.

Para finalizar a sessão, pedimos que para na próxima semana tragam algo que gostem de fazer, e.g. croché, fotografias ou receitas.

– **Sessão 7: 23/02/2022**

Começamos por questionar como transcorreram os 8 dias desde a sessão anterior, todos os participantes têm espaço para falar livremente do que acharem pertinente.

Como pedido na sessão anterior questionamos se trouxeram algo que gostam de fazer, sendo que, só dois participantes o fizeram. Um deles trouxe dois livros com poemas e o outro fotografias de lugares e familiares. Falamos com os participantes sobre os objetos.

Os restantes elementos do grupo referiram não sentir prazer com nenhuma atividade como consequência do quadro depressivo que vivenciam, motivo pelo qual não trouxeram nenhum objeto prazeroso.

– **Sessão 8: 02/03/2022**

A atividade proposta para esta e a próxima sessão consiste em realizar técnicas de relaxamento com o objetivo de trabalhar a ansiedade. Antes de realizar a chamada dos participantes, foi preparada a sala com vários colchões no chão, reduzida a luz da sala e colocado uma música relaxante.

Na continuação, foi explicado ao grupo em que consiste esta e a próxima sessão e pedido para colocarem o telemóvel em silêncio, tirarem os óculos e para não falarem, pois interrompe o relaxamento dos colegas.

Inicialmente é pedido para controlarem a respiração e o pensamento, seguidamente para contrariem e relaxarem todos os músculos do corpo, desde a cabeça até aos pés e, finalmente, é levado os participantes para um lugar imaginário, nesta ocasião, a praia.

– **Sessão 9: 09/03/2022**

Como explicado aos participantes na sessão anterior, esta sessão tem como objetivo continuar a trabalhar a ansiedade através de técnicas de relaxamento. Antes de dar início ao relaxamento, foi questionado aos participantes se sentiram alguma melhoria a nível da ansiedade desde a sessão passada.

Como na sessão anterior, antes de realizar a chamada dos participantes foi preparada a sala com vários colchões no chão, reduzida a luz da sala e colocado uma música relaxante. Foi pedido para colocarem o telemóvel em silêncio, tirarem os óculos e para não falarem.

Inicialmente é pedido para controlarem a respiração e o pensamento e para se concentrarem na música relaxante, seguidamente para contraírem e relaxarem todos os músculos do corpo, desde a cabeça até aos pés e, finalmente, levamos os participantes a viajar no tempo até a sua infância. Esta técnica de viajar no tempo até a infância é intitulada de “*criança interior*”.

– **Sessão 10: 16/03/2022**

Iniciamos a última sessão a questionar como transcorreram os 8 dias desde a sessão anterior. De forma a finalizar o grupo terapêutico realizamos uma atividade onde colocamos imagens de caráter positivo e negativo, coloridas e monocromáticas no chão, direcionadas para os elementos do grupo.

Seguidamente pedimos a cada participante para representar através das imagens como se sentiram no grupo ao longo das sessões e discutimos a seleção das imagens e o processo de mudança no grupo.

Para finalizar informamos quais os participantes que têm alta e quais continuam com acompanhamento psicológico individual.

Anexo F
Proposta de Programa de Estimulação Neuropsicológica

Proposta de Programa de Estimulação Neuropsicológica

O presente Programa de Estimulação Neuropsicológica (PEN) surge da necessidade de dar uma resposta às situações que têm vindo a surgir no âmbito das consultas de psicologia, em que o objetivo geralmente se encontra destinado a uma avaliação cognitiva inicial do doente, para despiste de eventuais défices com expressão patológica.

Este é um programa estruturado e adaptado às limitações e potencialidades de cada pessoa, direcionado para pacientes com diagnósticos de Depressão e eventuais quadros demenciais em instalação, que apresentem a condição de declínio cognitivo ligeiro a moderado.

Concomitantemente, este programa é precedido de uma avaliação neuropsicológica, baseada numa bateria de testes psicológicos que determinam, de forma qualitativa e quantitativa, os défices de várias áreas de funcionamento cognitivo (memória, raciocínio, atenção, orientação, afasias, capacidade visuo-espacial, etc). Nesta avaliação neuropsicológica são também avaliadas as alterações emocionais e limitações nas atividades de vida diárias.

O PEN – Programa de Estimulação Neuropsicológica abrange um vasto leque de funções cognitivas, como:

Organização Percetiva/Perceptual: ampliar competências básicas e complexas de perceção visual e capacidade visuoespaciais, ou seja, a forma como os estímulos visuais são interpretados, integrados e organizados no espaço, e também a resposta motora fina com base nos mesmos estímulos.

Compreensão/fluência verbal: aumentar a compreensão verbal, intervindo no raciocínio verbal, abstrato e concreto, a interpretação literal e figurativa.

Atenção e funções executivas: amplificar competências de atenção externa, auditiva e visual, abrangendo a atenção concentrada, dividida e alternada. Adicionalmente, intervém-se nas funções executivas de uma forma geral, com especial enfoque no planeamento, alternância, tomada de decisão e resolução de problemas.

Memória: intervir ao nível da memória explícita, semântica e episódica, visual e auditiva, com exercícios dirigidos para a memória de curto e longo prazo, memória autobiográfica, com e sem contexto ou pistas semânticas.

Contudo, ao longo da implementação do programa com os pacientes, os exercícios propostos permitem intervir em diversas competências em simultâneo, já que as funções cognitivas estão interligas e dependem umas das outras para um adequado funcionamento.

O PEN baseia-se na premissa da plasticidade cerebral, ou seja, da capacidade que o nosso cérebro tem de acomodar alterações provocadas quer por lesões, no campo da patologia, quer pelo ambiente que nos rodeia e pela sua estimulação. Esta plasticidade permite-nos promover o desenvolvimento cognitivo global e específico, através do treino cognitivo.

Metodologia

Número de participantes: sugere-se que o grupo não exceda os 10 elementos, face a situação atual.

Duração das sessões: O programa compreende 10 sessões com duração de 90 a 120 minutos cada, geridas por um psicólogo: [REDACTED]

Frequência das sessões: A frequência de sessões será repartida do seguinte modo: 3.^a feira, semanalmente.

Tipo de grupo: O grupo, uma vez iniciado, será fechado à entrada de novos pacientes. Esta metodologia facilita o desenvolvimento e a coesão do mesmo.

Instrumentos de trabalho

Em cada sessão, as Estratégias Psicoterapêuticas são implementadas com recurso a suporte teórico e prático, registos e relatos de experiências pessoais dos pacientes. É sugerido aos pacientes a prática das estratégias durante o período intervalar entre as sessões e o preenchimento de alguns registos.

No início de cada sessão procede-se à reflexão e análise dos trabalhos realizados durante a semana e das dificuldades encontradas na sua realização. No final, é desenvolvida uma atividade terapêutica de grupo relacionada com a temática da sessão.

Calendarização

Início: janeiro de 2022

Dias: terça-feira, das 18:00 às 19:30

Local: Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, [REDACTED] sala de Psicoterapia.

Anexo G

Descrição das Sessões do Grupo de Reabilitação Neuropsicológica

– **Sessão 1: 18/01/2022**

A primeira sessão foi iniciada com a apresentação do programa e dos seus princípios, sendo estes, a confidencialidade de tudo o que é mencionado durante as sessões, a possibilidade de desistir do grupo a qualquer momento e o poder para decidir se quer ou não participar na atividade proposta para cada sessão.

Os participantes foram apresentados através de uma atividade prática. Para esta atividade a psicóloga encarregada de gerir o grupo inicia a atividade prendendo no seu dedo um novelo de lã, em seguida apresenta-se e lança o novelo para um dos participantes, este repete o procedimento, prende no seu dedo o novelo de lã e apresenta-se dizendo quem é, de onde vem, profissão, estado civil, maior dificuldade, entre outros. Esta dinâmica continua até todos os participantes serem apresentados. Após a apresentação de todos os participantes é formada uma teia de fios que representa a união do grupo.

Depois é lançado o novelo de lã em sentido inverso indicando o nome da pessoa que lhe tinha lançado o novelo, para além disso, deve indicar uma palavra que o caracterize com a inicial do seu nome, e.g. se o nome da participante é Maria poderá dizer a palavra Montanha.

Por fim, foi pedido aos participantes para recordarem o nome de todos os elementos do grupo para a próxima sessão.

– **Sessão 2: 25/01/2022**

A sessão foi iniciada a perguntar o nome de todos os participantes, como pedido para recordar na primeira sessão. Seguidamente foi questionado como passaram os 8 dias desde a sessão anterior, sendo que, todos os participantes têm espaço para falar livremente.

Na continuação foi explicada a atividade da sessão. Esta atividade trabalha os cinco sentidos. Inicialmente explicamos o que são e quais são os cinco sentidos e a sua relação com a memória. Nesta sessão foram trabalhados o tato e o olfato.

Após esta explicação foi dado início a atividade, relativamente ao tato, é pedido ao participante para fechar os olhos e retirar da caixa um objeto, o objetivo é identificar o objeto através do tato, com a privação da visão. Todos os participantes identificam um total de 3 objetos. Estes objetos podem ser animais, alimentos, objetos escolares, entre outros.

No que diz respeito à atividade do olfato, é pedido aos participantes para fecharem os olhos e para identificarem um objeto através do olfato. No fim foi debatido com os participantes qual era o objeto, este podia ser uma cebola, menta, café, vinagre, entre outros. Caso exista dificuldade em identificar o objeto é dada uma pista, e.g. a categoria a qual pertence.

Por fim, foi pedido aos participantes para treinarem o olfato em casa e recordarem, novamente, o nome de todos os elementos do grupo para a próxima sessão.

– **Sessão 3: 01/02/2022**

Iniciou-se a perguntar o nome de todos os participantes, como passaram a semana, quais são os cinco sentidos e quais os sentidos que foram trabalhados na semana passada. Também foi questionado se trabalharam o olfato em casa e quais as dificuldades encontradas.

Na continuação foi iniciada a atividade da sessão, nesta ocasião foram trabalhados o paladar e a audição. No que diz respeito ao paladar, é solicitado aos participantes para fecharem os olhos, seguidamente é colocado o alimento na mão e é pedido para o introduzirem na boca sem fazer uso do tato. Por fim, é questionado o que era, sendo que podia ser pipocas, amendoim, gomas, uvas passas, entre outros.

Relativamente a atividade proposta para trabalhar a audição, é utilizada a plataforma YouTube para emitir diferentes sons, após escutar atentamente o som é questionado o que era. O som é diferente para cada participante, sendo que cada um ouviu um total de 4 sons. Alguns exemplos de som são: a buzina de um carro, chuva, mar, avião, despertador.

Para finalizar a sessão foi pedido para treinar os sentidos em casa. Para além disso, foi mencionado que na próxima sessão será trabalhada a visão, pelo que é pedido que, caso se aplique, seja utilizado óculos.

– **Sessão 4: 15/02/2022**

A atividade proposta para esta e as próximas duas sessões, tinha como objetivo trabalhar a memória de curto e longo prazo.

Assim sendo, iniciamos a sessão a explicar que o grupo vai ser dividido em duas partes para realizar vários jogos de mesa que têm como objetivo trabalhar a memória de curto e longo prazo.

– **Sessão 5: 22/02/2022**

Como mencionado e explicado aos participantes na sessão anterior, o objetivo desta sessão foi continuar a trabalhar a memória de curto e longo prazo, pelo que, foram propostas duas atividades.

Na primeira atividade apresentamos aos participantes um PowerPoint com um total de 16 rostos. Pedimos para observarem e memorizarem os diferentes rostos durante 10 segundos. Após a visualização dos diferentes rostos apresentamos um total de 3 rostos numerados e pedimos para colocarem numa folha qual dos 3 rostos tinham observado anteriormente. Quando finalizada a atividade, corrigimos e contabilizamos o total de acertos de cada participante.

Na segunda atividade apresentamos uma imagem e pedimos aos participantes para observarem atentamente durante 15 segundos todos os detalhes da mesma. Retiramos a imagem e pedimos para responderem a um conjunto de questões que fazem referência à imagem observada. Para finalizar a atividade corrigimos as questões (Anexo H).

– **Sessão 6: 08/03/2022**

Indicamos a sessão a questionar aos participantes como correram os 8 dias desde a sessão anterior e explicamos que esta será a última sessão onde será trabalhada a memória de curto e longo prazo.

Assim sendo, damos início às duas atividades propostas para esta sessão. Na primeira atividade foi realizado o mesmo exercício da semana passada, no qual pedimos para observarem atentamente uma imagem durante uns segundos e de seguida responderem a um conjunto de questões que fazem referência à imagem observada. Nesta ocasião observaram um total de duas imagens com um grau de dificuldade superior à imagem observada na sessão anterior.

Na segunda atividade mostramos uma lista de palavras durante 10 segundos e, depois, pedimos para registarem numa folha as palavras que constavam na lista.

Apresentamos um total de 3 listas com grau de dificuldade crescente, para aumentar a dificuldade colocamos mais palavras para memorizar (Anexo H).

– **Sessão 7: 15/03/2022**

No início da sessão questionamos como correram os 8 dias desde a sessão anterior e, na continuação, explicamos a atividade proposta para esta sessão a qual tem como objetivo trabalhar a atenção.

Para isto propomos ao grupo jogar ao Bingo, um jogo tradicional e de fácil compreensão. Inicialmente, cada participante tinha um único cartão, o que facilitou a compreensão do jogo, com o decorrer da atividade aumentamos o número de cartões, até 3.

– **Sessão 8: 22/03/2022**

A atividade proposta para esta sessão tem como finalidade trabalhar a autoestima, porém, foi realizada a “*Dinâmica do Espelho*”, descrita na sessão 6 do Grupo de Apoio a Pacientes Depressivos.

– **Sessão 9: 29/03/2022**

Nesta sessão sugeri realizar uma sessão de relaxamento, pois considero que vários elementos do grupo iram beneficiar, pois demonstram elevada ansiedade. Porém, nesta sessão foi realizada a técnica de relaxamento descrita na sessão 8 do Grupo de Apoio a Pacientes Depressivos.

O feedback da sessão foi positivo, pois todos os elementos do grupo gostaram da técnica e relaxaram com sucesso.

– **Sessão 10: 29/03/2022**

Esta última sessão tinha como finalidade a despedida do grupo pelo que pedimos aos participantes para falarem acerca da sua experiência no grupo, se consideram ter sido positivo, qual a dinâmica que gostaram mais de fazer e qual a que gostaram menos e, por fim, se consideram que devem ter alta ou continuar com acompanhamento psicológico individual.

Por fim, agendamos uma nova marcação individual a cada participante para realizar a pós-avaliação com o ACE-III, com o objetivo de comparar a pré-avaliação com a pós-avaliação e outorgar altas ou seguimento ao caso.

Anexo H

PowerPoint de Estimulação da Memória do Grupo de Reabilitação Neuropsicológica –
Sessão 5 e 6

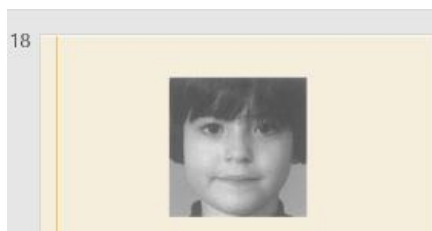
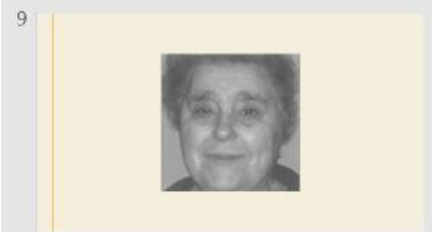
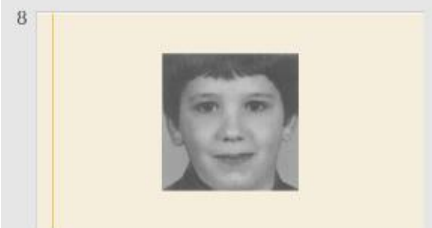
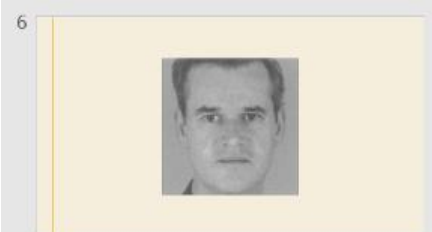
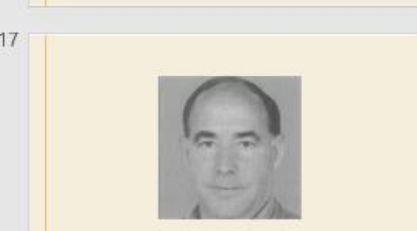
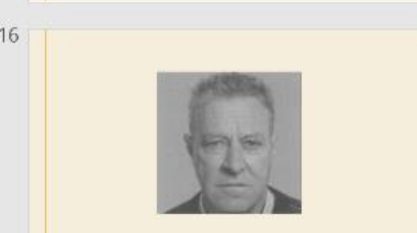
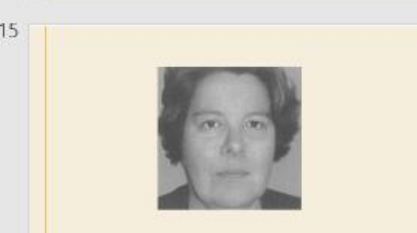
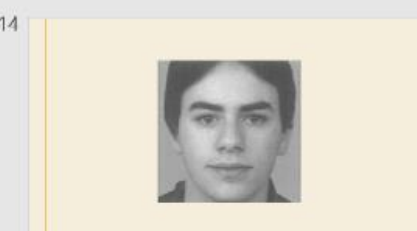
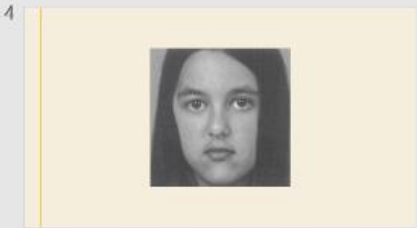
2



Exercício: Reconhecimento de faces

3

Instrução:
Irá aparecer várias fotografias de caras de pessoas, uma de cada vez.
Clique para cada uma delas com muita atenção e procure lembrar-se delas.



20

Instrução:
Agora irão aparecer mais fotografias, três de cada vez.
Clique com atenção para essas fotografias e indique qual é que já viu antes.

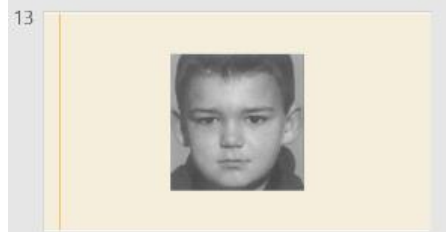
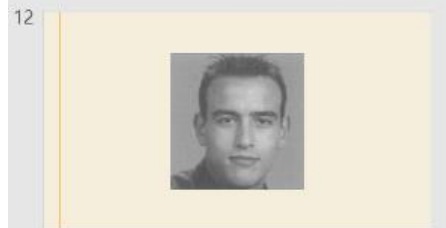
21

Exemplo:
Qual das imagens já viu anteriormente?
Clique na foto se foi a opção a), a opção b) ou a opção c).




a) b) c)

Exemplo




22



a) b) c)

1


23



a) b) c)

2


24



a) b) c)

3

25



a) b) c)

4

26



a)

b)

c)

5

27



a)

b)

c)

6

28



a)

b)

c)

7

29



a)

b)

c)

8

30



a)

b)

c)

9

31



a)

b)

c)

10

32



a)

b)

c)

11

33



a)

b)

c)

12

34



a)

b)

c)

13

35



a)

b)

c)

14

36



a)

b)

c)

15

37



a)

b)

c)

16

38



Exercício: Atenção às imagens

39

Instrução:

Observe cada imagem e depois responda às questões.

40

Imagem 1



41

Questões:

1. Quantas peças de roupa estão penduradas na corda?
2. Que peças de roupa são?
3. De que cor é a peça de roupa da esquerda?
4. Quantos cestos existem na imagem?
5. Quantas moças existem na imagem?

42

Imagem 2



43

Questões:

1. De que cor são as cortinas do palco?
2. O que é que os alunos estão a observar?
3. Quantos menino(s) e menina(s) há na imagem?
4. O que é que a menina do lado direito tem na mão?
5. De que cor são as calças do menino do lado esquerdo?
6. Onde é que o menino do meio tem a mão?

44

Imagem 3



45

Questões:

1. Que número está na imagem da mão?
2. Que número está na imagem do árvore?
3. Onde está o número 5?
4. Quantas imagens há ao todo?
5. Quantas imagens verdes existem?
6. Quantas amarelas existem?

47

Instrução:

Memorize a seguinte lista de palavras e, em seguida, registe quais as palavras que se recorda.

48

Lista 1



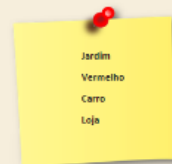
49

Lista 1



50

Lista 2





51

Lista 2



52

Lista 3



53

Lista 3



54

Fim!
Obrigada pela atenção

Anexo I

Proposta De Programa do Grupo de Relaxamento

**F I C H A D E C U R S O****CURSO DE RELAXAMENTO****• FUNDAMENTAÇÃO**

A preencher pelo [REDACTED]

• PROGRAMA

O programa é distribuído em 10 sessões teórico-práticas, com uma periodicidade semanal e horário fixo (4ª feiras das 9:00 às 10:00hs), com uma duração média de 60 minutos, tendo no máximo 12 elementos.

Nas duas primeiras sessões são ensinadas técnicas de treino respiratório.

Nas sessões seguintes é treinado o Processo de Relaxamento Muscular Progressivo, denominado Treino Autógeno de Schultz (grau inferior) e as técnicas relativas ao grau superior (meditação, visualização criativa). O trabalho é ainda complementado com outra técnica de relaxamento progressivo de Edmund Jacobson (tensão x descontração).

Na sessão final são feitos jogos de Dinâmica de Grupo para trabalhar a confiança no outro e o toque.

• OBJETIVOS

A prática destas técnicas leva a vários benefícios terapêuticos como:

- Alívio do stress e da ansiedade elevada
- Maior controle da impulsividade
- Melhoria do sono
- Redução dos sintomas psicossomáticos
- Equilíbrio emocional
- Melhoria no rendimento físico e cognitivo
- Alívio da dor



- Consequentemente melhoria da eficácia e rendimento laboral bem como ao nível do relacionamento interpessoal

• DESTINATÁRIOS

Pacientes do [REDACTED]

• FORMADORES

[REDACTED]

• Outras informações

N.º de formandos:
12 Formandos (máximo)

N.º Sessões:
O curso é composto por 10 sessões

Local:

[REDACTED]

Duração: 1 hora/sessão

Horário: 09:00 às 10:00 às 4ª feiras

Proponentes:

[REDACTED]

Data de início: Março de 2022.

Será entregue um certificado aos formandos que apresentem assiduidade de, pelo menos, 85% face à carga horária total do curso.

• Recursos materiais:

Em cada sessão deverá estar disponível o seguinte material:

- PC com leitor de CD's e colunas de som
- Quadro/Tela para escrever e marcadores
- Colchões
- Lençóis, cobertores e almofadas
- Água

Anexo J

Descrição das Sessões do Grupo de Relaxamento

- **Sessão 1: 09/03/2022**
Apresentação do programa e dos participantes.

- **Sessão 2: 16/03/2022**
Psicoeducação sobre relaxamento.
Técnica da respiração diafragmática.

- **Sessão 3: 23/03/2022**
Técnica de Treino Autógeno Simples.
Visualização do local de refúgio.
Praticar em casa a técnica de Treino Autógeno de Schultz (peso).

- **Sessão 4: 30/03/2022**
Técnica de Treino Autógeno Simples.
Visualização do local de refúgio.
Praticar em casa a técnica de Treino Autógeno de Schultz (peso + calor).

- **Sessão 5: 06/04/2022**
Técnica de Treino Autógeno Simples.
Exercício de transformação dos sentimentos negativos em positivos.
Praticar em casa a técnica de Treino Autógeno de Schultz (peso + calor).

- **Sessão 6: 13/04/2022**
Técnica de Treino Autógeno Simples.
Exercício imagético do vaso rachado.
Praticar em casa a técnica de Treino Autógeno de Schultz (peso + calor +
respiração).

- **Sessão 7: 20/04/2022**
Técnica de Treino Autógeno Simples.
Exercício imagético do balão vermelho/catarse silenciosa.

Praticar em casa a técnica de Treino Autógeno de Schultz (peso + calor + respiração).

– **Sessão 8: 04/05/2022**

Técnica de Treino Autógeno Simples.

Exercício da viagem xamânica (animal de poder).

Praticar em casa a técnica de Treino Autógeno de Schultz (peso + calor + respiração + coração).

– **Sessão 9: 11/05/2022**

Técnica de Treino Autógeno Simples.

Visualização do local de refúgio + exercício do sábio e cascata de água.

Praticar em casa a técnica de Treino Autógeno de Schultz (peso + calor + respiração + coração).

– **Sessão 10: 18/05/2022**

Relaxamento muscular de Jacobson

Exercício de encerramento.

Anexo K

Casos Clínicos de Acompanhamento Individual

Identificação (Sexo)	Estado Civil	Habilitações Académicas e Profissão	Data de Início	Nº de Consultas Realizadas	Motivo da Consulta/Problemática	Abordagem Terapêutica	Situação Atual
L. C. (F) 53 anos	Solteira	9º ano/ Costureira	03-02-2022	7	Perturbação de Ansiedade Generalizada + Perturbação de Sintomas Somáticos	Ver Caso Clínico	Alta.
F. T. (F) 60 anos	Casada	9º ano/ Auxiliar de Serviços Gerais	17-02-2022	4	Perturbação Depressiva – Devido a cefaleias crónicas e a um passado traumático nas relações primárias.	- Anamnese. - Reestruturação cognitiva. - Psicoeducação e estratégias para lidar com a depressão e com as cefaleias. - Encorajamento para se envolver em atividades prazerosas.	Encaminhei para Grupo de Apoio a Pacientes Depressivos.

C. C. (F) 43 anos	Casada	12º ano/ Junta de Freguesia	07-02-2022	1	Perturbação de Ansiedade Generalizada – Dificuldade na relação com o filho + mau ambiente laboral.	- Anamnese.	Encaminhei para outro psicólogo, refere querer ser seguida pelo mesmo profissional.
C. S. (F) 47 anos	Divorciada	9º ano/ Camionista Internacional	27-01-2022	5	Perturbação de Stress Pós- Traumático – Não consegue conduzir após ter sido agredida verbalmente por um companheiro de trabalho durante a atividade laboral.	- Anamnese. - Dessensibilização sistemática, para que gradualmente retome a condução e a atividade laboral. - Reestruturação cognitiva. - Controlo do <i>stress</i> . - Psicoeducação da Perturbação de Stress Pós-traumático. - Tarefas para casa: respiração diafragmática e controlo da ansiedade. - Distração ativa. - Encorajamento para se	Em seguimento.

L. T. (F) 32 anos	União de Facto	Licenciatura em Enfermagem/ Enfermeira	17-03-2022	1	Perturbação de Luto Prolongado – Dificuldade em fazer o luto do pai (2016)	envolver em atividades prazerosas. - Anamnese.	Encaminhei para outro psicólogo, refere querer ser seguida pelo mesmo profissional.
L. L. (F) 39 anos	Viúva	Licenciatura em Educação /Professora	21-02-2022	4	Perturbação de Luto – Múltiplas perdas (avô 12/2021, marido 01/2022, mãe 02/2022). Dificuldade em lidar com as perdas.	- Anamnese. - Psicoeducação sobre o luto. - Distração ativa. - Tarefas para casa: controlo da ansiedade e respiração diafragmática. - Tarefas de resolução do luto. - Adaptação à nova situação de vida. - Apoio na relação com a filha.	Em seguimento.

R. S. (F) 18 anos	Solteira	Estudante	17-01-2022	5	Perturbação de Ansiedade Generalizada + Tricotilomania	Ver Caso Clínico em Anexo.	Em seguimento.
M. V. (F) 53 anos	Divorciada	9º ano/ Florista	24-01-2022	3	Perturbação de Ansiedade - Dificuldade na relação com os filhos.	- Anamnese. - Encorajamento para se envolver em atividades prazerosas. - Reestruturação cognitiva: sentimentos de culpa. - Psicoterapia de apoio.	Desistência.

Anexo L

Formações complementares

Tipo	Tema	Objetivos
<i>Webinar</i>	<p data-bbox="1025 316 1256 344">“Luto Traumático”</p> <p data-bbox="913 368 1368 397">Realizado pelo PTSD Center Portugal</p>	<p data-bbox="1458 316 1928 397">Abordar o conceito de luto traumático e diferentes técnicas de intervenção.</p>
	<p data-bbox="860 485 1413 513">"Violência Doméstica: relações de intimidade"</p> <p data-bbox="913 537 1368 566">Realizado pelo PTSD Center Portugal</p>	<p data-bbox="1458 485 2051 767">Compreender os conceitos de violência doméstica e vitimização, reconhecer as dinâmicas de violência doméstica, conhecer a lei portuguesa, impactos e consequências da violência conjugal, formas de intervenção e intervenção no trauma psicológico e PTSD.</p>
<i>Workshop</i>	<p data-bbox="860 868 1413 949"><i>Violência Doméstica no Namoro: não te dou o meu Facebook</i></p> <p data-bbox="882 965 1391 1046">Realizado pela Comunidade Intermunicipal Tâmega e Sousa</p>	<p data-bbox="1458 868 2029 1046">Abordar conceitos-chave para a identificação da violência no namoro e orientações para a intervenção prática nos casos de violência no namoro.</p>
	<p data-bbox="846 1155 1429 1184">“Limites Relacionais: Como Definir o Invisível?”</p> <p data-bbox="927 1200 1346 1228">XXII Jornadas Científicas do IUCS</p>	<p data-bbox="1458 1155 2029 1332">Alertar e esclarecer quais os limites que balizam, sustentam ou destroem relacionamentos e pessoas, evidenciando sinais que diferenciam o saudável do patológico.</p>

<p><i>“Compreender as Emoções e a sua Expressão Corporal”</i></p> <p>XXII Jornadas Cientificas do IUCS</p>	<p>Alertar para a necessidade de conhecer a relação entre o corpo, as emoções e a saúde psicológica de modo a melhor compreender e agir.</p>
<p><i>“O Ver para Além da Aparência e a Ousadia de Atuar na Prevenção”</i></p> <p>XXII Jornadas Cientificas do IUCS</p>	<p>Melhorar a compreensão do conceito de imagem corporal e a apresentação de um programa de intervenção.</p>
<p><i>“Orientação Sexual, Identidade e Expressão de Género e Características Sexuais: Compreender para Melhor Intervir”</i></p> <p>XXII Jornadas Cientificas do IUCS</p>	<p>Reforçar a sensibilidade e o conhecimento sobre pessoas LGBTI, bem como, as especificidades da intervenção.</p>
<p><i>“Violência Doméstica contra idosos: Realidade e Soluções”</i></p> <p>Ciclo de workshops designado de “A conversar podemos eliminar a violência” promovido no âmbito da Unidas – Rede Intermunicipal de Apoio à Vítima do Douro, Tâmega e Sousa</p>	<p>Alertar para a realidade na intervenção com pessoas idosas, bem como, fornecer ferramentas para a boa prática na intervenção com vítimas idosas de violência doméstica.</p>

Seminário

“Vítimas e Agressores: as duas faces da mesma moeda”
I Seminário Intermunicipal promovido no âmbito da Unidas – Rede Intermunicipal de Apoio à Vítima do Douro, Tâmega e Sousa

Debater a intervenção no quadro da violência doméstica, analisando a perspetiva da vítima e do agressor, refletir sobre as estratégias de prevenção e a eficácia da mesma na prevenção e mitigação deste fenómeno.

“Entre a Terapia e a Potenciação: as Promessas dos Novos Fármacos”
Organizado pelo IUCS, CESPU

Refletir sobre os avanços neurocientíficos e a interação entre o cérebro e o bem-estar global da pessoa.

Outros

“Da Pandemia Para o Futuro, o Que Aprendemos?”
Organizado pelo IUCS, CESPU

Abordar temas como a situação pandémica atual, os benefícios da vacinação ou o futuro pós-pandemia.

“Ser Idoso: Envelhecer no Feminino”
IV encontro de gerontologia organizado pela Escola Superior de Saúde do Vale do Ave

Abordar temas como a pobreza na velhice, a sexualidade, a imagem corporal e a estética.

“Jogos com Fronteiras: Cara ou Coroa?” XXII
Jornadas Científicas do IUCS

Abordar temas como a dependência ao jogo e videojogos, reabilitação neurocognitiva, intervenção, entre outros.

Anexo M
Certificados de Presença

Anexo N

Apresentação de Caso Clínico I

Anexo N1

Critérios de Diagnóstico para Perturbação de Ansiedade Generalizada



- A. Ansiedade e preocupação excessivas (apreensão expectante) que ocorrem em mais de metade dos dias durante pelos menos 6 meses, sobre vários acontecimentos ou atividades (tais como o desempenho laboral ou escolar).
- B. O indivíduo tem dificuldade em controlar a preocupação.
- C. A ansiedade e a preocupação estão associadas com 3 (ou mais) dos 6 sintomas seguintes (com pelo menos alguns sintomas presentes mais de metade dos dias durante 6 meses):
 - 1. Agitação, nervosismo ou tensão interior.
 - 2. Fadiga fácil.
 - 3. Dificuldades de concentração ou mente vazia.
 - 4. Irritabilidade.
 - 5. Tensão muscular.
 - 6. Perturbações no sono (dificuldade em adormecer ou permanecer a dormir, ou sono insatisfatório).
- D. A ansiedade, preocupação ou sintomas físicos causam mal-estar clinicamente significativo ou défice no funcionamento social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento.
- E. A perturbação não é atribuível aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (e.g. droga de abuso, medicação) ou a outra condição médica (e.g. hipertireoidismo).
- F. A perturbação não é mais bem explicada por outra perturbação mental (e.g. ansiedade ou preocupação pela possibilidade de ter ataques de pânico na perturbação de pânico, avaliação negativa na perturbação de ansiedade social [fobia social], contaminação ou outras obsessões na perturbação obsessivo-compulsiva, separação das figuras de vinculação na perturbação de ansiedade de separação, recordações de acontecimentos traumáticos na perturbação de stress pós-traumático, ganho de peso na anorexia nervosa, queixas físicas na perturbação de sintomas somáticos, defeitos na aparência percebida na perturbação dismórfica corporal, ter uma doença grave na perturbação de ansiedade de doença, ou o conteúdo de crenças delirantes na esquizofrenia ou perturbação delirante).

Anexo N2

Critérios de Diagnóstico para Perturbação de Sintomas Somáticos

- A. Um ou mais sintomas somáticos geradores de mal-estar ou que resultam em disrupção significativa da vida quotidiana.
- B. Pensamentos, sentimentos ou comportamentos excessivos relacionados com os sintomas somáticos ou associados a preocupações de saúde manifestados por pelo menos 1 dos seguintes:
- C. Pensamentos desproporcionados e persistentes acerca da gravidade dos próprios sintomas.
- D. Níveis de ansiedade persistentemente elevados relacionados com a própria saúde ou com os sintomas.
- E. Consumo de tempo ou energia excessivos dedicados a estes sintomas ou preocupações de saúde.
- F. Apesar de qualquer um dos sintomas somáticos poder não estar continuamente presente, o estado de estar sintomático é persistente (tipicamente mais de 6 meses).

Especificar se:

Com dor predominante (anteriormente, perturbação de dor). Este especificador é para indivíduos cujos sintomas somáticos envolvem predominantemente dor.

Especificar se:

Persistente. Um curso persistente é caracterizado por sintomas graves, incapacidade marcada e duração longa (mais de 6 meses).

Especificar a gravidade atual:

Ligeira. Apenas 1 dos sintomas especificados no Critério B é cumprido.

Moderada. Dois ou mais dos sintomas do Critério B são cumpridos.

Grave. Dois ou mais dos sintomas especificados no Critério B são cumpridos e existem múltiplas queixas somáticas (ou 1 sintoma somático muito grave).

Anexo O

Apresentação de Caso Clínico II

Anexo O1

Critérios de Diagnóstico para a Tricotilomania



- A. Arrancar o próprio cabelo de forma recorrente, resultando em perda de cabelo.
- B. Tentativas repetidas de reduzir ou parar o comportamento de arrancar o cabelo.
- C. O ato de arrancar cabelo causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.
- D. O ato de arrancar cabelo ou a perda de cabelo não se deve a outra condição médica (e.g. uma condição dermatológica).
- E. O ato de arrancar cabelo não é mais bem explicado pelos sintomas de outro transtorno mental (e.g. tentativas de melhorar um defeito ou falha percebidos na aparência).

Anexo O2

Tabela dos Pensamentos Disfuncionais



Não consigo cozinhar (trist)	cozinhar	A comida vai ficar horrível.	Tenho que tentar, vai correr bem
Desati para estudar (desatenção/trist)	Estudar	Não vou conseguir fazer que não me entree nada na cabeça	Tentar
Não sou boa o suficiente (trist)	sozinha no quarto	de mimse alguém melhor, eu não consigo parar de ser chata/ irritante	?
???	Sair da casa com nomeado	simplesmente estou irritada/trist não quero falar nem ouvir ninguém	??
???	Redes sociais	Estou farta de ser como sou, odio-me, odio o meu corpo, odio a mim mesma mesma de ser	??
Não quero estar aqui (deitada/trist)	Deitada no sofá (falta de família, atrás)	???	Sair da sala e ficar sozinha
Queria ser como as outras (insatisfação/trist)	No meio de um grupo de amigas	Estou tão farta de me sentir a pessoa mais chata, farta de sentir que só estão comigo por pena	Eles são meus amigos provavelmente gostam de mim
Triste	grupo de amigas a falar	Não sei, só não quero estar aqui agora	
Não quero comer/culpa por fazer as refeições (culpa)	no bar do curso	Nunca vou ser "normal" se não perder peso, deixo de pensar de comer, eles dizem-me pelo, mimsa aparência	??
Porquê me sou assim? Eu sou uma namorada horrível	"Disculpi"	Fiquei irritada sem motivo, só de estar a falar, irritei-me dele a pedir desculpas, eu sei que ele não fez nada, eu só fui chateada.	Estou farta, ele não me irrita. pedi desculpas