



**CESPU**  
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO  
DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

# **Relatório de Estágio**

**Mariana Queirós Silva Nunes**

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

---

**Gandra, setembro de 2023**

**Mariana Queirós Silva Nunes**

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

Trabalho realizado sob a Orientação e Supervisão da  
**Prof. Doutora Vera Almeida**

## **Declaração de Integridade**

Eu, Mariana Queirós Silva Nunes, estudante do Mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia do Instituto Universitário de Ciências da Saúde, declaro ter atuado com absoluta integridade na elaboração deste Relatório de Estágio.

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

Mais declaro que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros autores foram referenciadas ou redigidas com novas palavras, tendo neste caso colocado a citação da fonte bibliográfica.

## **Agradecimentos**

À minha orientadora de estágio, por todos os momentos de partilha, carinho e palavras de encorajamento quando mais precisava.

A toda a equipa do Centro Hospitalar, pelo carinhoso acolhimento e profissionalismo.

À Prof. Dr<sup>a</sup> Vera Almeida, pela orientação, disponibilidade e apoio prestado.

Aos meus pais, por todo o amor, sacrifício e por serem o melhor exemplo de força e determinação.

Aos meus avós, por estarem sempre ao meu lado, em todas as etapas da minha vida. Um apreço muito especial ao avô Zeca, sem o qual esta jornada não seria possível.

Ao Tiago, pela paciência, apoio incondicional, incentivo e por acreditar sempre em mim.

À minha amiga Ângela, pela motivação, apoio e amizade que compartilhamos.

A todos os pacientes, pela confiança e por tudo o que me ensinaram.

## Índice

Introdução.....	10
Capítulo I.....	11
1. Caracterização do local de estágio.....	11
1.1. Centro Hospitalar.....	11
1.2. Unidade Hospitalar.....	11
1.3. Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental.....	12
1.3.1. Consulta externa.....	13
1.3.2. Hospital de dia.....	13
1.4. O papel do psicólogo em contexto hospitalar.....	14
Capítulo II.....	16
2. Descrição das atividades de estágio.....	16
2.1. Reuniões de supervisão e orientação.....	16
2.2. Integração no serviço e atividade assistencial.....	16
2.3. Avaliação psicológica e neuropsicológica.....	18
2.4. Consultas psicológicas.....	21
2.5. Consulta multidisciplinar para Tratamento Cirúrgico da Obesidade.....	23
2.5.1. Acompanhamento pré-cirúrgico.....	24
2.5.2. Acompanhamento pós-cirúrgico.....	24
2.5.2.1. Grupo de apoio psicológico a TCO.....	25
2.6. Participação nas atividades de grupo realizadas.....	25
2.6.1. Grupo de Gestão de Ansiedade.....	26
2.6.2. Grupo de estimulação neuropsicológica.....	27
2.6.3. Grupo de pacientes com depressão.....	29
2.6.4. Grupo da dor.....	30
2.6.5. Grupo de treino de competências pessoais, emocionais e relacionais.....	31

2.7. Outras atividades .....	36
2.7.1. Formações do CH .....	36
2.7.2. Relaxamento para profissionais .....	36
2.7.3. Atividade com alunos do 3º ano de licenciatura.....	37
Capítulo III .....	37
3. Estudo de Caso M.....	37
Identificação .....	37
Motivo da Consulta / Pedido .....	37
Observação Clínica.....	37
História Clínica.....	38
História do Problema .....	38
Processo de avaliação Psicológica.....	42
Enquadramento concetual .....	45
Diagnóstico diferencial.....	47
Formulação do caso .....	51
Processo de intervenção psicológica .....	52
Reflexão final .....	64
Bibliografia.....	66

## **Índice de tabelas**

<b>Tabela 1.</b> Casos de Avaliação Psicológica e Neuropsicológica.....	10
<b>Tabela 2.</b> Casos de Acompanhamento Psicológico.....	12
<b>Tabela 3.</b> Atividades desenvolvidas nas sessões do grupo de estimulação neuropsicológica.....	19
<b>Tabela 4.</b> Atividades desenvolvidas nas sessões do grupo de pacientes com depressão.....	20
<b>Tabela 5.</b> Descrição sociodemográfica dos participantes integrantes no grupo de gestão de competências pessoais, emocionais e relacionais.....	22
<b>Tabela 6.</b> Resultados obtidos no SCL90 por M.....	34

## Índice de figuras

<b>Figura 1.</b> Genograma de M.....	30
<b>Figura 2.</b> Legenda do Genograma de M.....	31
<b>Figura 3.</b> Resultados obtidos no MMPI por M.....	35

## **Índice de Anexos**

**Anexo A.** Departamentos do CH

**Anexo B.** Plano semanal das atividades de estágio

**Anexo C.** Exemplos de relatórios de avaliação psicológica realizados

**Anexo D.** Avaliações realizadas na consulta TCO

**Anexo E.** Guião de entrevista TCO

**Anexo F.** Sala de relaxamento

**Anexo G.** Atividades desenvolvidas para o grupo de gestão da ansiedade

**Anexo H.** Atividades de relaxamento

**Anexo I.** Atividades desenvolvidas para o grupo de estimulação neuropsicológica

**Anexo J.** Atividades desenvolvidas para o grupo da dor

**Anexo K.** Atividades desenvolvidas para o grupo de treino de competências pessoais, emocionais e relacionais

**Anexo L.** Certificados de ações formativas

**Anexo M.** Poster de divulgação da iniciativa “Minutos para ti”

**Anexo N.** Caso Clínico M

## **Siglas**

**IUCS** – Instituto Universitário Ciências da Saúde

**CH** – Centro Hospitalar

**DPSM** – Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental

**SNS** – Serviço Nacional de Saúde

**CB** – Cirurgia Bariátrica

**WISC-III** – *Wechsler Intelligence Scale for Children*

**ACE-III** – *Addenbrooke's Cognitive Examination*

**WAIS-III** – *Wechsler Adult Intelligence Scale*

**MMSE** – *Mini Mental State Examination*

**DAD** – *Disability Assessment for Dementia*

**MMPI** – *Minnesota Multiphasic Personality Inventory*

**SCL-90** – *Symptom Checklist-90*

**BSI** – *Brief Symptom Inventory*

**MOC** – *Maudsley Obsessive-Compulsive Inventory*

**QHCA** – Questionário Holandês do Comportamento Alimentar

**DCL** – Défice Cognitivo ligeiro

**TCC** – Terapia Cognitivo Comportamental

**BVRT** – *Benton Visual Retention Test*

**DIVA** - *Diagnostic Interview for ADHD in adults*

**MOCA** – *Montreal Cognitive Assessment*

**HAM-A** – *Hamilton Anxiety Rating Scale*

**HADS** – *Hospital Anxiety and Depression Scale*

**PDI** – *Pain Disability Index*

**TCO** – Tratamento Cirúrgico da Obesidade

**PCI** – Perturbação do Controlo dos Impulsos

**DSM-V** – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

**CID-11** – *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 11<sup>th</sup> Edition*

## **Abreviaturas**

e.g. – por exemplo

## **Introdução**

O estágio curricular retrata uma etapa essencial da formação académica por proporcionar o primeiro contacto com a experiência profissional, fomentando o desenvolvimento de competências fundamentais para o exercício da profissão e a consolidação de uma visão mais ampla e aprofundada da mesma. O presente relatório foi desenvolvido no âmbito do estágio curricular do segundo ano de mestrado em psicologia da saúde e neuropsicologia do Instituto Universitário Ciências da Saúde (IUCS), com a orientação de uma psicóloga do Centro Hospitalar (CH) e supervisão da Prof. Dr.<sup>a</sup> Vera Almeida, docente do IUCS.

O período de estágio teve início a 27 de setembro de 2022 e finalizou a 9 de junho de 2023, apresentando um horário semanal flexível e adaptado de acordo com as atividades desenvolvidas e necessidades do serviço. É relevante mencionar a oportunidade de iniciar o estágio numa modalidade mais informal nos meses de julho a setembro, que permitiu uma maior rapidez na integração e familiarização com o CH no momento de iniciar o estágio. Considerando a importância de concluir os acompanhamentos e grupos terapêuticos desenvolvidos, revelou-se pertinente prolongar a minha presença no serviço por um período adicional. Deste modo, apesar do número de horas obrigatórias estipulado ser 420 horas, foram realizadas 655 horas.

O presente relatório tem como finalidade descrever a experiência vivenciada ao longo deste último ano, refletindo sobre as principais aprendizagens e desafios enfrentados. Deste modo, o mesmo encontra-se dividido em três capítulos. O primeiro capítulo inicia-se com uma caracterização do local de estágio, com maior enfoque no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental (DPSM), no qual estive inserida, e seguido por uma reflexão sobre o papel do psicólogo no contexto hospitalar. No segundo capítulo, sucede-se a descrição das atividades realizadas ao longo do período de estágio e respetivas funções desempenhadas. No último capítulo, encontra-se descrito de forma mais pormenorizada, um momento de grande aprendizagem e crescimento profissional, nomeadamente, a apresentação de um caso clínico. Por último, é efetuada uma reflexão final sobre todo o percurso de estágio e a sua pertinência para o desenvolvimento pessoal e profissional.

## **Capítulo I**

### **1. Caracterização do local de estágio**

#### **1.1. Centro Hospitalar**

O CH, criado através do Decreto – Lei n.º 326/2007 de 28 de setembro, iniciou as suas atividades a 1 de outubro de 2007, após a fusão de duas unidades hospitalares. Esta instituição está integrada por seis departamentos, entre eles, o Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, o Departamento da Mulher e da Criança, o Departamento de Urgência, Emergência, Medicina Intensiva e Anestesiologia, o Departamento de Ambulatório e Ligação Funcional, o Departamento Médico e o Departamento Cirúrgico. No anexo A, encontra-se uma descrição mais detalhada de cada departamento.

O CH distingue-se pela qualidade de cuidados, capacidade de investigação, inovação e pelo impacto positivo na comunidade. Deste modo, garante a eficiência e a sustentabilidade económica, financeira e ambiental, permitindo o acesso da população a cuidados de saúde de alta qualidade, através da adaptação de cuidados hospitalares às suas necessidades. Desenvolve ainda atividades de investigação, formação e ensino, em articulação com os centros de saúde e os demais hospitais integrados no Serviço Nacional de Saúde (SNS).

No que diz respeito ao exercício da sua atividade, o CH e os seus profissionais, orientam-se pelos valores de humanismo, competência, transparência, rigor, união, ambição e solidariedade. Regem-se pelos princípios de reconhecimento da dignidade humana e da centralidade da pessoa, mantendo elevados padrões éticos de postura e prática. Valorizam a cultura do conhecimento, a excelência técnica e do cuidar, a multidisciplinariedade, o bom relacionamento e a cooperação no trabalho. Como missão, promove a prestação de cuidados de saúde à população da sua área de influência, bem como aos doentes provenientes de outras áreas geográficas.

#### **1.2. Unidade Hospitalar**

O hospital onde foi realizado o estágio curricular, foi inaugurado a 29 de abril de 2013, substituindo o antigo hospital e revelando-se uma mais-valia, uma vez que se encontra equipado com a tecnologia mais avançada, sendo classificado como um hospital de proximidade. Os seus principais objetivos recaem na prestação de cuidados de saúde

de qualidade, diferenciando os cuidados oferecidos e promovendo o posicionamento e articulação na rede SNS.

### **1.3. Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental**

O estágio curricular decorreu no DPSM, no serviço de psicologia, constituído pelo Serviço de Psiquiatria de Adultos, pela Unidade de Psiquiatria da Infância e da Adolescência e pelo Serviço de Psicologia. O DPSM procura fornecer uma abordagem sob a perspetiva biopsicossocial para promover a saúde mental do utente, apresentando um período de funcionamento que se situa entre as 8 e as 20 horas, durante todo o ano, à exceção de fins-de-semana e feriados.

Este departamento é formado por uma equipa multidisciplinar integrada por psicólogos, psiquiatras, enfermeiros, pedopsiquiatras, bem como serviços sociais e administrativos, visando fornecer respostas às necessidades de cada paciente, existindo um acompanhamento regular e adequado ao mesmo.

O Serviço de Psicologia intervém em todas as faixas etárias, fornecendo um apoio especializado aos utentes, familiares e cuidadores, formais ou informais, através da prestação de serviços como avaliações psicológicas e psicoterapia individual ou em grupo. Esta unidade incentiva ainda a formação dos seus profissionais, promovendo a realização de várias formações (e.g. formação de relações interpessoais e gestão de conflitos) e eventos (e.g. jornadas de psicologia) ao longo do ano, permitindo a partilha e debate de conhecimentos. Incentiva ainda o desenvolvimento de atividades de *Team Building* com vista a fortalecer o espírito de equipa e proporcionar uma maior proximidade entre os profissionais, contribuindo para o aumento da *performance* e da produtividade.

O Serviço de Psiquiatria da Infância e da Adolescência procura auxiliar o crescimento saudável e bem-estar das crianças e adolescentes, proporcionando serviços de avaliação e intervenção especializados nessas faixas etárias. Já o Serviço de Psiquiatria de Adultos engloba a consulta externa, o hospital de dia e a psiquiatria comunitária, composta por uma equipa multidisciplinar de psicólogos, enfermeiros, psiquiatras, nutricionistas e assistentes sociais. A psiquiatria comunitária da pedopsiquiatria, inclui ainda na equipa terapeutas ocupacionais.

O DPSM é composto por duas modalidades de atendimento, as Consultas Externas e o internamento parcial - Hospital de Dia.

### **1.3.1. Consulta externa**

O acesso às consultas externas de psicologia é realizado através do encaminhamento pelo médico psiquiatra do paciente, quando considerado que o mesmo beneficiaria de acompanhamento psicológico ou de uma avaliação psicológica e/ou neuropsicológica adequada às suas problemáticas. Os pedidos realizados pelo médico de família são triados por um psiquiatra e, posteriormente, encaminhados para o serviço de psicologia, se cumprirem os critérios de referência. A consulta externa tem um horário de funcionamento de 2<sup>a</sup> a 6<sup>a</sup> feira, das 8 às 20h.

Para além do acompanhamento individual, os profissionais podem encaminhar os pacientes para a realização de psicoterapia de grupo. Os grupos são realizados em regime de consulta externa ou hospital de dia, decorrendo em diversos contextos, por exemplo grupo de gestão de ansiedade, grupo de gestão de competências pessoais, emocionais e relacionais, grupo de estimulação neuropsicológica, grupo de apoio a pacientes com doença grave e grupo da dor. Estes grupos são realizados semanalmente, quinzenalmente ou mesmo mensalmente, proporcionando aos pacientes um suporte mais frequente e a oportunidade de interagir com outros utentes que compartilham características e problemáticas semelhantes, contribuindo para uma abordagem terapêutica enriquecedora.

### **1.3.2. Hospital de dia**

A Unidade de Internamento Parcial – Hospital de Dia, apresenta um horário de funcionamento diário, das 9 às 16 horas, com uma equipa constituída por psicólogos, psiquiatras, terapeutas ocupacionais e enfermeiros que procuram fornecer um apoio mais intensivo e abrangente aos pacientes, através da estabilização dos sintomas, prevenção de recaídas, fornecimento de suporte social e emocional, reabilitação e reintegração dos pacientes.

De facto, por ser um contacto diário, o hospital de dia permite uma atenção mais frequente e direcionada, fomentando o desenvolvimento de competências e interação. Assim, são desenvolvidas várias atividades terapêuticas, nomeadamente, atividades lúdicas, exercícios de relaxamento, treino cognitivo, treino de competências sociais e passeios pelo exterior. Estas atividades visam estimular a recuperação e o bem-estar dos pacientes, bem como incentivar a sua participação ativa, fortalecer a sua autonomia e impulsionar a interação social e o convívio com os demais participantes.

#### **1.4. O papel do psicólogo em contexto hospitalar**

Durante anos, a atuação do psicólogo encontrava-se limitada ao consultório privado e à prática de psicoterapia individual. À medida que a psicologia ganhou reconhecimento como uma profissão de saúde, juntamente com a crescente valorização das suas competências particulares e qualidade na prestação de serviços para a saúde e bem-estar, a sua atuação expandiu-se para outros locais, nomeadamente, comunidades, escolas, empresas e hospitais. A presença do psicólogo em contexto hospitalar tem sido objeto de uma evolução significativa, refletindo-se em mudanças no campo da saúde e na forma como entendemos a relação entre a mente e o corpo. Esta evolução impulsionou uma prática médica integrada numa abordagem biopsicossocial (Stangor & Walinga, 2014).

O modelo biopsicossocial, desenvolvido por Engel (1977), foi proposto como uma alternativa ao modelo biomédico, focando-se no ampliação da visão da saúde para incluir fatores psicológicos, sociais e culturais, que podem influenciar a saúde do indivíduo. Este modelo considera que a saúde não se limita à ausência da doença, abrangendo um estado completo de bem-estar físico, psicológico e social. A atuação do psicólogo em contexto hospitalar insere-se numa equipa multidisciplinar procurando em conjunto com outros profissionais da área da saúde, fornecer cuidados holísticos e individualizados aos pacientes.

Os psicólogos têm um papel diversificado em diferentes áreas de cuidados de saúde, entre eles, nos cuidados primários, secundários e terciários, bem como em várias subespecialidades. Segundo a Ordem dos Psicólogos Portugueses (2016), os psicólogos hospitalares exercem uma série de funções, nomeadamente, avaliação psicológica e psicossocial, intervenção na prevenção da doença e promoção da saúde, acompanhamento psicológico, intervenção em grupos, intervenção em situação de crise ou emergência, investigação, coordenação, consultoria, formação, entre outras.

A psicologia hospitalar apresenta uma esfera de atuação altamente desafiante, dado encontrar-se intrinsecamente relacionada com um ambiente de elevada pressão e exigência, em que os pacientes, muitos deles em estado grave, e os seus familiares são alvo de uma atenção especializada. Adicionalmente, é imperativo que os profissionais desta área se mantenham atualizados e adaptados às constantes mudanças que ocorrem

no domínio da saúde, dotados de competências específicas como comunicação eficaz, empatia, resiliência e flexibilidade (Ribeiro, 2018).

Entre os desafios enfrentados pelos psicólogos hospitalares, destaca-se precisamente a capacidade de gerir emoções intensas, dado que para além do tratamento de pacientes com problemáticas que afetam a qualidade de vida, lidam com casos complexos que envolvem múltiplas condições médicas e psicológicas. Outro desafio recai na integração nas equipas multidisciplinares, sendo fundamental que o psicólogo seja capaz de adaptar a sua abordagem a diferentes contextos de atendimento, desde emergência até cuidados paliativos, o que pode ser bastante exigente.

Gerir o tempo e a pressão do trabalho pode ser complexo, devido à intensa carga de trabalho com prazos, urgências e a necessidade de tomar decisões rápidas. É essencial equilibrar a disponibilidade para os pacientes com a necessidade de cuidar de si mesmos, garantindo um autocuidado adequado para evitar o esgotamento emocional e físico (Beserra et al., 2020).

Em relação ao *setting* terapêutico no contexto hospitalar, o mesmo pode apresentar desafios específicos para o psicólogo. Os hospitais são espaços muito movimentados podendo não ser um ambiente propício a criar uma atmosfera terapêutica confortável ao paciente. Os gabinetes são consultórios médicos, muitos deles partilhados com profissionais de outras especialidades, com balanças, macas e materiais alusivos à saúde que poderão provocar desconforto ao paciente. Lidar com interrupções pode ser difícil, desencadeando momentos de frustração, tanto por parte do paciente como do próprio profissional, e interferindo na concentração de ambos ou mesmo no estabelecimento de uma boa relação terapêutica, pois o paciente pode sentir que outras pessoas o vão ouvir.

No entanto, o *setting* não se resume somente ao espaço físico, sendo fundamental que o psicólogo compreenda as dificuldades, desenvolva estratégias de adaptação e valorize a manutenção dos papéis, das regras e da ética, fornecendo um cuidado eficaz, atendendo às necessidades dos pacientes dentro deste contexto (Morais et al., 2017).

## Capítulo II

### 2. Descrição das atividades de estágio

#### 2.1. Reuniões de supervisão e orientação

A orientação foi realizada por uma psicóloga do CH, ao longo de todo o estágio. Em períodos de férias, ficava excepcionalmente sob a orientação de outros psicólogos do serviço. A possibilidade de observar diferentes abordagens e formas de atuação, impulsionou o aprimoramento de competências como a reflexão crítica, resultando no desenvolvimento da minha própria abordagem de intervenção. Esta orientação refletia-se principalmente no esclarecimento de dúvidas, seja a nível de elaboração de relatórios, discussão de casos, formas de intervenção, planificação de sessões individuais ou de grupo e partilha de experiências e conselhos. Para além disso, considerando que a prática clínica pode ser, por vezes, emocionalmente exigente, durante as reuniões foram discutidos desafios e obstáculos enfrentados, promovendo o desenvolvimento de estratégias de gestão emocional mais eficazes durante a prática profissional.

Foram ainda realizadas reuniões de supervisão, dirigidas pela Prof. Dr.<sup>a</sup> Vera Almeida em formato *online*, consoante disponibilidade e necessidade experienciada. Numa fase inicial, as reuniões centraram-se na gestão de expectativas e metas, permitindo a formulação de objetivos e planificação dos primeiros meses de estágio, com vista a retirar o máximo de proveito tendo em conta a disponibilidade do serviço. Posteriormente, direcionaram-se para o esclarecimento de dúvidas, particularmente, relativas à estrutura e formulação do relatório de estágio, discussão de casos clínicos e atividades realizadas, bem como a partilha de experiências, inseguranças e aprendizagens vivenciadas ao longo do percurso. Este acompanhamento permitiu desenvolver, de forma gradual, uma maior independência e confiança como profissional.

#### 2.2. Integração no serviço e atividade assistencial

Antes do período de estágio iniciar, foi realizada uma reunião com a orientadora de estágio onde foram esclarecidas as funções que iria desenvolver no CH e realizada a calendarização do estágio (Anexo B). Nesta reunião, foi-me proporcionada a oportunidade de iniciar o estágio mais cedo, numa modalidade mais informal, de modo a poder ficar mais familiarizada com o serviço e a forma de trabalho dos seus profissionais. Os primeiros três meses de estágio, de julho a setembro de 2022, focalizaram-se na atividade assistencial, nomeadamente, na observação de primeiras consultas

multidisciplinares de obesidade e avaliações direcionadas ao doente candidato à cirurgia bariátrica (CB). Neste período, iniciei ainda a observação de consultas de acompanhamento psicológico e de avaliações psicológicas e neuropsicológicas, bem como de algumas sessões terapêuticas em grupo.

Observar o trabalho desenvolvido por um profissional e o papel desempenhado pelo mesmo, é denominado por *Job Shadowing*. Esta é uma ferramenta importante de aprendizagem por permitir um aprofundamento do conhecimento, partilha de experiência e desenvolvimento de *insight* sobre o contexto laboral (OPP, 2016). Assisti a consultas direcionadas a pacientes com diferentes quadros psicopatológicos, entre eles, perturbações depressivas, perturbações de ansiedade, perturbações obsessivo-compulsivas, perturbações de controlo de impulsos, traços desadaptativos da personalidade, bem como variadas problemáticas do foro familiar/conjugal, mnésico e dificuldades de adaptação. Relativamente às consultas de avaliação psicológica e neuropsicológica, assisti à aplicação de protocolos avaliativos a uma variedade de faixas etárias, desde crianças até idosos. Embora a minha área de atuação no estágio não abrangesse crianças, esta experiência foi gratificante levando a uma maior compreensão e apreciação pelas particularidades e complexidades da psicologia da infância. Observei a aplicação da *Wechsler Intelligence Scale for Children* (WISC-III), que suscitou a reflexão sobre a importância de frequentar formações complementares que fornecessem ferramentas necessárias para trabalhar com esta população.

Maioritariamente, observei avaliações direcionadas a adultos e idosos, entre elas, a aplicação de instrumentos como a *Addenbrooke's Cognitive Examination* (ACE-III) para avaliação neuropsicológica, a *Wechsler Adult Intelligence Scale* (WAIS-III) para avaliação do desempenho intelectual, o *Mini Mental State Examination* (MMSE) para avaliação da função cognitiva, a *Disability Assessment for Dementia* (DAD) para avaliar a capacidade funcional na demência, o *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (MMPI), bem como a sua versão reduzida, o questionário Mini-mult, para avaliação da personalidade, a *Zung Self-Rating Depression Scale* para avaliação de sintomatologia depressiva, a *Symptom Checklist-90* (SCL-90) e o *Brief Symptom Inventory* (BSI) para avaliação psicopatológica, o *Maudsley Obsessive-Compulsive Inventory* (MOC) para avaliação de sintomas obsessivos e compulsivos, e o Questionário Holandês do Comportamento Alimentar (QHCA) para avaliação do comportamento alimentar.

O período de observação permitiu um primeiro contato com alguns desses instrumentos, o que contribuiu significativamente para uma maior compreensão da sua utilização prática, possibilitando a aplicação desses instrumentos de forma adequada e eficaz. Neste contexto, considero que o planeamento do processo de avaliação nem sempre decorre de acordo com as expectativas, podendo surgir pacientes que apresentam fadiga, desmotivação, falta de colaboração ou mesmo um nível de deterioração além do esperado. Torna-se essencial desenvolver estratégias e abordagens que possibilitem a condução do processo avaliativo de forma adequada. Uma opção viável poderá ser o adiamento da avaliação ou recorrer a testes alternativos, mais rápidos e acessíveis.

### **2.3. Avaliação psicológica e neuropsicológica**

As avaliações psicológicas e neuropsicológicas são ferramentas utilizadas em contextos clínicos e de investigação para avaliar o funcionamento cognitivo, emocional e comportamental (Parsons et al., 2014). A avaliação psicológica oferece suporte ao processo de diagnóstico e tratamento, sendo tipicamente usada para avaliar traços de personalidade, sintomas clínicos e comportamentos. Por outro lado, a avaliação neuropsicológica é uma forma mais especializada de avaliação psicológica que se concentra especificamente na relação entre o funcionamento cerebral e o comportamento. Os testes neuropsicológicos avaliam vários domínios cognitivos, como atenção, memória, linguagem e funções executivas, auxiliando a identificar áreas de comprometimento cognitivo (Cohen & Swerdlik, 2017).

Após a realização do pedido, a escolha do protocolo a aplicar era realizada de acordo com as queixas apresentadas e idade do paciente. A consulta engloba a recolha de informação sobre o motivo de encaminhamento, descrição dos sintomas, estado de humor e dificuldades sentidas nas atividades de vida diária. Tendo em conta que o comprometimento cognitivo é regularmente acompanhado por ansiedade que interfere no desempenho cognitivo, a consulta deve ser realizada de forma descontraída e conversacional, podendo ser pertinente a aplicação de um instrumento que avalie a sintomatologia psicopatológica para justificar eventuais resultados mais baixos. Após a explicação do processo avaliativo, decorre a aplicação do instrumento. No final de cada avaliação, procede-se à cotação e interpretação dos resultados obtidos, sendo posteriormente elaborado o relatório de avaliação psicológica. A devolução dos resultados é realizada pelo profissional que solicitou o pedido. No anexo C, constam exemplos de relatórios de avaliação psicológica realizados.

Foram realizadas 41 avaliações psicológicas e/ ou neuropsicológicas com um total de 50 consultas efetivadas, descritas na Tabela 1. A interação com os pacientes durante as avaliações, reforçou a importância de contextualizar os sintomas mencionados, a fim de compreender qualitativamente o impacto das dificuldades na vida diária. Estes são pontos chaves para efetuar o diagnóstico diferencial entre défice cognitivo ligeiro (DCL) e o início de um processo demencial. O DCL é caracterizado pela presença de um comprometimento cognitivo maior do que o esperado, considerando a idade e escolaridade do paciente. No entanto, a independência na realização das atividades da vida diária mantém-se preservada. Já o processo demencial refere-se a uma série de doenças neurodegenerativas caracterizadas por afetar as atividades quotidianas (Janelidze et al., 2018). Assim, apesar da interpretação dos resultados obtidos ser fundamental, a entrevista desempenha um papel igualmente significativo.

**Tabela 1**

*Casos de Avaliação Psicológica e Neuropsicológica*

<b>Identificação</b>	<b>Motivo da avaliação</b>	<b>Nº sessões</b>	<b>Instrumentos utilizados</b>	<b>Situação do caso</b>
M.I, 71 anos	Avaliação multiusos (avaliação cognitiva)	1	ACE-III	Terminado
M.A, 56 anos	Avaliação cognitiva “esquecimentos” (sic)	1	ACE-III	Terminado
E.S, 55 anos	Avaliação cognitiva (QI)	1	ACE-III	Terminado
M.I, 51 anos	Avaliação cognitiva (QI)	1	ACE-III	Terminado
A.F, 45 anos	Avaliação multiusos (avaliação cognitiva)	1	WAIS	Terminado
A.P, 50 anos	Avaliação multiusos (avaliação cognitiva)	2	WAIS	Terminado
M.F, 63 anos	Avaliação cognitiva (QI)	1	ACE-III	Terminado
S.A, 42 anos	Avaliação multiusos (avaliação cognitiva)	2	WAIS; SCL-90	Terminado
R.C, 71 anos	Avaliação neuropsicológica pós Grupo de Estimulação Neuropsicológica	1	ACE-III	Terminado
J.C, 61 anos	Avaliação neuropsicológica pós Grupo de Estimulação Neuropsicológica	1	ACE-III	Terminado
H.C, 51 anos	Avaliação neuropsicológica pós Grupo de Estimulação Neuropsicológica	1	ACE-III	Terminado
F.J, 60 anos	Avaliação cognitiva “problemas de memória, esquecimentos” (sic)	1	ACE-III	Terminado
R.R, 65 anos	Avaliação cognitiva “esquecimento” (sic)	1	ACE-III	Terminado
R.R, 28 anos	Avaliação cognitiva (QI)	1	WAIS	Terminado

M.T, 51 anos	Avaliação cognitiva (QI)	1	WAIS	Terminado
I.M, 63 anos	Avaliação cognitiva “dificuldades marcadas de memória” (sic)	2	ACE-III; <i>Benton Visual Retention Test (BVRT)</i>	Terminado
M.J, 76 anos	Avaliação multiusos (avaliação cognitiva)	2	WAIS	Terminado
T.D, 35 anos	Avaliação cognitiva (QI)	1	WAIS	Terminado
L.R, 69 anos	Avaliação multiusos (avaliação cognitiva)	2	WAIS	Terminado
R.E, 68 anos	Avaliação cognitiva (QI)	1	ACE-III	Terminado
D.A, 67 anos	Avaliação cognitiva (QI)	1	MMSE	Terminado
J.T, 46 anos	Avaliação neuropsicológica para integrar Grupo de Estimulação Neuropsicológica	1	ACE-III	Terminado
D.A, 18 anos	Avaliação cognitiva “suspeita PHDA” (sic)	4	WAIS; Entrevista de Diagnóstico de PHDA* em adultos	Terminado
B.C, 33 anos	Avaliação multiusos (avaliação cognitiva)	2	SCL90; BVRT	Terminado
M.P, 78 anos	Avaliação multiusos (avaliação cognitiva)	1	Montreal Cognitive Assessment (MOCA)	Terminado
L.A, 64 anos	Avaliação multiusos (avaliação cognitiva)	1	<i>Trail Making Test; INECO frontal screening</i>	Terminado
I.R, 76 anos	Avaliação multiusos (avaliação cognitiva)	1	MOCA	Terminado
M.S, 19 anos	Avaliação psicológica para integrar Grupo de gestão da ansiedade	1	<i>Hamilton Anxiety Rating Scale (HAM-A)</i>	Terminado
J.C, 46 anos	Avaliação psicológica para integrar Grupo de gestão da ansiedade	1	HAM-A	Terminado
D.B, 20 anos	Avaliação psicológica para integrar Grupo de gestão da ansiedade	1	HAM-A	Terminado
A.P, 60 anos	Avaliação psicológica para integrar Grupo de gestão da ansiedade	1	HAM-A	Terminado
S.A, 44 anos	Avaliação psicológica para integrar Grupo de gestão da ansiedade	1	HAM-A	Terminado
M.I, 57 anos	Avaliação psicológica para integrar Grupo da dor	1	<i>Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS); Pain Disability Index (PDI)</i>	Terminado
F.R, 58 anos	Avaliação psicológica para integrar Grupo da dor	1	HADS; PDI	Terminado
S.A, 44 anos	Avaliação psicológica para integrar Grupo da dor	1	HADS; PDI	Terminado
L.P, 52 anos	Avaliação psicológica para integrar Grupo da dor	1	HADS; PDI	Terminado

F.M, 53 anos	Avaliação psicológica para integrar Grupo da dor	1	HADS; PDI	Terminado
I.P, 55 anos	Avaliação psicológica para integrar Grupo da dor	1	HADS; PDI	Terminado
M.P, 79 anos	Avaliação multiusos (avaliação cognitiva)	1	MOCA	Terminado
M.S, 63 anos	Avaliação multiusos (avaliação cognitiva)	1	MOCA; SCL90	Terminado
A.R, 44 anos	Avaliação multiusos (avaliação cognitiva)	1	ACE-III; SCL90	Terminado

\* PHDA – Perturbação de Hiperatividade e Défice de atenção

#### 2.4. Consultas psicológicas

Após a observação e algumas sessões de prática clínica supervisionada, foram iniciadas as consultas de acompanhamento psicológico de forma autónoma. Ao longo do estágio acompanhei nove casos clínicos, com um total de 50 consultas efetivadas (Tabela 2). O caso destacado a negrito foi selecionado para a apresentação de estudo de caso devido ao investimento da paciente, que se revelou uma mais-valia para o desenvolvimento de uma boa relação terapêutica e posteriores ganhos terapêuticos. Para além disso, a problemática apresentada despertou um grande interesse, o que promoveu um investimento no estudo e planeamento de sessões mais pormenorizadas.

Em todos os acompanhamentos, as primeiras consultas são dedicadas à exploração da problemática principal, recolha da história clínica e estabelecimento de uma boa relação terapêutica. Quanto à intervenção, esta foi adaptada de acordo com as necessidades e problemáticas de cada paciente. No fim de cada sessão, é registado no diário clínico um resumo da mesma, destacando os aspetos discutidos mais relevantes. Conforme descrito na tabela 2, foram utilizadas várias das estratégias preconizadas pela Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) como, psicoeducação, reestruturação cognitiva, respiração diafragmática e registo de pensamentos disfuncionais. A psicoeducação revelou ser uma mais-valia antes de iniciar a abordagem terapêutica, permitindo ao paciente compreender a sua problemática e reconhecer a importância de aderir ao tratamento. Foi ainda realizada a psicoterapia de apoio, sendo esta uma abordagem mais breve e focada no presente que visa fornecer suporte psicológico a indivíduos que enfrentam determinadas dificuldades, sem a necessidade de uma análise aprofundada ou mudanças significativas no comportamento (Baechtold & Trois, 2019).

**Tabela 2***Casos de Acompanhamento Psicológico*

<b>Identificação</b>	<b>Motivo da consulta</b>	<b>Nº sessões</b>	<b>Abordagem terapêutica</b>	<b>Situação do caso</b>
M.T, 19 anos (F)	“Tendência ansiosa, traços desadaptativos da personalidade” (sic)	11	<b>Ver apresentação do caso clínico</b>	Alta
M.F, 73 anos (F)	“Humor depressivo” (sic)	3	Psicoterapia de apoio	Encaminhamento para grupo de estimulação neuropsicológica
D.S, 20 anos (F)	Perturbação de ansiedade	1	Psicoterapia de apoio	Alta a pedido da paciente
L.F, 23 anos (M)	“Perturbação depressiva com ideação suicida e com fraca rede de apoio” (sic)	8	Abordagem TCC, reestruturação cognitiva, desconstrução de crenças, estratégias de <i>coping</i>	Alta
C.P, 23 anos (F)	Perturbação da ansiedade	2	Psicoterapia de apoio	Alta por falta
F.P, 60 anos (M)	“Quadro depressivo com inquietação – apoio psicológico urgente” (sic)	9	Abordagem TCC, reestruturação cognitiva, desconstrução de crenças, ajuda no processo de tomada de decisão	Encaminhamento por fim de estágio
M.F, 47 anos (F)	“Agravamento de sintomatologia depressiva” (sic). Dificuldade em lidar com situações de stress	7	Abordagem TCC, reestruturação cognitiva, técnicas de parentalidade assertivas	Alta
M.C, 20 anos (F)	Perturbação da ansiedade	8	Abordagem TCC, autoestima, reestruturação cognitiva, técnicas de relaxamento	Encaminhamento por fim de estágio
R.M, 51 anos (F)	“Agudização da sintomatologia depressiva” (sic)	1	Psicoterapia de apoio	Encaminhamento para grupo de pacientes com depressão

Durante os acompanhamentos, foram exploradas e trabalhadas várias problemáticas, que demonstraram a relevância da individualização do processo terapêutico. O estabelecimento da relação terapêutica é um processo único, podendo surgir resistência ao tratamento, visível em pacientes que não manifestam predisposição a realizar mudanças no seu comportamento ou pensamento. Prosseguir com um acompanhamento sem investimento pode representar um desperdício de recursos e tempo

tanto para o hospital como para o psicólogo e paciente. Surgiram ainda desafios ao lidar com questões emocionais de pacientes com problemáticas intensas, nomeadamente, ideação suicida. Estas situações exigiram uma abordagem delicada e sensível, considerando a profunda dor emocional e vulnerabilidade dos pacientes.

## **2.5. Consulta multidisciplinar para Tratamento Cirúrgico da Obesidade**

A consulta multidisciplinar para o tratamento cirúrgico da obesidade (TCO) é uma abordagem terapêutica que envolve diferentes especialidades que procuram fornecer cuidados integrados e individualizados aos pacientes candidatos à CB. A equipa multidisciplinar do CH é composta por cinco especialidades, cirurgia, nutrição, endocrinologia, psiquiatria e psicologia, tendo como o principal objetivo, avaliar e preparar o paciente para o procedimento cirúrgico, bem como fornecer suporte pré e pós-cirurgia. Uma abordagem cirúrgica isolada, geralmente, não é tão eficaz quanto uma intervenção multidisciplinar, sendo essencial uma equipa que forneça suporte para ajudar os pacientes a alcançar um estilo de vida mais saudável (Mameli et al., 2017). O psicólogo tem um papel participativo ao longo de todo o processo, visando ajudar os pacientes na estabilização das comorbilidades e sintomatologia psicopatológica, mudança de estilo de vida, fornecer suporte emocional e orientar o paciente no desenvolvimento de estratégias para garantir o sucesso a longo prazo após a cirurgia.

Este processo retrata quatro etapas, iniciando com a seleção e avaliação dos pacientes. A seleção ocorre na sequência do pedido de encaminhamento, sendo agendada a primeira consulta de todas as especialidades no mesmo dia. Esta etapa envolve dois momentos de avaliação, com um espaçamento de três a quatro meses para a consulta subsequente, com o mesmo regime de cinco consultas numa tarde. A segunda etapa corresponde à preparação dos pacientes, que ocorre durante todo o processo pré-cirúrgico. Já a terceira etapa, traduz-se no tratamento cirúrgico em si e os cuidados peri-operatórios. Por fim, a quarta etapa consiste no seguimento a longo prazo, que ocorre ao longo dos três anos pós-cirurgia. No serviço de psicologia, este acompanhamento é realizado por meio de consultas em formato de grupo.

A integração na equipa da consulta multidisciplinar TCO permitiu o acompanhamento de pacientes no pré e pós-operatório fornecendo uma visão abrangente das suas necessidades, dificuldades, mas também evoluções. Este foi um desafio que permitiu um maior contacto com diferentes profissionais de variadas especialidades, demonstrando a importância da integração dos psicólogos nas equipas multidisciplinares,

e a forma de como todos tem o seu papel para o sucesso do doente. Integrar esta equipa implicou uma constante busca por formações complementares que transmitissem conhecimento acerca da problemática da obesidade de modo a fornecer um melhor suporte aos pacientes.

De facto, considero que o psicólogo pode ajudar o paciente a gerir as mudanças de estilo de vida para a pós-cirurgia, através do estabelecimento de metas realistas e desenvolvimento de estratégias para lidar com situações de stress e possíveis desafios que possam surgir durante a recuperação.

### **2.5.1. Acompanhamento pré-cirúrgico**

Durante o período de estágio, as terças-feiras de tarde estavam direcionadas apenas para a consulta multidisciplinar do TCO, em que as minhas funções passaram, numa primeira fase pela observação, progredindo para a avaliação psicológica dos pacientes e realização de primeiras consultas. A avaliação psicológica foi realizada através de 3 questionários, entre eles, o QHCA, o BSI, e o Mini-Mult, sendo esta uma componente fundamental no processo pré-operatório, auxiliando na identificação de potenciais fatores psicológicos que possam afetar a recuperação do paciente.

Foram avaliados um total de 200 pacientes em contexto pré-operatório (anexo D) e efetivadas 92 consultas. Para além do processo avaliativo, a consulta envolve uma entrevista psicológica semiestruturada (anexo E) direcionada para o processo cirúrgico, historial de obesidade e motivações do paciente. Durante a consulta, há um enfoque na avaliação da capacidade de adotar novos hábitos saudáveis, expectativas e questões emocionais e comportamentais que possam contribuir para o excesso de peso do paciente.

A consulta subsequente é efetuada pela orientadora de estágio, na qual ocorre a devolução dos resultados do processo avaliativo, reavaliação da motivação e adesão ao plano nutricional. Seguidamente, procede-se à emissão do parecer. Se este for favorável por parte de todas as especialidades, o paciente avança no processo, sendo incluído na lista de espera para a CB. No caso de um parecer desfavorável, é agendada uma nova consulta para fins de reavaliação.

### **2.5.2. Acompanhamento pós-cirúrgico**

A psicologia desempenha um papel essencial no pós-operatório, auxiliando o paciente a lidar com as mudanças físicas e emocionais que ocorrem após a CB, nomeadamente, a perda de peso rápida, as mudanças na imagem corporal e as relações

sociais e familiares. No período pós-operatório, o paciente frequenta cinco sessões em formato de grupo, ao longo dos três anos subsequentes à CB: duas consultas no primeiro ano, duas no segundo ano e uma no terceiro ano. Ao longo deste processo, o paciente pode optar por sair da dinâmica de grupo e iniciar acompanhamento individual.

### **2.5.2.1. Grupo de apoio psicológico a TCO**

O grupo de apoio a pacientes que foram submetidos a TCO, tem como objetivos, a diminuição ponderal, promoção da autoestima, do autocontrolo alimentar e da ansiedade. Este grupo decorre às sextas-feiras de manhã no serviço de psicologia, sendo o mesmo fechado. Os grupo são constituídos por pacientes que, de acordo com o seu encaminhamento, foram convocados para a primeira consulta do TCO, sendo geralmente constituídos por 4 a 8 pessoas, das quais a maioria era do sexo feminino.

Numa primeira sessão são abordadas questões relacionadas com a avaliação de expectativas, sendo questionado o seguimento do plano nutricional, dificuldades sentidas, imagem corporal, atividade física e promoção de estratégias. Tendo em conta que o grupo não apresenta um planeamento de sessões muito estruturado, as restantes sessões eram adaptados às necessidades de cada paciente, nomeadamente, no que diz respeito à partilha de experiências pessoais e desafios experienciadas no pós-operatório. Os pacientes que não apresentam disponibilidade para realizar consulta presencial, têm uma consulta em formato não presencial, via telefone, na qual as questões mais pertinentes são abordadas de forma concisa e a data da próxima consulta é fornecida. As minhas funções neste grupo passaram pela realização dos telefonemas aos pacientes em falta e em estar presente nas sessões, ajudando na sua dinamização.

### **2.6. Participação nas atividades de grupo realizadas**

Os grupos são um tipo de intervenção terapêutica que promove a interação entre o psicólogo e um grupo de indivíduos que apresentam problemáticas semelhantes. Participar num grupo terapêutico pode trazer diversos benefícios, incluindo maior suporte social e conseqüente diminuição da sensação de isolamento, encorajamento mútuo e entreajuda, por meio da partilha de experiências, sentimentos e perspetivas. Para além disso, permite ainda que os pacientes saiam das suas rotinas e zona de conforto, proporcionando um momento de convívio que permite o desfoque da sua problemática (Whittingham et al., 2023).

Através da participação nos grupos, pude discernir que nem todos os pacientes atendiam aos critérios definidos para entrar nos mesmos. Conduzir entrevistas de seleção é essencial para avaliar a disposição do paciente em participar e determinar se a sua presença será vantajosa, tanto para o paciente quanto para o grupo. Caso contrário, podem surgir situações de desistência ou comprometimento da dinâmica do grupo. Durante o estágio participei em seis grupos terapêuticos, nomeadamente, no grupo de apoio psicológico a TCO, descrito anteriormente, no grupo de gestão de ansiedade, grupo de estimulação neuropsicológica, grupo de pacientes com depressão, grupo da dor e grupo de treino de competências pessoais, emocionais e relacionais.

Participar numa ampla variedade de grupos, direcionados a diferentes problemáticas, revelou-se bastante enriquecedor, uma vez que enfrentei uma série de desafios, entre eles, a falta de motivação, conflitos entre participantes, dificuldades na comunicação e na conservação da confidencialidade. Procurei proporcionar um ambiente seguro onde os pacientes se sentissem confortáveis para partilhar os seus pensamentos e sentimentos, através do uso de técnicas como a escuta ativa, sendo importante trabalhar como moderador e reforçar a confidencialidade na primeira sessão.

### **2.6.1. Grupo de Gestão de Ansiedade**

O grupo de gestão de ansiedade procura auxiliar os pacientes a diminuir os níveis de ansiedade, através de técnicas como relaxamento muscular progressivo, respiração diafragmática e visualização imagética guiada. Este proporciona vários benefícios para a saúde mental e física, entre eles, a redução do stress e ansiedade (Wang et al., 2021) e melhoria da qualidade do sono e do humor (Irwin et al., 2014). Os grupos são fechados, com uma periodicidade quinzenal e duração de sete sessões de 1h30. O grupo no qual participei foi constituído por sete participantes, com idades compreendidas entre os 18 e os 60 anos, dos quais cinco eram do sexo feminino e dois do sexo masculino. Este grupo revelou a particularidade de apresentar duas pacientes com 18 e 19 anos, apresentando uma grande discrepância das restantes idades. No entanto, contrariamente ao esperado, esta diversidade de idades promoveu o enriquecimento das interações, proporcionando diferentes perspetivas e uma troca construtiva de experiências e *insights* no grupo.

No início de cada sessão, é solicitado aos pacientes para identificarem o nível de ansiedade que experienciaram, numa escala de 0 "sem ansiedade" a 5 "muita ansiedade", permitindo monitorizar a sua evolução ao longo das sessões. De seguida, decorre o relaxamento muscular e imagético. No final da sessão, é realizado um diálogo procurando

compreender o que foi experienciado durante o momento de relaxamento. De facto, a experiência pode variar consideravelmente entre os participantes, podendo surgir dificuldades na capacidade de abstração dos pensamentos e seguimento das instruções dadas.

Para maximizar o relaxamento, na sala de terapia são colocados colchões, bem como cadeirões para os pacientes que preferiam estar sentados. A iluminação também é considerada, destacando-se a presença de um candeeiro que ilumina a sala. Durante o momento de relaxamento, as luzes são apagadas, criando um ambiente propício para o mesmo. Os pacientes são orientados a comparecer às sessões com roupa confortável a fim de evitar restrições nos movimentos e desconforto. Por vezes, devido ao *setting* hospitalar, os ruídos de fundo eram imprevisíveis e frequentemente interferiam no relaxamento. Neste sentido, era selecionada uma música relaxante com sons da natureza para ajudar a diminuir o ruído externo. No anexo F, encontra-se uma fotografia da sala de relaxamento.

As minhas funções passaram pela avaliação psicológica dos pacientes, elaboração de dinâmicas, nomeadamente, da sessão de psicoeducação (anexo G1) e elaboração de um panfleto de psicoeducação sobre ansiedade (anexo G2). Foram ainda dinamizadas várias atividades, entre elas, a realização do treino de respiração diafragmática, do relaxamento muscular progressivo de Jacobson (anexo H1) e relaxamento imagético (anexo H2-H3-H4).

### **2.6.2. Grupo de estimulação neuropsicológica**

O grupo de estimulação neuropsicológica tem como objetivo promover a manutenção ou melhoramento das funções cognitivas, bem como a socialização. Este é um grupo fechado, com uma periodicidade semanal e duração de 10 sessões de 2h cada, sendo estruturado e adaptado às limitações e potencialidades de cada paciente. Colaborei como coterapeuta em dois grupo, sendo o grupo 1 constituído por seis participantes, com idades compreendidas entre os 51 e os 66 anos, dos quais cinco eram do sexo feminino e um do sexo masculino. Já o grupo 2 apresentou dez participantes, abrangendo idades dos 47 aos 71 anos, em que oito eram do sexo feminino e dois do sexo masculino.

O grupo é direcionado para pacientes com diagnóstico de depressão e eventuais quadros demenciais em instalação, que apresentam a condição de declínio cognitivo ligeiro a moderado. Antes do grupo iniciar, é realizada uma avaliação neuropsicológica,

com vista a determinar as áreas de funcionamento cognitivo com maior défice, alterações emocionais e limitações nas atividades de vida diárias. No final do grupo é reaplicado o protocolo avaliativo, com o objetivo de verificar o impacto do grupo em termos de efeitos terapêuticos.

No início de cada sessão, é realizada uma análise dos trabalhos desenvolvidos durante a semana, bem como um reflexão das dificuldades encontradas na sua realização. Os pacientes são sempre incentivados a praticar as estratégias aprendidas, visando uma maior aplicação e consolidação dos conhecimentos adquiridos. Ocasionalmente, são incorporadas sessões direcionadas à promoção da autoestima e ao relaxamento, sempre que esses temas sejam relevantes para o grupo em questão. Na tabela 3 encontra-se uma descrição mais pormenorizada das atividades desenvolvidas.

### **Tabela 3**

#### *Atividades desenvolvidas nas sessões do grupo de estimulação neuropsicológica*

<b>Sessões</b>	<b>Funções cognitivas trabalhadas</b>
Sessão 1	Sessão inaugural: Apresentação dos psicólogos e membros do grupo, bem como das regras do funcionamento e objetivos do grupo.
Sessão 2	Memória sensorial (paladar, olfato e tato)
Sessão 3	Memória sensorial (visão e audição)
Sessão 4	Memória (curto e longo prazo)
Sessão 5	Memória (visual)
Sessão 6	Memória (auditiva)
Sessão 7	Atenção/ Concentração
Sessão 8	Funções Executivas (coordenação direita-esquerda, fluência verbal)
Sessão 9	Funções Executivas (planeamento)
Sessão 10	Sessão final

As minhas funções passaram pela seleção e avaliação dos participantes, contribuição para a planificação do programa de intervenção, dinamização e elaboração de dinâmicas e atividades, nomeadamente, a realização de um dominó dos provérbios, em que os pacientes teriam de ligar o início de um provérbio ao correspondente (anexo I1), a elaboração de puzzles com cinco níveis de dificuldade (anexo I2), a elaboração de

um manual de exercícios de estimulação (anexo I3) e de um panfleto de psicoeducação sobre a estimulação neuropsicológica (anexo I4). No anexo I5, encontram-se alguns exemplos de exercícios realizados em sessões de grupo.

Apesar de ambos os grupos compartilharem a mesma finalidade, observei notáveis diferenças, devido ao nível de deterioração cognitiva dos participantes. No grupo 2, dois pacientes manifestaram um declínio cognitivo mais acentuado do que o previsto, o que os impossibilitou de realizar as atividades propostas. Isto criou desafios na gestão da atenção com o restante do grupo, tornando necessário efetuar modificações e ajustes nas atividades. Este momento realçou a importância das entrevistas de seleção, sendo fulcral que todos os participantes se encontrem em níveis próximos de comprometimento cognitivo.

### **2.6.3. Grupo de pacientes com depressão**

O grupo de pacientes com depressão tem como objetivo a diminuição da sintomatologia depressiva, prevenção de recaídas e aumento dos recursos pessoais dos pacientes. Este dirige-se a pacientes com sintomatologia depressiva ou diagnóstico prévio de depressão. Os pacientes desenvolvem estratégias para lidar com a depressão, como a identificação de padrões de pensamento negativos, o estabelecimento de metas realistas e a prática de técnicas de relaxamento. O grupo que participei era fechado e realizado quinzenalmente, com uma duração de 10 sessões de 2 horas. O mesmo foi constituído por oito participantes, com idades compreendidas entre 45 e 56 anos, dos quais seis eram do sexo feminino e dois do sexo masculino. Na tabela 4 estão descritas as sessões realizadas.

**Tabela 4**

*Atividades desenvolvidas nas sessões do grupo de depressivos*

<b>Sessões</b>	<b>Atividades realizadas</b>
<b>Sessão 1</b>	Sessão inaugural: Apresentação dos psicólogos e membros do grupo, bem como das regras do funcionamento e objetivos do grupo.
<b>Sessão 2</b>	Sessão Psicoeducação sobre a Depressão
<b>Sessão 3</b>	Relações interpessoais: Família
<b>Sessão 4</b>	Relações interpessoais
<b>Sessão 5</b>	Autoestima
<b>Sessão 6</b>	Relaxamento muscular e imagético

---

**Sessão 7** Relaxamento muscular e imagético

---

**Sessão 8** Sessão final

---

As minhas funções passaram pela ajuda na dinamização de sessões, particularmente as dedicadas ao relaxamento e a sessão de psicoeducação. No que diz respeito aos participantes, verificou-se uma grande entreajuda, na qual os membros do grupo se mostraram dispostos a partilhar experiências, oferecer suporte emocional e fornecer estratégias, fomentando a resiliência e o fortalecimento emocional entre si. Por vezes, os participantes integram o grupo com um grande desejo de partilha, no entanto, nem todos os pacientes estão interessados nessa dinâmica, descrevendo sentirem-se sobrecarregados ao ouvir as problemáticas dos outros participantes e questionando a pertinência do grupo. Consequentemente, o maior desafio recaiu precisamente na moderação, sendo necessário garantir que as discussões se mantivessem respeitadas, permitindo uma participação equitativa de todos os membros e mantendo o foco nos objetivos estabelecidos.

#### **2.6.4. Grupo da dor**

O grupo terapêutico para pacientes com dor crónica procura melhorar a qualidade de vida dos pacientes através do relaxamento e desfoco da dor. A dor crónica pode ter um impacto significativo no bem-estar físico e psicológico do paciente, afetando o seu dia a dia e reduzindo a sua qualidade de vida. O grupo terapêutico é uma intervenção valiosa que pode ajudar a abordar as questões subjacentes à dor, incluindo a ansiedade, a depressão e o isolamento social (Pimenta, 2020). O grupo que participei apresentava sete participantes, com idades compreendidas entre os 44 e os 58 anos, dos quais seis eram do sexo feminino e um do sexo masculino. Este grupo foi uma inovação na unidade hospitalar, sendo o primeiro grupo da dor a decorrer na mesma. Apresenta uma periodicidade quinzenal, é fechado, centrando-se na realização de relaxamento muscular e imagético ao longo de sete sessões

As minhas funções passaram pela avaliação psicológica dos pacientes, auxílio na dinamização das atividades, bem como realização de algumas dinâmicas, nomeadamente, as dedicadas ao relaxamento e a sessão de psicoeducação, tendo sido realizado um *powerpoint* com os pontos-chave (Anexo J1). Todos os participantes apresentavam o diagnóstico de fibromialgia, com exceção de um paciente com diagnóstico de dor

neuropática. Este grupo permitiu aos pacientes com dor crónica partilharem as suas experiências e desafios, proporcionando um senso de comunidade e apoio, uma vez que os mesmos se sentem isolados e incompreendidos em relação à sua dor. De facto, estes pacientes foram muitas vezes colocados de parte pelos profissionais de saúde, por não existir uma cura para a dor descrita. No entanto, a dor existe e é vivenciada, logo, o grupo terapêutico pode fornecer aos pacientes estratégias para lidar com a dor de forma mais eficaz, nomeadamente, técnicas de relaxamento, que podem ajudar a reduzir a intensidade da dor e melhorar a qualidade de vida.

### **2.6.5. Grupo de treino de competências pessoais, emocionais e relacionais**

O grupo de treino de competências tem como objetivo o desenvolvimento de competências essenciais para a realização bem-sucedida de uma determinada tarefa. Na verdade, as competências pessoais, emocionais e relacionais são interdependentes e complementam-se, sendo que o seu desenvolvimento contribui para o crescimento pessoal e fortalecimento dos relacionamentos interpessoais. Estas incluem capacidades como a comunicação assertiva, trabalho em equipa, liderança, resolução de problemas, adaptabilidade, iniciativa, empatia, entre outras (Bhattacharya et al., 2023). Aquando do início do estágio, o grupo de treino de competências não se encontrava em funcionamento. Contudo, face à necessidade de dar resposta às situações que surgiam no âmbito das consultas de psicologia, a abertura do mesmo fez sentido, sendo-me proposto dar início, de forma autónoma, à sua realização. Por considerar que este foi um desafio que se traduziu numa grande aprendizagem, descrevo-o mais pormenorizadamente.

A seleção dos participantes foi realizada através da articulação com os psicólogos do serviço, sendo confirmado a adesão dos pacientes via telefónica. No que diz respeito à planificação, esta foi dividida através de oito sessões semanais, com uma duração de 1h. No anexo K1, encontra-se o plano de atividades do grupo. O grupo foi desenvolvido em coterapia com uma colega estagiária, tendo iniciado no dia 12 de abril de 2023 e terminado no dia 07 de junho de 2023. Quanto aos participantes do grupo (tabela 5), estes apresentavam predominantemente quadros de constrangimento e ansiedade social, caracterizados por dificuldades de comunicação, estando inclusive integrado um paciente com diagnóstico de autismo.

**Tabela 5**

*Descrição sociodemográfica dos participantes integrantes no grupo de gestão de competências pessoais, emocionais e relacionais*

<b>Identificação</b>	<b>Escolaridade</b>	<b>Profissão</b>
V.S, 21 anos (M)	12º ano	Construção civil
A.I, 28 anos (F)	Licenciatura em educação social	Desempregada
G.N, 52 anos (F)	12º ano	Auxiliar de ação educativa – De baixa
J.D, 23 anos (M)	12º ano	Desempregado
M.F, 33 anos (M)	Licenciatura em gestão	Administrativo

Antes do grupo iniciar, foi ponderada a pertinência de realizar uma avaliação quantitativa. No entanto, devido às características específicas do grupo, optou-se por conduzir uma avaliação qualitativa na última sessão, através da partilha da experiência e evolução sentida. As minhas funções no grupo passaram pelo planeamento e dinamização das sessões, bem como realização das atividades.

## **Intervenção Grupal**

### **1ª Sessão**

O foco da 1ª sessão recaiu no estabelecimento de uma boa relação terapêutica. Inicialmente, foi realizada a apresentação dos psicólogos e dado as boas-vindas aos participantes, seguindo com a apresentação dos objetivos e regras do grupo. Denotou-se um grande desconforto entre os pacientes, principalmente em momentos de diálogo. Para promover um ambiente mais descontraído e acolhedor, o uso do humor foi uma estratégia amplamente utilizada. Com vista a conhecer os participantes, foi realizada a “atividade do novelo”, em que individualmente partilharam um facto sobre si, passando o novelo para o colega seguinte, agarrando numa ponta, ficando eventualmente uma teia que os interligou. Antecipando que os pacientes seriam muito breves nas suas apresentações, foi realizada uma pequena lista de questões para estimular a discussão. Em seguida, foram abordadas as expectativas perante o grupo, tendo-se verificado uma grande procura pela aprendizagem e desenvolvimento pessoal. De modo a consolidar esta questão, para trabalho de casa, foi proposto preencher uma tabela para refletir sobre os objetivos a curto, médio e longo prazo (anexo K2).

## **2ª Sessão**

A sessão seguinte focalizou-se na psicoeducação sobre o conceito de competência. Primeiramente, foi realizada uma reflexão sobre a tarefa para casa, tendo a maioria dos participantes relatado objetivos realistas e pertinentes. De seguida, após uma breve psicoeducação sobre o conceito de competência, os participantes foram encorajados a expressar competências que sentiam mais ou menos dificuldade. Durante essa discussão, foram solicitadas sugestões de competências a serem trabalhadas nas sessões seguintes, com vista a ter em consideração as necessidades específicas do grupo. Foi ainda entregue o diário de bordo (anexo K3), tendo sido explicado o seu propósito e dada total liberdade para o seu preenchimento. Para tarefa de casa, e de modo a introduzir a sessão de autoestima, foi pedido para trazerem algo que considerassem um ponto forte, por exemplo, receitas, artes manuais, fotografias, entre outros.

## **3ª Sessão**

A 3ª sessão, iniciou com uma breve psicoeducação sobre a autoestima, tendo sido fornecido estratégias e técnicas para o desenvolvimento de uma autoestima positiva. Os pacientes trouxeram o que consideraram ser os seus pontos fortes, nomeadamente, receitas, fotografias, um vídeo a tocar piano e bordados. Esta dinâmica permitiu uma grande interação entre os membros do grupo que, de forma autónoma, explicaram entre si os seus passatempos. Em seguida, foi conduzida uma atividade com várias frases, apresentadas dentro de uma caixa (anexo K4), com características associadas à baixa e alta autoestima. Em conjunto, os participantes discutiram em qual dos tipos de autoestima a frase se enquadrava. Esta atividade permitiu refletir sobre as diferentes formas em que a autoestima interfere no nosso dia a dia, seja a nível da criatividade, enfrentamento de problemas e autoaceitação, bem como formas de promover a mudança. Posteriormente, foi entregue o questionário de autoconhecimento (anexo K5), no entanto, a conclusão do mesmo foi atribuída como tarefa de casa. No final da sessão, foi ainda entregue a cada participante uma fotografia (anexo K6), com vista a que os mesmos refletissem sobre a forma que olham para si próprios.

## **4ª Sessão**

A 4ª sessão apresentou como principal objetivo abordar a assertividade. Após explorar os questionários de autoconhecimento dos participantes, foi notório um bom autoconhecimento por parte da maioria, com reflexões bastante pertinentes, expondo as suas vulnerabilidades ao grupo, sem grandes dificuldades. Os participantes começaram a

demonstrar um crescente conforto e identificação entre si, o que resultou numa maior entreatajuda. De seguida, foi abordada a definição de assertividade, bem como os seus principais desafios e estratégias. De modo a consolidar a informação fornecida foi entregue um panfleto (anexo K7) com os tópicos mais relevantes. Como atividade, foi ainda realizado um questionário que descrevia diferentes situações, com vista a enquadrar os pacientes como pessoas assertivas ou passivas na resposta a essas situações concretas (anexo K8), verificando-se predominante o comportamento passivo.

### **5ª Sessão**

Na 5ª sessão, foram abordadas as relações interpessoais e identificada a importância de relações positivas. Como atividade, foram fornecidos vários cenários com duas opções de ação de ação (anexo K9). Após analisar as opções ocorreu a reflexão sobre com qual modo de ação os pacientes se identificavam e qual seria a mais vantajosa. Este exercício revelou-se bastante pertinente, permitindo compreender alguns gatilhos que provocavam comportamentos de isolamento ou retraimento no contacto social. Deste modo, os pacientes ficaram mais consciencializados das suas ações e desenvolveram estratégias para melhorarem as suas interações sociais.

### **6ª Sessão**

A 6ª sessão foi direcionada para a resolução de conflitos, sendo realçada a forma de como o autocontrolo e a tolerância à frustração são fundamentais para essa mesma gestão. Inicialmente, foi realizada uma breve psicoeducação sobre o tema tendo sido discutido diferentes formas de gerir conflitos e reforçado que nem todos os conflitos são negativos, podendo ser uma fonte de crescimento pessoal. Posteriormente, foi pedido aos participantes para escreverem situações pessoais em que sentiram estar perante um conflito, tendo sido abordadas diferentes formas de o abordar. Por fim, de modo a colocar em prática as estratégias fornecidas, foi realizado um *role play* entre dois participantes sobre uma situação de crítica no local trabalho. Verificou-se um grande retraimento por parte dos participantes, no entanto, após algum encorajamento, o *role play* foi bastante positivo permitindo aos pacientes colocarem-se numa perspetiva diferente e analisarem os seus comportamentos na 3ª pessoa.

## **7ª Sessão**

Na 7ª sessão, foi abordada a ansiedade. Tendo em conta que todos os participantes frequentaram previamente acompanhamento individual ou grupal em que já teriam trabalhado a ansiedade, foi pedido aos pacientes para expressarem os seus sentimentos sobre a mesma através da pintura, podendo utilizar tintas, lápis de cor ou fazer colagens (anexo K10). De facto, ao serem questionados sobre a ansiedade não se verificou um grande desenvolvimento nas respostas. No entanto, as pinturas realizadas trouxeram a visão pessoal de cada um, permitindo discutir os diferentes fatores precipitantes e de manutenção da ansiedade. No anexo K11 encontram-se os desenhos realizados pelos pacientes. No final da sessão, foi entregue um panfletos psicoeducativo sobre o relaxamento (anexo K12) para que ficassem com os pontos chave discutidos e pudessem realizá-lo em casa.

## **8ª Sessão**

A 8ª e última sessão recaiu numa revisão geral dos conteúdos abordados ao longo das sessões e na partilha da evolução e aprendizagens sentidas pelos pacientes. Para obter uma avaliação individualizada sobre a integração no grupo, foi elaborada uma dinâmica com fotografias (anexo K13), em que os pacientes escolheram duas que consideraram retratar a sua evolução antes e depois do grupo. Todas as respostas foram positivas, tendo sido reconhecida a importância da manutenção da mudança e procura por sair da zona de conforto. No final da sessão, em formato de despedida, foi realizado um pequeno lanche com bolos que os pacientes se disponibilizaram a levar. Por fim, foi entregue um certificado de agradecimento (anexo K14), sendo reforçado positivamente a entrega e dedicação de todos, uma vez que são os responsáveis pelas mudanças experienciadas.

## **Reflexão do grupo**

O desenvolvimento deste grupo foi das experiências mais enriquecedoras de todo o estágio, uma vez que foi assumida a responsabilidade total pela dinâmica e progresso do mesmo, fomentando o desenvolvimento de capacidades como a autonomia e resolução de conflitos. Como limitação, realço o tempo das sessões. Por uma questão de disponibilidade do serviço e sobreposição de horários, o grupo estava delimitado a 1 hora de sessão, sendo esta muitas vezes ultrapassada. Considero que uma sessão de 2h teria sido mais benéfica, uma vez que devido à limitação do tempo, não foi viável realizar certas atividades que teriam sido importantes, por exemplo, ter uma sessão em que

acompanhássemos os pacientes a um local público, nomeadamente, ao bar do hospital, expondo-os a uma situação de interação social.

No que diz respeito a desafios, a gestão dos silêncios foi um elemento crucial para o sucesso do grupo. Apesar das tentativas de quebrar o gelo, durante as primeiras sessões, o grupo manteve-se predominantemente em silêncio, com pouco contato visual e respostas breves. Ao longo das sessões compreendi que manter o silêncio e utilizar pausas estratégicas, permitiu criar um ambiente que encorajou a participação dos membros do grupo, especialmente quando havia relutância em se manifestarem. Globalmente, as minhas expectativas não eram positivas no que diz respeito à adesão e evolução dos participantes, no entanto, verificou-se um gradual aumento da participação e melhorias na comunicação, verbal e não verbal, autoestima e controlo da ansiedade.

## **2.7. Outras atividades**

### **2.7.1. Formações do CH**

Ao longo do período de estágio frequentei três formações desenvolvidas no CH que me permitiram aprender acerca de temáticas importantes que contribuíram para o meu crescimento profissional. Nomeadamente, a formação “A criança com necessidades educativas especiais” (anexo L1), que abordou a importância de uma intervenção individualizada nestas crianças, considerando as suas habilidades, interesses e desafios específicos, bem como a importância do suporte fornecido à família ou cuidadores. Assisti ainda às “II Jornadas de Humanização” (anexo L2), que promoveram a discussão e a consciencialização sobre a importância da humanização na área da saúde, particularmente, na relação médico-paciente, destacando os benefícios para os pacientes, familiares e profissionais de saúde. Por fim, participei ainda no evento “Dia Mundial da Luta contra a Obesidade – a Problemática da Obesidade” (anexo L3), sendo esta uma formação desenvolvida pela equipa multidisciplinar do TCO, visando dar a conhecer o papel de cada profissional envolvido no processo.

### **2.7.2. Relaxamento para profissionais**

O Serviço de Psicologia do CH promoveu sessões de relaxamento para profissionais. Esta iniciativa, designada “Minutos para ti” (anexo M), decorreu diariamente durante o mês de dezembro, com a duração de 15 a 20 minutos, na qual tive a oportunidade de fazer parte. Esta iniciativa procurou promover uma melhor gestão do

*stress* e o autocuidado entre os profissionais de saúde, de modo a prevenir a exaustão e *burnout*.

### **2.7.3. Atividade com alunos do 3º ano de licenciatura**

O núcleo de psicologia da associação de estudantes do IUCS convidou-me para uma conversa informal com os alunos do 3º ano da licenciatura, de modo a poder partilhar a minha experiência no local de estágio e esclarecer algumas dúvidas relativas à transição da licenciatura para o mestrado. Considero que esta foi uma excelente iniciativa, dado que identifiquei uma lacuna no meu ano de transição, onde senti falta de um recurso semelhante. O momento de selecionar um local de estágio e todo o processo de transição pode ser intimidante, sendo fundamental promover o diálogo entre os diferentes anos.

## **Capítulo III**

### **3. Estudo de Caso M**

#### **Identificação**

M é uma jovem de 19 anos, solteira, com o 12º ano de escolaridade. Vive com os seus pais e irmã mais nova, de 11 anos. Atualmente, está a estudar contabilidade na universidade.

#### **Motivo da Consulta / Pedido**

O encaminhamento para a consulta de psicologia foi realizado através do seu médico psiquiatra. O pedido elaborava: “*paciente com tendência ansiosa perante situações de mudança, traços desadaptativos da personalidade*” (sic). Quando abordada sobre o motivo de estar na consulta de psicologia, menciona “*não me sinto bem com o meu corpo (...) há uns anos cheguei mesmo a ficar anorética porque meti na cabeça que tinha de perder peso*” (sic).

#### **Observação Clínica**

A paciente compareceu às consultas maioritariamente sozinha, com a exceção de duas sessões em que veio acompanhada pela mãe. M exibiu um aspeto cuidado, com idade aparentemente congruente com a idade real. Apresentou-se orientada no tempo, espaço e lugar, com um discurso adequado, organizado e claro. Mantinha um bom contacto ocular, com uma postura descontraída a maior parte das vezes. Quanto ao seu estado de humor, revelou-se predominantemente eutímico, no entanto, por vezes oscilava para um humor com um afloramento ansioso, reativo a determinados acontecimentos que vivenciava ao longo da semana.

Numa fase inicial do processo terapêutico, M demonstrou algumas dificuldades em expressar as suas emoções, sendo sempre muito fechada e direta aos pontos de diálogo. De forma gradual senti uma progressiva abertura, levando a sessões com um ambiente mais descontraído e dinâmico. Ao longo do acompanhamento psicológico, M apresentou um ótimo *insight* relativamente às suas dificuldades. No entanto, em momentos de maior ansiedade, revelou uma grande tendência para a catastrofização.

### **História Clínica**

A paciente foi acompanhada por pedopsiquiatria no serviço privado dos 16 aos 18 anos, por diagnóstico de depressão. Apresenta histórico de automutilações com objetivo de regulação emocional e uma tentativa de suicídio através de ingestão medicamentosa voluntária. Atualmente segue terapêutica prescrita pelo seu médico psiquiatra.

### **História do Problema**

Após a primeira consulta com M, identifiquei que a questão central a ser abordada seria a construção de uma autoimagem saudável e aprimoramento da autoestima. A paciente mencionou que nunca se sentiu uma pessoa bonita e aquando da chegada da adolescência começou gradualmente a evitar ver-se ao espelho, revelando falta de motivação para o autocuidado, resultando num descuido pessoal progressivo. Esta problemática agravou no período de mudança de escola, aos 16 anos. Neste novo ambiente, M sentiu-se intimidada pelas colegas de turma, que atribuíam grande importância à aparência física e forma de vestir. Com o intuito de se sentir aceite, M decidiu emagrecer, dando início a uma dieta muito restrita que levou mais tarde a um internamento e acompanhamento nutricional. Atualmente, M conseguiu recuperar o peso, porém mantém um alto nível de autocritica e autodepreciação.

Esta diminuição de autoestima não estava apenas direcionada ao seu aspeto físico. A nível escolar, apesar de M ser uma excelente aluna, verbaliza não se sentir inteligente o suficiente, depositando uma grande pressão em si mesma para tirar boas notas, tendo chegado a negligenciar o contacto social típico da adolescência. Este sentimento provém desde o primeiro ano de escolaridade, dado a mãe de M promover uma educação rigorosa, exigindo uma dedicação intensiva aos estudos. Na verdade, embora a busca por um bom desempenho académico possa ser positivo, a negligência das atividades sociais pode ter consequências negativas na saúde mental. M descreve ainda impactos na sua dinâmica familiar “*havia uma competição enorme entre a minha mãe e a minha tia para que eu e o meu primo tivéssemos melhores notas*” (sic).

No que diz respeito à sintomatologia ansiosa e depressiva, M descreve-se como sendo uma pessoa descontraída e despreocupada. No entanto, ao longo dos últimos 3 anos, reflete que começou a experienciar ansiedade com mais frequência. Associa este acontecimento a vários episódios ligados à mudança de escola, entre eles, a pressão social exercida pelas colegas de turma, a exigência de tirar boas notas e a frustração de perder amizades próximas. Descreve por vezes experienciar crises de pânico, taquicardia, dificuldade em respirar, irritabilidade e insónias. Particularmente, partilha um episódio no seu 10º ano em que “*sentia que andava a flutuar*” (sic). Neste período, menciona o surgimento de pensamentos como: “*Não sirvo para nada*”, “*O que é que ando aqui a fazer?*”, “*Sou um peso morto*” e “*Se desaparecesse ninguém ia sentir a minha falta*” (sic).

Eventualmente, procurando gerir todos estes sentimentos M desenvolveu mecanismos de  *coping*  desadaptativos, entre eles, o consumo de drogas por um breve período de tempo, afirmando gostar da sensação de leveza que as mesmas lhe proporcionavam, progredindo para comportamentos de auto-mutilação e, mais tarde, ingestão uma grande quantidade de calmantes. Atualmente, M afirma que o seu objetivo não era o suicídio, “*queria ver o que acontecia*” (sic). Refere ainda que já não realiza comportamentos de consumo de substâncias ou auto-mutilação, descrevendo sentir uma maior estabilização emocional.

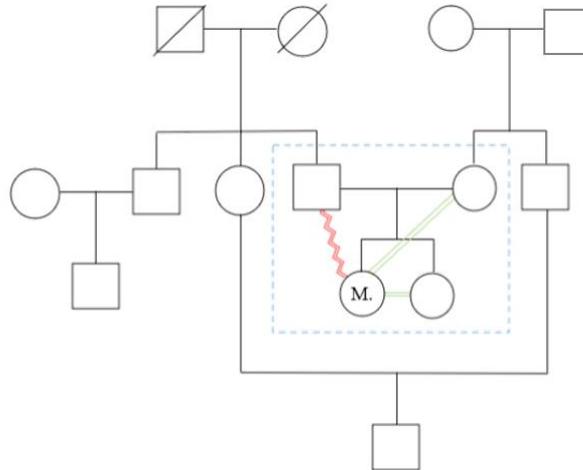
Após falar com a mãe de M, na segunda consulta, conclui que outra área problemática recaia no controlo de impulsos, particularmente, o comportamento de realização de compras. M menciona que este comportamento também iniciou no período de mudança de escola, devido à agudização da sintomatologia depressiva. M descreve impulsos que não consegue controlar, tendo os mesmos aumentado de frequência desde que ingressou na universidade, por apresentar uma maior independência e liberdade para se dirigir a lojas ou supermercados.

Posteriormente, a falta de organização e incapacidade de seguir uma rotina começou a ser uma temática recorrente nas consultas. M descreve que sempre sentiu que a sua vida esteve organizada em calendários, apresentando uma rotina muito restrita que não gostava e, quando entrou na adolescência, deixou de cumprir. Estas dificuldades manifestam-se na incapacidade de manter horários de estudo e na irregularidade dos seus padrões de sono, resultando em períodos de abstinência escolar.

## Genograma

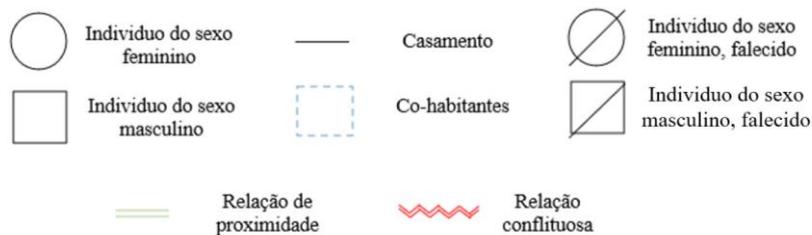
**Figura 1**

*Genograma de M*



**Figura 2**

*Legenda do Genograma de M.*



## História pessoal

M é a filha mais velha de uma fratria de dois, sendo a sua família composta pela mãe, pai e irmã mais nova, de 11 anos. Afirma ter uma relação positiva com a sua mãe e irmã “*somos muito unidas, estamos sempre lá umas para as outras (...) fazemos tudo juntas*” (sic). Quanto à relação com o seu pai, M realça grandes oscilações, sendo atualmente uma relação “*tremida*” (sic), descrevendo não ter uma família idealizada.

A paciente refere não ter muitas memórias da sua infância. Afirma que o seu pai não queria ter filhos, apesar da gravidez ter sido planeada, tendo de se adaptar ao papel de pai ao longo dos anos. M partilha que foi criada com um primo, que nasceu com quatro dias de diferença, sendo ele o seu suporte durante a infância, nomeadamente, na adaptação à entrada no infantário. Descreve-se no passado como uma criança extrovertida e muito faladora que fazia amigos com facilidade.

Nos seus primeiros anos de vida, reforça que via o pai como uma figura protetora, uma vez que a sua mãe sempre promoveu uma educação regrada pela disciplina. Lembra refugiar-se no seu pai como um abrigo que a protegia da “*má da fita*” (sic). M partilha um acontecimento que a marcou bastante quando tinha 8 anos, tendo o mesmo modificado a sua relação com o seu pai: “*um dia eu cismeí que íamos ser assaltados, então estava há duas horas a chorar (...) a minha mãe fartou-se de me aturar e disse para ir ter com o meu pai. Nesse momento, ele bateu-me (...) desde aí a figura que eu via como protetora tornou-se uma ameaça e eu nunca mais olhei para ele da mesma forma*” (sic).

Aos 9 anos, nasceu a sua irmã mais nova: “*a minha irmã não foi planeada, o meu pai não queria mesmo nada ter mais filhos*” (sic). Descreve que após viver 9 anos sozinha com os seus pais, a entrada de uma nova pessoa foi uma adaptação difícil no início, no entanto, afirma que a irmã se tornou na sua melhor amiga.

Com a sua entrada para o ensino básico, menciona que sentia uma grande pressão por parte da sua mãe para ter boas notas. M sempre demonstrou um excelente desempenho académico, destacando que as suas memórias dos primeiros anos de escola são do horário estruturado e orientado para a aprendizagem e estimulação.

Aos 14 anos, a mãe de M. realizou uma transição profissional para trabalhar no negócio de família. Esta mudança representou um impacto significativo na vida de M, devido ao novo horário de trabalho da sua mãe, que implicou que a mesma ficasse ausente durante as noites. Como resultado, menciona uma alteração substancial na sua rotina tendo a maioria das tarefas domésticas ficado ao seu encargo. Para além disso, começou a estar muito mais tempo com o seu pai, no entanto, refere que o mesmo não a ajudava nas tarefas de casa ou a cuidar da sua irmã “*quando entrei para a adolescência rebelei-me bastante contra ele porque me comecei a aperceber do quanto ele não queria saber e não ajudava a minha mãe a tratar da casa ou a tomar conta da minha irmã*” (sic). Assim, afirma que a relação tomou um novo rumo, afirmando que até hoje não há qualquer tipo de afeto entre os dois.

M partilha que no 8º e 9º ano tinha uma grande facilidade em tirar boas notas, “*mesmo estando desatenta nas aulas, eu era a melhor aluna da turma*” (sic), apresentando um bom suporte social. No entanto, quando iniciou o curso de "ciências socioeconómicas" numa nova escola, sentiu uma grande mudança, onde a aparência era

o mais importante e havia muita competição. Sentindo-se pressionada a mudar a sua aparência, M iniciou dietas muito restritivas que a levaram a perder 12kg em poucos meses. Esta mudança na sua alimentação e aparência representaram graves consequências na sua saúde mental, que levaram ao surgimento de pensamentos suicidas e a sentimentos de vazio. Consequentemente, começou a experienciar sintomas de ansiedade e depressão, iniciando comportamentos de automutilação. M partilha que começou a consumir drogas com o objetivo de “*parar de sentir*” (sic), que eventualmente levou a uma tentativa de suicídio por ingestão medicamentosa.

M tomou a decisão de terminar com o consumo de drogas, após vivenciar uma crise de ansiedade enquanto estava sob o seu efeito. Revela que o olhar de desilusão da mãe foi um “*abre olhos*” (sic) e nunca mais voltou a fazê-lo “*como é obvio ela gritou muito comigo, pôs-me de castigo (...) mas o olhar de desilusão... não consigo tirá-lo da cabeça*” (sic). Começou a ser acompanhada por um psiquiatra e psicóloga em 2019, tendo acabado por desistir pois sentiu que “*já deu o que tinha a dar*” (sic).

No momento de escolher a universidade, M optou por ir para longe para “*poder fugir de tudo*” (sic). Atualmente, sente a falta dos seus pais e a distância tornou-se um desafio. M perdeu uma amizade importante quando ingressou na universidade, o que a fez repensar sobre a importância das amizades na sua vida “*agora tenho medo que os meus amigos me deixem...*” (sic). Embora M ainda se sinta insegura com a sua autoestima, atualmente tem um companheiro com quem se sente bem e descreve a relação como saudável. Reflete que está a lutar pelos seus sonhos, mas por vezes procura autossabotar-se, sentindo falta de motivação para procurar uma abordagem diferente ou mais eficaz em direção aos seus objetivos. No geral, refere ainda não se sentir completamente em si mesma, mas está a trabalhar para superar as suas dificuldades, tendo recentemente conseguido, por exemplo, parar de fumar.

### **Processo de avaliação Psicológica**

Ao longo do processo de intervenção, foram aplicados dois instrumentos de avaliação, o SCL-90 (anexo N1) e o MMPI (anexo N2). A aplicação do SCL-90 é protocolo do CH, no entanto, revelou-se pertinente devido à necessidade de compreender os sintomas descritos pela paciente na consulta, que por vezes não eram claros. A aplicação do MMPI surgiu com vista a averiguar se M apresentava efetivamente alguma perturbação da personalidade, devido às características previamente descritas.

Foi ainda utilizada uma entrevista semi-estruturada (anexo N3), constituída por perguntas abertas e fechadas, utilizada com o objetivo de recolher a anamnese através de uma comunicação mais aberta. A recolha de dados acerca da história de vida e história do problema atual foi realizada através da entrevista psicológica e da observação clínica.

Na terceira consulta foi solicitado o preenchimento do SCL-90 (Derogatis et al., 1976), sendo este um instrumento de avaliação psicológica utilizado para medir a presença e intensidade de sintomas psicológicos e psiquiátricos em adultos. Apresenta uma consistência interna entre níveis aceitáveis e bons para todas as escalas (Almeida, 2015). Cada item é avaliado numa escala de 5 pontos, de "nunca" a "extremamente". A pontuação total é obtida através da soma das pontuações de todos os itens, e a pontuação de cada dimensão através da soma das pontuações dos itens relevantes para essa dimensão. A paciente apresentou valores a cima da média para todos os domínios avaliados (tabela 6), revelando sintomatologia clinicamente significativa.

### **Tabela 6**

*Resultados obtidos no SCL90 por M.*

<b>Escalas SCL90</b>	<b>Resultados obtidos</b>
Somatização	2,42
Obsessões-Compulsões	2,40
Sensibilidade Interpessoal	2,44
Depressão	2,15
Ansiedade	2,10
Hostilidade	2,17
Ansiedade Fóbica	1,43
Ideação Paranóide	1,83
Psicoticismo	1,70

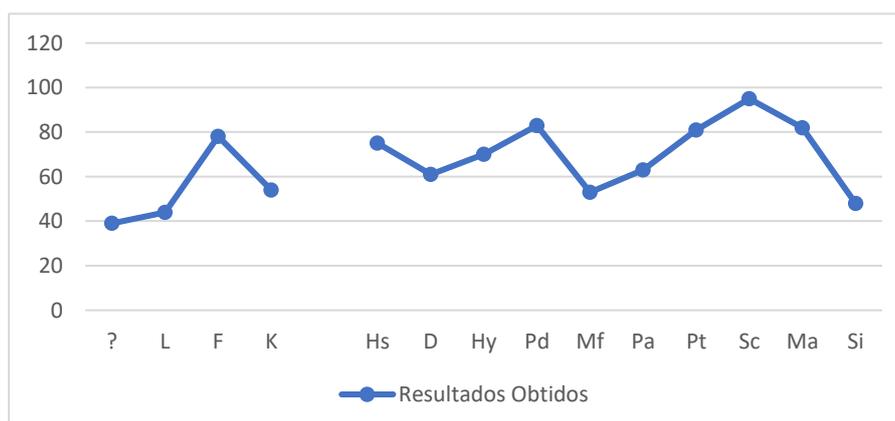
No processo de avaliação é necessário observar o individuo na sua totalidade, dado a forma de como o mesmo experiencia a sua patologia ser crucial, uma vez que a mesma se expressa de diversas formas. Conjugando estes resultados com a entrevista clínica, a sintomatologia ansiosa e depressiva revelou ser maioritariamente reativa a determinados episódios do dia a dia, que despoletam sintomas de somatização, entre eles,

dores de cabeça, palpitações e falta de ar. A elevação dos valores de obsessão e compulsão podem ser o resultado dos pensamentos e impulsos que M descreveu como difíceis de resistir. Já a sensibilidade interpessoal poderá apresentar valores mais elevados como resultado dos sentimento de inferioridade e autodepreciação experienciados. Quanto à ideação paranoide, esta elevação poderá estar relacionada com o receio de M que os seus amigos a fossem eventualmente abandonar e, por fim, a elevação do psicoticismo pode estar relacionada com os momentos em que M se descreve como hostil ou agressiva.

Na oitava sessão foi solicitado o preenchimento do MMPI (Hathaway & McKinley, 1940), pedido ao qual a paciente prontamente aceitou demonstrando empenho e motivação na realização da tarefa. O MMPI é um instrumento amplamente utilizado para avaliar a personalidade e identificar características psicopatológicas, sendo composto por uma série de afirmações que o individuo deve responder, como verdadeira ou falsa. Os itens estão agrupados em 10 escalas que avaliam diferentes dimensões (Hipocondria, Depressão, Histeria, Psicopatia, Masculinidade/Feminilidade, Paranoia, Psicastenia, Esquizofrenia, Hipomania, Introversão/Extroversão) e quatro escalas de validade, que avaliam a atitude geral do individuo perante a prova e até que ponto este responde de forma verdadeira. No que diz respeito à avaliação da personalidade (Figura 3), destacam-se valores elevados nas escalas clínicas de: hipocondria (T=75), revelando imaturidade, exigência e pessimismo; histeria (T=70), indicando egoísmo, suscetibilidade e relações interpessoais superficiais e imaturas; psicopatia (T=83), denotando comportamentos irresponsáveis, rebeldes e agressivos; psicastenia (T=81), revelando a presença de comportamentos autopunitivos e individualistas; esquizofrenia (T=95), que pode estar associada a crenças estranhas; e hipomania (T=82), associada a comportamentos eufóricos, hiperativos, irritáveis e com baixo controlo de impulsos.

### Figura 3

*Resultados obtidos no MMPI por M.*



Perante os resultados obtidos, M pode ser descrita como peculiar, impulsiva e imprevisível. Geralmente, indivíduos com estes resultados, desenvolvem uma atitude de desconfiança, com problemas de autoidentidade e, por medo de rejeição, tornam-se alienados e hostis, apesar da sua intensa necessidade de afeto. O seu ajustamento pode ser considerado marginal ou mau em várias áreas, sendo capazes de atos anti-sociais, com envolvimento da justiça. Para além disso, são comuns as tentativas de suicídio e tendência a adição ao álcool ou drogas.

### **Enquadramento concetual**

M foi encaminhada para o serviço de psicologia com indicações de um quadro caracterizado por dificuldades de adaptação à mudança. De facto, a adolescência é um período de transição e desenvolvimento, no qual decorrem mudanças físicas, emocionais, cognitivas e sociais significativas. Deste modo, é comum que os adolescentes enfrentem desafios emocionais como M experienciou, seja a nível do estado de humor, conflitos familiares, pressão académica e social, bem como o próprio questionamento sobre a sua identidade e do propósito da vida. A adolescência pode promover a procura por aceitação, motivada pelo desejo de pertença a um determinado grupo social, sendo fundamental o apoio e presença dos cuidadores, através de uma comunicação aberta (Reniers et al., 2016). M relatou uma experiência significativa de solidão e desamparo durante a sua adolescência, especialmente após a mudança de emprego da sua mãe. Durante este período, M sentiu-se sobrecarregada dado as tarefas domésticas e a sua irmã mais nova ficaram ao seu cuidado: “*tive de crescer muito rápido, ficou tudo nas minhas costas...*” (sic). Esta carga adicional de responsabilidade depositada pelos seus pais desencadeou um intenso sentimento de revolta, uma vez que M apresentava um grande desejo em “*estar com os amigos e sair à noite, como toda a gente estava a fazer*” (sic).

O forte desejo de pertença verificou-se principalmente aquando da mudança de escola, tendo M sentido a pressão social perante necessidade de alterar a sua aparência física, o que reforçou os seus sentimentos de baixa autoestima e de autodepressão. M descreveu a presença de pensamentos autocríticos, sentimentos de inadequação e receio do fracasso ou rejeição, que conjugados com a sobrecarga sentida em casa e pressão para obter bons resultados académicos, propiciaram a adoção de mecanismos de *coping* desadaptativos, entre eles, a automutilação, iniciar uma dieta muito restritiva, consumo de substâncias e ingestão medicamentosa. A adolescência é considerado um período em que os jovens estão especialmente suscetíveis a desenvolver comportamentos de risco,

por apresentarem processos de tomada de decisão diferentes dos adultos, tendo a tendência a subestimar os riscos e perceber benefícios potenciais maiores do comportamento de risco, apresentando uma compreensão limitada das possíveis consequências das suas ações (Van den Bos & Hertwig, 2017).

Na verdade, após o acompanhamento por pedopsiquiatria, M conseguiu reverter os comportamentos desadaptativos adotados e, atualmente, afirma que não se identifica com os mesmos, tendo posto um fim a todos. No entanto, M revelou a manutenção de uma baixa autoestima, descrevendo que já apresenta baixa autoestima desde criança. Tendo em conta que a autoestima retrata a visão subjetiva que um sujeito tem de si próprio, é importante ressaltar que as experiências vivenciadas na infância, apresentam um impacto muito significativo na formação da autoimagem e das crenças do indivíduo (McKay & Fanning, 2016). Assim, muitos dos pensamentos autocríticos descritos por M são demarcados por inflexibilidade e resistência à mudança.

Apesar de disfuncionais, os comportamentos que M adotou na sua adolescência desempenharam um papel de compensação e diminuição dos sentimentos ansioso-depressivos, por exemplo, M afirma que os comportamentos de automutilação *“foram uma forma de deixar de sentir a dor que tinha no interior”* (sic), bem como o consumo de droga impulsionou que deixasse de sentir de todo *“eu andava a flutuar”* (sic). Estes comportamentos podem fornecer um alívio temporário, mas, a longo prazo, podem ser prejudiciais. Tendo em conta que M deixou de recorrer a esses comportamentos, procurou formas alternativas de obter mesmo resultado, através de comportamentos compulsivos de compras. Na verdade, com a mudança para a universidade, M deparou-se a passar muito tempo sozinha e longe da sua família e namorado, o que promoveu agudização da sintomatologia ansiosa, tendo inclusive experienciado crises de pânico nos momentos em que teria de voltar para o seu apartamento perto da universidade.

Para além disso, M manifesta um persistente sentimento de fracasso. Este sentimento está enraizado, afetando a sua autoestima e influenciando a sua autoperceção e forma como percebe as suas conquistas. Com vista a não ser considerada um fracasso, M rebelou-se na tentativa de fugir à responsabilidade. No entanto, por vezes esses sentimentos de fracasso ressurgem. M desenvolveu um sentimento de ambivalência perante o significado de independência, não se sentindo capaz de gerir a situação. De facto, o período em que M se encontra traduz-se num marco significativo que apresenta

uma série de desafios, entre eles, as responsabilidades académicas, sentimentos de solidão, ajuste social e exploração da identidade.

Assim, de modo a conseguir gerir estas emoções e considerando o abandono dos mecanismos de *coping* previamente usados, M começou a apresentar comportamentos de compras compulsivos. Estes comportamentos, também descritos como oniomania, referem-se a um padrão de comportamento no qual uma pessoa tem um impulso irresistível de fazer compras excessivas e não planeadas, caracterizados por uma sensação de urgência e falta de controlo sobre os impulsos de compra, levando a gastos financeiros significativos e, muitas vezes, a problemas pessoais e emocionais (Guzman et al., 2022). Esta impulsividade traduz-se numa característica da personalidade muito presente em M. que promove uma tendência de ação rápida, com o objetivo de obter uma gratificação instantânea. Na verdade, no decorrer das consultas foi brevemente abordado realização de comportamentos impulsivos a nível da alimentação, em que M refere que em momentos de grande ansiedade tende a ingerir grandes quantidades de comida e posteriormente sente um automático arrependimento. Realça ainda apresentar reações explosivas, partilhando vários episódios em que não conseguiu controlar as suas emoções em momentos de conflito “*naquele momento fico cega mesmo... sou muito agressiva*” (sic).

### **Diagnóstico diferencial**

De acordo com a história clínica de M, foram levantadas hipóteses diagnósticas. No Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V) (2013), a **perturbação do controlo dos impulsos (PCI)** surge definida nas perturbações disruptivas, do controlo dos impulsos e da conduta que incluem problemas no autocontrolo de emoções e de comportamentos, estando representadas a perturbação de oposição desafiante, perturbação explosiva intermitente, perturbação de conduta, perturbação de personalidade antissocial, piromania e cleptomania.

A impulsividade de M foi várias vezes relatada ao longo de todo o processo terapêutico, estando atualmente direcionada para comportamentos de compras impulsivos ou oniomania. Embora ainda não tenha sido contemplada nos sistemas do DSM-V (2013), a classificação mais recente, *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 11th Edition (CID-11)*, inclui a perturbação de compulsão por compras em “Outras perturbações específicas do controlo de impulsos”.

McElroy et al. (1994) apresentou critérios específicos de diagnóstico. Primeiramente, destacou a presença de um impulso por realizar compras, vivenciado como irresistível, intrusivos e/ou sem sentido, podendo ainda efetuar uma compra com valor superior à possibilidade de pagar ou de itens desnecessários. No início do acompanhamento, M mencionou a dificuldade que enfrentava ao tentar controlar o seu impulso de fazer compras, descrevendo como algo que sentia ser incapaz de controlar “*eu não penso, eu só vou e compro*” (sic). Para além disso, M afirmou comprar itens desnecessário com recorrência “*comprei uma máscara para o rosto... nem sei porquê, tenho tantas em casa*” (sic).

Como segundo critério, refere que as preocupações, impulsos ou comportamentos de compras causam notável sofrimento, consomem muito tempo, interferem significativamente no funcionamento social ou ocupacional ou resultam em problemas financeiros. Nos momentos em que o comportamento de compra não é possível, M afirma sentir tensão muscular e sudorese. No que diz respeito às consequências a nível financeiro, a mãe de M relata um episódio de utilização indevida de dinheiro para o fim de compras, em que M retirou 300€ da sua carteira sem pedir autorização. Estes comportamentos interferem a nível familiar e também académico, relatando que a necessidade de fazer compras promoveu um grande distanciamento com a sua mãe, verificando ainda decréscimo no seu desempenho académico, uma vez que passava grande parte do seu tempo em centros comerciais.

Por fim, McElroy et al. (1994) destaca que este comportamento não ocorre exclusivamente em períodos de mania ou hipomania, o que se verifica no caso de M.

Mais tarde surge uma proposta de critérios por Müller et al. (2021), que se revela muito sobreponível aos critérios previamente descritos, acrescentando o uso do processo de compra para regular estados internos e a presença de sintomas emocionais e cognitivos após a cessação de compras excessivas.

De facto, M afirma que perante momentos de maior *stress* ou ansiedade, de forma quase instintiva dirige-se para um centro comercial ou supermercado “*eu sei que comprar algo que quero, por muito pequeno que seja vai-me fazer feliz, por isso tenho de ir*” (sic). A ação da compra causa a M um momento de prazer seguido de culpa ou arrependimento. Assim, relata estar presa num ciclo vicioso em que sente ansiedade, seguida de alívio e

prazer, que posteriormente desencadeia o aumento da ansiedade através do surgimento de sentimentos de arrependimento.

Apesar de M apresentar critérios para um eventual diagnóstico de oniomania, considero que este comportamento ainda não estava cristalizado e, através das sessões, M gradualmente conseguiu revertê-lo. A falta de critérios que delimitam durante quanto tempo este comportamento deverá ocorrer para ser considerado um diagnóstico torna o mesmo mais difícil de definir, uma vez que M já apresentava este comportamento com 16 anos, no entanto, não com a mesma frequência ou intensidade que apresentava atualmente. Para além disso, seria fundamental compreender quantos dos critérios previamente referidos precisariam de se verificar para que um diagnóstico seja efetuado.

Ao ouvir a história de vida de M, a **perturbação da personalidade borderline** foi também considerada como potencial hipótese de diagnóstica. De facto, segundo o DSM-V (2013), esta perturbação é caracterizada por um padrão difuso de instabilidade das relações interpessoais, da autoimagem e dos afetos e de impulsividade acentuada que surge no início da vida adulta em vários contextos, estando presente esforços desesperados para evitar abandono real ou imaginado (critério 1). M apresenta instabilidade da sua autoimagem e impulsividade acentuada desde criança. Algo bastante implícito no discurso de M era o sentimento de revolta pela sua mãe, por a mesma manter um trabalho que não lhe permite passar muito tempo em casa, sentindo-se abandonada pela mesma. Para além disso, descreve o surgimento de pensamentos caracterizados pelo receio que todos os seus amigos a vão abandonar afirmando “*nem vale a pena ficar muito próxima... depois só vai magoar mais*” (sic). Este pensamento surgiu de experiências anteriores, nomeadamente, de amigas próximas que se distanciaram abruptamente. No entanto, M não revela esforços desesperados para evitar o abandono.

No que diz respeito ao critério 2, este aborda a permanência de um padrão de relacionamentos interpessoais instáveis e intensos caracterizado pela alternância entre extremos de idealização e desvalorização. No caso de M, a relação com o seu pai sempre foi motivo de grande enfoque em consulta. M revelava uma grande ambivalência sobre os sentimentos com o seu pai “*às vezes estamos tão bem e outras tão mal*” (sic). No entanto, não considero que este critério esteja presente em M.

Poderá existir uma perturbação da identidade, mais concretamente, instabilidade acentuada e persistente da autoimagem ou da perceção de si mesmo (critério 3). M

apresenta uma grande instabilidade perante a sua autoimagem relevando pensamentos autodepressivos e inflexíveis como “*não sou bonita o suficiente, inteligente o suficiente, nunca fui*” e “*toda a gente elogiava as crianças à minha volta e a mim nada...só quer dizer que sou feia*” (sic). Numa atividade realizada em sessão, com vista a identificar pensamentos negativos e escrever os positivos equivalentes, ao ser questionada sobre o quanto se identificava com esses pensamentos positivos, numa escala de 1 a 10, M indicou valores entre zero e três.

A impulsividade poderá estar presente, em pelo menos duas áreas potencialmente autodestrutivas (critério 4) (e.g., gastos, sexo, abuso de substância, direção irresponsável, compulsão alimentar). A impulsividade de M revia-se principalmente nos gastos, descritos anteriormente, mas também a nível da alimentação, sendo por vezes abordados episódios de compulsão alimentar. Para além disso, M apresenta historial de abuso de substância.

Poderão ainda ocorrer de forma recorrente comportamentos, gestos ou ameaças suicidas ou comportamentos de automutilação (critério 5). O período de mudança de escola foi extremamente desafiador para M e promoveu que a mesma começasse a sentir ansiedade no seu dia-a-dia, tendo eventualmente realizado uma tentativa de suicídio. Para além disso, a paciente apresenta histórico de automutilações. No entanto, estes comportamentos não eram realizados frequentemente e não ocorrem na atualidade.

Por fim, poderá ainda verificar-se instabilidade afetiva devido a uma acentuada reatividade de humor (critério 6), sentimentos crónicos de vazio (critério 7), raiva intensa e inapropriada ou dificuldade em controlá-la (critério 8) e ideação paranoide transitória associada a stress ou sintomas dissociativos intensos (critério 9). M descreveu vários episódios de instabilidade emocional, caracterizados por mudanças de humor rápidas e intensas, bem como dificuldade em controlar a raiva que sente, considerando-a desproporcional às situações que a despoletam “*fico fora de mim, mas depois passa*” (sic). M não relata sentimentos crónicos de vazio ou ideação paranóide.

O diagnóstico caracteriza-se pela presença de pelo menos cinco dos critérios mencionados. Globalmente, M enquadra-se em 4 dos 9 critérios (Critério 3, 4, 6 e 8). Apesar do teste de personalidade aplicado, sinalizar M como uma pessoa imatura, impulsiva, com tendência à catastrofização, M não se enquadra num diagnóstico de perturbação de personalidade borderline. Através do contacto que tive com M, considero

que tendo em conta as experiências de vida, M desenvolveu desde crianças esquemas cognitivos disfuncionais que face a um acontecimento de vida foram ativados, originando pensamentos automáticos negativos que repercutiram consequências a nível comportamental e emocional.

### **Formulação do caso**

O caso clínico de M retrata uma jovem que apresenta uma demarcada impulsividade, imaturidade, tendência a autopunitividade, catastrofização e problemas de autoidentidade. Ao longo das sessões de acompanhamento e através da recolha de história de vida de M, é notável que são variados os fatores que influenciaram o desenvolvimento e persistência das problemáticas apresentadas. É importante realçar que estes fatores não são independentes e muitas vezes estão interligados e influenciam-se mutuamente, sendo que a sua compreensão é fulcral para o desenvolvimento de estratégias de prevenção e intervenção adequadas.

No que diz respeito aos **fatores predisponentes**, inclui-se o historial familiar de depressão, dado a mãe de M apresentar um diagnóstico de depressão. Problemas de saúde mental tem influência genética, ou seja, um indivíduo tem mais probabilidade de desenvolver determinada patologia se um membro próximo da família já tiver essa patologia. Para além disso, a mãe de M revelou apresentar um estilo parental bastante crítico e rígido, principalmente no que diz respeito à educação, exercendo muita pressão para que M tirasse boas notas. Na verdade, é comum que este tipo de estilo parental promovesse o desenvolvimento do perfeccionismo, no entanto, no caso de M, a mesma desenvolveu uma maior impulsividade rebelando-se contra as expectativas e envolvendo-se em comportamentos de risco para lidar com a pressão. Por fim, a influência social exercida em M pelos vários colegas que apresentavam comportamentos de risco, predispueram-na ao desenvolvimento desses comportamentos. De facto, este contacto normalizou aos olhos de M o consumo de substâncias, que promoveu a sua utilização.

A problemática dos comportamentos impulsivos de M verificou um agravamento quando a mesma foi para a universidade, atuando como um **fator precipitante** ao desenvolvimento de um mal estar significativo. A universidade pode trazer uma série de fatores que podem influenciar o desenvolvimento de comportamentos impulsivos e contribuir para o mal-estar emocional. Outro fator precipitante foi o desenvolvimento de uma má relação com as colegas de casa na universidade. Isto proporcionou que M sentisse mal estar no local onde vive, o que promoveu um aumento dos pensamentos de

desistência. Por fim, estar longe dos pais foi outro fator que levou ao aumento da sintomatologia ansiosa de M, apercebendo-se que a sua família lhe faz muita falta e, se fosse hoje, não teria escolhido uma universidade tão longe de casa.

Relativamente aos **fatores de manutenção**, M apresenta padrões de pensamento negativos e uma autocrítica excessiva, provavelmente interligados com o seu receio de falhar, raciocinando que se esperar o pior, não se irá conseguir desiludir. Relativamente aos comportamentos compulsivos de compras, estes proporcionavam um alívio emocional a M, atuando como um fator de manutenção. Por outro lado, relativamente aos **fatores protetores** estes estão presentes nos relacionamentos saudáveis e de apoio, nomeadamente, no relacionamento com a sua irmã, que considera ser a sua confidente e melhor amiga, no suporte emocional de amigos e namorado e, posteriormente, no acesso um acompanhamento psicológico adequado.

### **Processo de intervenção psicológica**

O processo de intervenção decorreu ao longo de quatro meses, desde 28 de fevereiro a 23 de junho de 2023, apresentando um total de 11 consultas realizadas. A periodicidade das consultas era semanal, salvo algumas exceções por indisponibilidade da paciente. No anexo N4, encontra-se descrito as técnicas e estratégias utilizadas na intervenção do Caso M. Tendo em conta as problemáticas apresentadas, o plano de intervenção psicológica foi baseado nos pressupostos da TCC.

A TCC é uma abordagem psicoterapêutica baseada na ideologia de que nossos pensamentos, emoções e comportamentos estão interconectados e podem influenciar-se mutuamente. Esta forma de terapia concentra-se em identificar e mudar os padrões de pensamentos negativos e disfuncionais, assim como modificar comportamentos desadaptativos (Bahls, 2004). Deste modo, pode ajudar o paciente a identificar os padrões de pensamento e comportamento que levam à impulsividade, trabalhando para identificar os gatilhos e desenvolver estratégias para lidar com os mesmos de forma mais eficaz. Para além disso, busca desafiar e modificar os pensamentos negativos e autodepreciativos que contribuem para a baixa autoestima.

### **Primeira consulta**

Antes de iniciar a 1ª consulta com M, o primeiro contacto ocorreu na sala de espera. M encontrava-se num canto da sala, com os seus auscultadores nos ouvidos, o que me sugeriu uma posição tensa e preocupada. Esta postura manteve-se no gabinete,

revelando um grande distanciamento da secretária e apresentando relutância em se aproximar. O principal objetivo desta primeira sessão foi o estabelecimento de uma boa relação terapêutica, por isso, após efetuar a minha apresentação procurei assegurar a confidencialidade. De seguida, explorei o motivo de encaminhamento e queixas atuais, ao qual a paciente se mostrou um pouco hesitante, afirmando que anteriormente já tinha sido acompanhada por psicologia. Posteriormente, questiono sobre a desistência do processo anterior, ao qual a mesma referiu que fora “*uma perda de tempo*” (sic).

A paciente menciona sentimentos de desvalorização, presentes a nível da sua aparência física, como também nos vários contextos da sua vida, tendo partilhado que procura a mudança, não a conseguindo por preguiça. Desta forma, realcei a importância do compartilhamento destas questões e da sua procura pela mudança, acrescentando que por vezes, a preguiça pode estar subjacente à falta de motivação, sendo fundamental que M encontrasse atividades prazerosas que a motivassem.

Ao longo da sessão, compreendi que M apresentava alguns pensamentos disfuncionais, nomeadamente, apresentava uma grande tendência à catastrofização, principalmente quando abordava tópicos que considerava negativos. Procurei compreender a origem destes pensamentos, tendo questionado sobre a sua infância, iniciando a recolha de anamnese. De um modo global, procurei não interromper e ouvir atentamente o que M partilhava sobre a sua história de vida, tendo focado no período da adolescência, expressando sentir bastante remorso e arrependimento da pessoa que era e do que fez. Referi que o sentimento de arrependimento revela que M está num processo de crescimento e mudança, uma vez que reconhecer os erros é fundamental para evoluirmos.

Com a sessão a chegar ao fim, concordei com M terminar a recolha de anamnese na próxima sessão, tendo usado o tempo final para questionar M sobre as expectativas que apresentava para as sessões. M pareceu surpresa com esta questão tendo referido “*nunca me perguntaram o que eu queria fazer... pensava que quem escolhia era você*” (sic). Reforcei a importância de trabalharmos em conjunto para delinear um plano terapêutico ajustado, através da definição de metas realistas e atendendo às suas necessidades, dado que os psicólogos não podem ajudar quem não quer ser ajudado. Apesar de breve, considero que este foi um momento fulcral nesta primeira sessão pois ajudou M a refletir sobre o papel do psicólogo e a pertinência do acompanhamento psicológico.

## **Segunda consulta**

Como referido na sessão anterior, a 2ª consulta tinha como objetivo terminar a recolha de anamnese, no entanto, M compareceu à consulta acompanhada pela sua mãe que se demonstrava muito apreensiva descrevendo que o comportamento de M “*não é normal e tem de mudar*” (sic). Apesar da situação inesperada, adotei uma abordagem inicial de tranquilização questionando se a mãe de M queria um copo de água, ao qual a mesma aceitou. Posteriormente, prossegue a descrever o episódio em que M retirou dinheiro da sua carteira, sem o seu consentimento. Procurei compreender como teria descoberto, ao qual a mesma refere que M contou a verdade, no entanto, esta não seria a primeira vez. Ao longo desta partilha, M apresentava uma postura de defesa, com os braços cruzados e cabeça baixa, não interferindo na narrativa. Considerei importante ouvir atentamente a todas as preocupações da mãe e seguidamente questionei a M se gostaria de dizer alguma coisa ao qual encolheu os ombros.

Esta foi uma situação particularmente desafiadora de gerir devido à grande expressão verbal da mãe de M, contrastando com a relutância de M em partilhar o que estaria a pensar. De modo a tentar promover um ambiente em que ambas se sentissem confortáveis, fiz uma breve psicoeducação sobre a oniomania, explicando o que poderia estar na base deste comportamento, nomeadamente, a procura por uma gratificação instantânea que promovesse um alívio emocional. Ao longo desta psicoeducação interagia com M, procurando confirmar se compreendia e se identificava com o que estava a descrever. M verbalizou sentimentos de vergonha e culpa perante o seu comportamento, explicando estar com receio do julgamento. Nesse sentido, procurei mostrar empatia e compreensão, valorizando os seus sentimentos. Ao longo do resto da sessão procurei promover uma comunicação compreensiva entre ambas, trabalhando como moderadora e ressaltando a importância da honestidade.

A sós, M refletiu um notável alívio por sentir que já não tem de esconder os seus comportamentos. Terminamos a consulta a remodelar o plano de intervenção de modo a focalizar nas novas problemáticas discutidas.

## **Terceira consulta**

Na 3ª sessão, M entrou na consulta preocupada uma vez que, por lapso, tinha efetuado um marcação para a consulta de psiquiatria à mesma hora. Para minimizar o atraso e garantir a sua participação em ambas as consultas, comuniquei a situação com o

seu médico psiquiatra informando do ocorrido e que M iria dirigir-se para a sua consulta logo após o término da consulta de psicologia. Iniciei a consulta por questionar sobre os comportamentos de compras compulsivos, ao qual M refere que mantém o comportamento, no entanto, apresenta uma maior crítica perante os mesmos. De modo a promover a consciencialização dos gastos e dos gatilhos que desencadeiam este comportamento, forneci dois registos de automonitorização. No primeiro (anexo N5), a paciente deveria refletir sobre os seus sentimentos e pensamentos antes de realizar uma compra, bem como a necessidade da mesma, assinalando posteriormente qual o comportamento adotado (efetuou ou não a compra). O segundo (anexo N6), retratava um registo de gastos semanais para que a paciente conseguisse visualizar os gastos ao longo da semana, visando economizar o seu dinheiro. De seguida, foi articulado com a paciente no sentido a voltar a trazer a mãe, de modo a promover o fornecimento de estratégias parentais positivas.

Posteriormente, M abordou uma situação que afirmou sentir necessidade de discutir. O avô do seu namorado teria falecido no dia anterior, o que promoveu uma agudização da sua sintomatologia ansiosa dado nunca ter passado pela experiência de luto, verbalizando insegurança em relação à forma adequada de lidar com a situação. Realizei uma breve psicoeducação sobre o processo de luto procurando desconstruir algumas crenças relativas ao mesmo, realçando que o processo varia de pessoa para pessoa, sendo fundamental fornecer apoio emocional e estar presente. M afirma que o seu namorado não consegue dormir há uma semana, desde a altura em que o avô teria sido internado. Dado esta observação referi que além das reações emocionais, o luto também pode manifestar-se fisicamente, em sintomas como fadiga, alterações no sono, no apetite e falta de energia, iniciando por vezes antes do momento da perda real, quando a pessoa sabe que enfrentará a perda num futuro próximo.

Após a exploração desta preocupação foi solicitado à paciente o preenchimento do SCL90, ao qual foi esclarecido o objetivo do mesmo, tendo a paciente revelado interesse e aceite responder.

#### **Quarta sessão**

Na consulta subsequente, a paciente compareceu acompanhada pela sua mãe. No decorrer da consulta, consegui observar que a interação entre ambas revelou melhorias comparativamente com a consulta anterior, tornando-se evidente uma maior facilidade de

comunicação e expressão de pensamentos e sentimentos. A mãe de M relatou sentimentos de alívio perante a honestidade e aparente responsabilização da filha sobre os seus gastos. Reforcei a importância do reconhecimento do problema como primeiro passo, sendo agora fundamental estabelecer um limite financeiro, seja por meio de semanadas ou mesadas. M afirmou que já tinha uma semanada, no entanto, constantemente solicitava mais dinheiro à sua mãe. Nesse sentido, enfatizei que seria fundamental que M apenas pedisse mais dinheiro à sua mãe em situações de emergência.

Assim, em conjunto foi elaborado um plano diário para estimar a quantidade de dinheiro necessário, sendo alcançado um valor final que pareceu adequado para ambas as partes. Foram ainda elaboradas algumas estratégias, entre elas, a importância de restringir o acesso de M ao seu cartão de crédito, uma vez que iria dificultar a gestão do dinheiro. Considerei pertinente reforçar que o objetivo não é a abstinência, mas sim o controlo do comportamento. M demonstrou uma grande motivação para efetuar esta mudança, afirmando estar ansiosa por começar a nova semana para aplicar as novas estratégias. No final da consulta, a sós, forneci a M a devolução dos resultados obtidos no teste psicológico administrado na sessão anterior, resultados esses discutidos e compreendidos pela paciente.

### **Quinta sessão**

Ao iniciar a 5ª sessão, fiz uma breve reflexão sobre a forma de como a postura não verbal de M teria alterado ao longo destas últimas semanas. M entrou no gabinete e puxou a cadeira para mais perto da secretária onde me encontrava, comportamento que nunca teria feito antes, revelando uma postura mais relaxada no contexto de consulta. Iniciei por realizar uma automonitorização do comportamento de compras ao qual M afirmou ter conseguido economizar mais dinheiro “*esta semana foi mais fácil, distrai-me a ver televisão ou a ouvir música quando me apetecia fazer compras...*” (sic). Reforcei positivamente M pela sua conquista, esclarecendo que é a responsável pelas mudanças positivas e incentivando a sua continuidade.

Nesta consulta procurei compreender um pouco melhor a dinâmica familiar de M, devido à impossibilidade de concluir a recolha da anamnese e considerando que ao longo das sessões M ia fazendo pequenos comentários depreciativos direcionados ao seu pai que considerei pertinente explorar e compreender a sua origem.

De modo a tornar a sessão mais dinâmica, realizei a atividade da estátua familiar, que adaptei ao papel e lápis. Esta atividade consiste na paciente escrever numa folha os elementos da família que quisesse, tendo em consideração quem queria colocar perto e longe da sua figura. A dinâmica construída está retratada no anexo N7. M começou por colocar a sua mãe e irmã, a apenas a um traço de distância, reforçando a ideia de que são bastante próximas. De seguida, colocou o pai mais afastado, com um distanciamento de três traços, arrependendo-se de seguida e riscando o terceiro traço, refletindo “*o meu pai é difícil... há dias em que nos rimos tanto os dois e outros em que não o posso ver à frente*” (sic). Prosseguiu ainda por colocar os restantes membros da família, nomeadamente, avós, tios, padrinho e primos, no entanto, não lhes atribuiu grande proximidade mantendo o seu discurso centralizado no seu núcleo familiar mais próximo e namorado. Posteriormente, foi explorada de forma mais pormenorizada o distanciamento de cada elemento e sentimentos associados a esse afastamento.

Com a realização desta atividade, verificaram-se alguns sentimentos de hesitação de M ao desenhar a aproximação do pai. Apesar de todos os conflitos, M continua a considerar o pai como uma figura de referência e reconhece que a sua relação tem os seus altos e baixos. M realçou ainda que desde que compartilhou com a mãe o seu comportamento, sente que estão mais próximas, refletindo que os seus pensamentos de isolamento decorrentes do segredo as estavam a afastar. Ao contemplar a estátua na sua globalidade, a paciente menciona sentimentos de tristeza por estar longe da sua família, uma vez que quando escolheu a universidade procurou o afastamento, no entanto, atualmente compreende a importância da presença familiar na sua vida. Esta foi a primeira sessão em que M se emocionou, procurando rapidamente limpar as suas lágrimas. Procurei validar os seus sentimentos, lembrando que seria uma separação temporária, sendo fundamental o estabelecimento de uma nova rede de suporte na universidade e que a tecnologia fornece o conforto de permitir uma videochamada para nos mantermos próximos.

### **Sexta sessão**

Na 6ª sessão, a paciente compareceu à consulta bastante desmotivada, partilhando sentimentos de desvalorização perante a sua autoimagem e baixa autoestima. Relata no passado pensamentos relacionados com distorção da imagem e perturbações do comportamento alimentar, referindo que precisa de fazer algo para mudar a sua autoestima o mais rápido possível “*eu devo ter alguma compulsão alimentar ou assim...*”

*porque quando estou mais stressada... vai a comida toda que me aparecer à frente” (sic).* De seguida realizei várias questões para despistar comportamentos de bulimia, verificando-se apenas comportamentos de compulsão alimentar. Realizei uma breve psicoeducação sobre a fome emocional, construindo juntamente com M uma tabela para permitir a distinção entre a fome emocional e fome fisiológica.

M continuou a revelar uma grande preocupação com a sua aparência física o que me levou a afirmar que a autoestima é muito mais complexa do que apenas a nossa imagem corporal, alargando-se a todos os pensamentos, sentimentos e comportamentos que temos connosco próprios. Reforcei que o autoconhecimento é uma chave fundamental para trabalhar a nossa autoestima e sugeri que M escrevesse numa folha o que considerava serem os seus pontos positivos e pontos a trabalhar (anexo N8). De forma automática, M escreveu três pontos negativos, ficando posteriormente a olhar para os pontos fortes em silêncio. Não interfeiri, procurando dar tempo para que M refletisse. No final da atividade verificou-se uma grande maioria de pontos negativos *“não fazia ideia a quantidade de defeitos que tinha na ponta da língua, mas qualidade... foi mesmo difícil”* (sic). Relatei que é fundamental termos consciência do que temos de melhorar, mas também é essencial valorizar o que temos de positivo. Seguidamente, foram abordadas estratégias, entre elas, a importância do autocuidado, a ingressão em *hobbies* e o estabelecimento de metas realistas.

Antes da sessão terminar, entreguei a M um questionário (anexo N9) que envolvia várias questões para que em casa refletisse, incentivando a busca por um maior autoconhecimento.

### **Sétima consulta**

Na 7ª consulta, M mencionou que teria experienciado uma crise de ansiedade na semana anterior, após a sua chegada à universidade, devido à saudade que sentia de casa. Expressou sentimentos de desmotivação em relação à universidade, verbalizando *“não sei o que ando lá a fazer... sinto-me perdida”* (sic). M apresentou uma grande dificuldade em articular os seus sentimentos, afirmando repetidamente que não sabia como descrever o que estava a pensar *“mal consegui dormir, estou sempre com os mesmos pensamentos na minha cabeça (...) não sou bonita o suficiente, não sou inteligente o suficiente...”* (sic). Após esta descrição por parte de M, procurei compreender a frequência destes pensamentos, ao qual M referiu ser algo diário, buscando frequentemente distrair-se e

“*manter a cabeça ocupada para não pensar neles*” (sic). Seguidamente, questionei se M tinha conhecimento do que teria despoletado estes pensamentos. Inicialmente, M referiu não saber, no entanto ao longo da sessão tornou-se evidente que estes pensamentos surgiram de um episódio com a sua avó e prima. Este episódio que M descreveu teria ocorrido no fim de semana, em que a sua avó elogiou a sua prima, nomeadamente, a forma como estava vestida e a sua aparência física, no entanto, não teria feito o mesmo a M. Este comportamento por parte da avó lembrou M dos sentimentos que tinha quando era criança “*Toda a gente elogiava as crianças à minha volta e a mim não...*” (sic).

Assim, procuramos abordar estratégias que fizessem sentido a M, com vista a reduzir o surgimento destes pensamentos. No final da sessão, foi entregue à paciente um registo de automonitorização dos pensamentos (anexo N10), de modo a permitir que M desenvolvesse uma maior consciencialização dos mesmos. A reflexão sobre a tarefa para casa não foi realizada, uma vez que M se esqueceu de trazer a folha para a consulta. Deste modo, combinamos discutir a tarefa na sessão seguinte.

Tendo em conta a presente agudização da sintomatologia ansiosa de M, propus realizar uma sessão de relaxamento, ao qual M se mostrou muito entusiasmada, propondo que o realizasse na próxima sessão “*eu preciso urgentemente...*” (sic). No fim da consulta, questionei a M sobre os seus comportamentos de compras, ao qual a mesma refere estar a conseguir seguir as estratégias e manter-se dentro do orçamento estipulado.

### **Oitava sessão**

A 8ª consulta, foi a primeira vez desde que iniciei o acompanhamento com M que estivemos sem máscara. Desde o início do estágio obtive a experiência de realizar consultas e estar em contacto com os pacientes com máscara. Sendo M a primeira consulta neste novo formato, senti uma grande diferença, sendo muito positivo poder ver as suas expressões faciais, mesmo as mais pequenas que com a máscara seria impossível de reconhecer e passariam despercebidas.

A sessão começou com uma retrospectiva da semana anterior, sendo realizada uma monitorização da sintomatologia ansiosa e dos comportamentos de compras compulsivos. M referiu que a sua ansiedade se mantém. No entanto, os comportamentos de compras mantêm-se estáveis, afirmando “*escrevo tudo o que gasto no telemóvel, assim sei quando estou a chegar ao limite*” (sic). Nesta sessão, conforme combinado na anterior, realizei uma sessão de relaxamento muscular e imagético, tendo orientado técnicas de

relaxamento e respiração diafragmática no final da consulta. M refletiu uma grande facilidade em seguir o relaxamento muscular, no entanto, quando iniciou o imagético ficou um pouco desorientada. Afirmei que nem todas as pessoas respondem da mesma forma às técnicas de relaxamento, sendo fundamental o treino consistente e levar o relaxamento para o dia a dia, seja quando está a tomar banho, no intervalo que tem entre aulas ou antes de ir dormir.

Posteriormente, M revelou iniciativa em mostrar o questionário de autoconhecimento que se esquecera de trazer na última sessão. Reflete que as respostas dadas foram exageradas, sentindo que utilizou o questionário para “*descarregar a raiva que estava a sentir*” (sic) de si própria. Uma frase que marcou a consulta foi quando M afirmou “*nessa semana, a pessoa que eu já fui, voltou... mas consegui mandá-la embora*” (sic). Esta afirmação desencadeou uma profunda reflexão em M, revelando a sua forte determinação em não retornar aos antigos hábitos.

No final da consulta, proporcionei a M um áudio de uma psicóloga a realizar o relaxamento e incentivei à sua realização. Antes de terminar a sessão, foi ainda solicitado à paciente o preenchimento do MMPI, em casa, sendo esclarecido o objetivo do mesmo e a paciente revelou interesse e aceite responder.

### **Nona consulta**

M veio à seguinte consulta muito entusiasmada, partilhando que estaria a conseguir manter uma boa assiduidade às aulas, estando focada em alcançar um bom desempenho académico “*a época de frequências está aí a chegar... esse é o meu foco agora*” (sic). Questionei sobre a gestão de horários ao qual M respondeu que decidiu iniciar a atividade física em junho, uma vez que seria importante esperar que a época de frequências passasse “*já sei como sou... se me propuser a fazer exercício 3 vezes por semana e depois não cumprir vou sentir-me mal*” (sic). Realcei a importância de reconhecer e respeitar as nossas próprias limitações e necessidade.

No tempo restante da sessão foram trabalhadas estratégias para apoiar a sua jornada de bem-estar físico, com o objetivo de encontrar um equilíbrio entre as metas pessoais de M e ações realistas que lhe permitam cuidar de si mesma sem gerar pressão excessiva em si própria.

Esta sessão foi mais curta, uma vez que M apresentava um compromisso ao qual não poderia faltar. Deste modo, no final da consulta, e considerando que estaríamos a chegar ao fim do acompanhamento, informei a paciente do encaminhamento para outro profissional ao qual M rapidamente afirmou que não estaria interessada. Reforcei que seria benéfico manter o acompanhamento, sendo este um espaço em que M poderia partilhar e explorar as suas experiências, emoções e desafios num local seguro onde seria possível acompanhar o seu progresso ao longo do tempo e reajustar as estratégias conforme necessário. M, apesar de hesitante, concordou.

### **Décima consulta**

Na 10ª sessão, M compareceu à consulta visivelmente agitada. Após a sua entrada no gabinete, M suspirou de alívio, começando prontamente a falar sobre a sua semana verbalizando "*esta semana foi caótica*" (sic). M prosseguiu por partilhar os acontecimentos, falando sem interrupções durante cerca de 20 minutos. Decidi não intervir, mesmo nos momentos de silêncio, pois sentia que poderia quebrar o fluxo dos seus pensamentos. Assim, a estratégia adotada nesta sessão foi ventilação emocional.

De facto, a paciente numerou três episódios diferentes, nomeadamente, o primeiro teria acontecido no sábado anterior, quando se estava a preparar para ir a uma festa. Relata que desenvolveu sentimentos de frustração e baixa autoestima "*nada me ficava bem... estive uma hora a olhar para o espelho e sentia-me feia em tudo*" (sic). Este evento teve um impacto significativo em M, desencadeando uma forte resposta emocional. De seguida verbalizou sentimentos de desconforto ao viver no apartamento perto da universidade, dado não apresentar relações muito positivas com as suas colegas de casa. Partilha que não conseguiu permanecer no apartamento, tendo voltado para casa a meio da semana.

Por fim, descreve um sentimento de ambivalência perante a sua independência "*eu quero ser independente, mas acho que fiquei autónoma muito rápido*" (sic), relatando crises de ansiedade nos momentos de regresso à universidade. Os três episódios descritos foram abordados individualmente, sendo realizada a desconstrução de crenças, identificação de gatilhos e reflexão sobre a independência. No final da consulta, foi efetuada a devolução do MMPI.

### **Décima primeira consulta**

A paciente veio à consulta preocupada com a gestão de horários e organização de estudo, dado ter três frequências e duas apresentações de trabalho na semana seguinte. Afirma “*não sei o que estudar ou quando... vou dar em maluca*” (sic). No início da sessão, foi elaborado um calendário, onde foram distribuídos os horários de estudo para a semana.

Sendo esta a última sessão antes de realizar o encaminhamento, propus realizarmos uma retrospectiva do processo terapêutico realizado, colocando em cima da mesa seis papéis que apresentavam as principais temáticas abordadas na sessão, sendo realizada uma breve reflexão sobre as que M considerou mais relevantes. De seguida foi realizada retrospectiva global da evolução, em que pedi à paciente para descrever como se sentia no início e no fim do acompanhamento. M refere que inicialmente estava muito hesitante relativamente ao processo, no entanto, atualmente sente-se melhor, tendo consciência que ainda vem dias bons e dias maus, mas agora com uma nova forma de enfrentar “*eu sei que sou uma peça de trabalho, mas com jeitinho eu chego lá*” (sic).

No final da sessão, voltei a reforçar M positivamente pelo seu desempenho, encorajando-a a continuar as estratégias fornecidas e mantendo a motivação para a mudança sem medo do erro. Antes de M sair da sala, entreguei a foto de uma rosa (anexo N11) afirmando que seria uma lembrança para que a mesma não se esquecesse do que trabalhamos ao longo deste acompanhamento, fazendo uma analogia entre as rosas e os seres humanos. Referi que as rosas são flores bonitas, não sendo os espinhos que tem que tiram a sua beleza. O mesmo acontece com o ser humano, não é por termos pontos menos bons que precisamos de trabalhar, que deixamos de ser dignos de receber amor.

### **Reflexão do Caso M**

O processo terapêutico foi iniciado com uma significativa relutância e insegurança por parte de M, decorrentes de uma experiência prévia de acompanhamento. Apesar de suscitar alguma insegurança, procurei estabelecer uma boa relação terapêutica, assegurando que M sentisse que estava num local seguro livre de julgamento. Na verdade, considerando a proximidade da faixa etária de M à minha, esta foi sem dúvida uma mais-valia, resultando numa maior identificação de M para comigo, apresentando uma excelente assiduidade e motivação em realizar todas as tarefas propostas. Ao longo das

sessões, foi perceptível uma evolução na postura e participação de M, indicando uma maior confiança e conforto.

Foram várias as sessões em que não foi possível realizar o que teria previamente planeado, dado surgirem sistematicamente novas problemáticas ou episódios que M. queria abordar. Apesar de inicialmente gerar alguma frustração, atualmente compreendo que, mesmo sabendo que M iria beneficiar da atividade planeada, naquele momento, estava direcionada para outra problemática que considerava mais urgente. Deste modo, compreendi que cada sessão é única e imprevisível, sendo fundamental adotar uma postura flexível e adaptável, explorando a nova problemática emergente antes de retomar ao plano inicial, permitindo que o processo terapêutico seguisse o ritmo e as necessidades de M.

Algo que faria diferente seria a forma como lidei com a expressão de emoções mais intensas, como o choro. Considerando que estes momentos eram pouco frequentes, senti que não consegui lidar da melhor forma, formulando questões na tentativa de divergir os momentos de maior vulnerabilidade. Atualmente, mantinha o momento de silêncio e permitia que M continuasse a refletir, sem interrupções. Surgiram também alguns desafios externos, como a presença da mãe de M na segunda sessão ou constrangimentos com sobreposição de consultas que se revelaram positivos por promoverem o desenvolvimento de competências como gestão de conflitos, flexibilidade e tomada de decisão rápida.

Assim, ter realizado este acompanhamento foi extremamente recompensador, fazendo-me refletir sobre a forma de como as atitudes que tomamos muitas vezes refletem os sentimentos que temos em relação a nós mesmos.

## **Reflexão final**

O estágio oferece uma oportunidade única de aprendizagem prática, conhecimento do campo de atuação e orientação profissional, fundamental para a consolidação dos conhecimentos teóricos e aquisição de competências necessárias para exercer a profissão de forma ética e responsável. Ao longo desta etapa, participei em várias atividades que me permitiram entrar em contacto com uma grande diversidade de situações clínicas, conseguindo aprofundar o meu conhecimento sobre o diagnóstico, tratamento e intervenção adequada a cada caso.

Através do acompanhamento de pacientes, pude verificar a singularidade de cada indivíduo, que mesmo apresentando uma situação clínica ou diagnóstico semelhante a outro paciente, apresenta as suas próprias experiências, histórias e desafios. Deste modo, aprendi a adaptar as minhas intervenções terapêuticas para atender às necessidades específicas de cada paciente, reconhecendo que não existe uma abordagem única, o que promoveu o desenvolvimento de uma maior sensibilidade, flexibilidade e capacidade de fornecer um suporte individualizado.

A realização de grupos terapêuticos foi uma componente importante do meu estágio, tendo a oportunidade de experienciar a dinâmica e os desafios de trabalhar em grupo, procurando facilitar a troca de experiências e o suporte mútuo entre os participantes. Esta experiência permitiu aprimorar as minhas competências de escuta ativa, mediação de conflitos e capacidade de adaptação das dinâmicas de grupo às necessidades e características dos participantes, promovendo um ambiente seguro para que todos possam expressar-se livremente.

Outra grande componente do estágio foi a consulta do TCO. Esta integração permitiu-me trabalhar ao lado de psiquiatras, nutricionistas, endocrinologistas e cirurgiões, fazendo-me compreender a importância da interdisciplinaridade no cuidado integral do paciente e do seu contributo para a promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida dos mesmos.

No que diz respeito a dificuldades sentidas, realço lidar com adversidade de alguns casos, nomeadamente, os casos com risco de suicídio, que exigem uma atenção especial e uma abordagem cuidadosa. Nesses casos, é fundamental estar preparado para reconhecer os sinais de alerta e avaliar o risco de suicídio. A segurança do paciente deve ser sempre uma prioridade, e é importante procurar apoio de supervisores e outros

profissionais de saúde mental para trabalhar em conjunto na avaliação e gestão dessas situações. Globalmente, esta experiência também me levou a refletir sobre a minha própria humanidade e vulnerabilidade. Ao presenciar situações de grande sofrimento, fui confrontada com as minhas limitações e tive de desenvolver estratégias para lidar com os desafios emocionais inerentes à prática psicológica neste contexto.

Outro desafio recaiu na gestão do tempo. Como estagiária, procurei aproveitar ao máximo e participar em várias atividades que me proporcionassem um maior conhecimento e experiência. No entanto, deparei-me com um momento de sobrecarga comprometendo a minha capacidade de me dedicar completamente a cada uma das atividades. Essa sobrecarga de tarefas e compromissos resultou em momentos de *stress* e cansaço, afetando a minha eficiência e produtividade. Deste modo, compreendi que seria necessário reorganizar a minha abordagem e priorizar as atividades de forma mais realista e equilibrada, o que exigiu uma reestruturação das minhas atividades e funções. Durante esse período, compreendi a importância de estabelecer prioridades claras, definir metas realistas e criar uma rotina organizada.

Chegando ao fim desta etapa, considero que foi uma jornada repleta de desafios, aprendizagens, momentos de incerteza e dúvida, mas também de autonomia, responsabilidade, crescimento pessoal e realização profissional. Estou grata pela oportunidade de ter conhecido de perto a realidade do trabalho do psicólogo no contexto hospitalar e por todo a aprendizagem e crescimento que esta experiência me proporcionou. Como resultado, termino este estágio com uma bagagem de conhecimentos valiosos, uma visão mais ampla da minha futura atuação como psicóloga e a certeza de que escolhi a profissão certa.

## **Bibliografia**

- Almeida, P. (2015). A saúde mental global, a depressão, a ansiedade e os comportamentos de risco nos estudantes do ensino superior: Estudo de prevalência e correlação. <https://repositorio.ipcb.pt/handle/10400.11/2939>.
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.).
- Baechtold, R., & Trois, J. (2019). Psicoterapia de apoio no contexto do atendimento do psicólogo em ambiente hospitalar.
- Bahls, C. (2004). Terapia cognitivo-comportamentais: conceitos e pressupostos teóricos.
- Beserra, N., Chaves, M., França, S. & Ouverney, A. (2020). Desospitalização em cuidados paliativos oncológicos exclusivos: Estratégias adotadas e desafios enfrentados pelos profissionais de saúde na internação hospitalar. <https://ninho.inca.gov.br/jspui/handle/123456789/11046>
- Bhattacharya, S., Goicoechea, C., Heshmati, S., Carpenter, K., & Hofmann, G. (2023). Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety-Related Disorders: A Meta-Analysis of Recent Literature. *Current Psychiatry Reports*, 25(1), 19. <https://doi.org/10.1007/s11920-022-01402-8>
- Cohen, J., & Swerdlik, M. (2017). *Psychological Testing and Assessment* (9th edition).
- Derogatis, R., Rickels, K., & Rock, F. (1976). The SCL-90 and the MMPI: A step in the validation of a new self-report scale. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 128, 280–289. <https://doi.org/10.1192/bjp.128.3.280>
- Engel, L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- Guzman, A., Acerit, A., Bauí, J., Daliri, J., Lazatin, C., Porto, P., Rabago, Z., Rodriguez, G., & Valdez, M. (2022). Oniomania: A Phenomenological Study on Online

Shopping Addiction. *International Journal of Arts, Sciences and Education*, 3(1),  
Artigo 1.

Hathaway, R., & McKinley, C. (1940). A multiphasic personality schedule (Minnesota):

I. Construction of the schedule. *The Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, 10, 249–254. <https://doi.org/10.1080/00223980.1940.9917000>

Irwin, R., Olmstead, R., Carrillo, C., Sadeghi, N., Breen, C., Witarama, T., Yokomizo,

M., Lavretsky, H., Carroll, E., Motivala, J., Bootzin, R., & Nicassio, P. (2014).

Cognitive Behavioral Therapy vs. Tai Chi for Late Life Insomnia and Inflammatory Risk: A Randomized Controlled Comparative Efficacy Trial. *Sleep*, 37(9), 1543–1552. <https://doi.org/10.5665/sleep.4008>

Janelidze, M., Botchorishvili, N., Janelidze, M., & Botchorishvili, N. (2018). Mild

Cognitive Impairment: Alzheimer's Disease - The 21st Century Challenge. *IntechOpen*. <https://doi.org/10.5772/intechopen.75509>

Mameli, C., Krakauer, C., Krakauer, Y., Bosetti, A., Ferrari, M., Schneider, L., Borsani,

B., Arrigoni, S., Pendezza, E., & Zuccotti, V. (2017). Effects of a multidisciplinary weight loss intervention in overweight and obese children and adolescents: 11 years of experience. *PLoS ONE*, 12(7), e0181095. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0181095>

McElroy, L., Keck, E., Pope, G., Smith, M., & Strakowski, M. (1994). Compulsive

buying: A report of 20 cases. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 55(6), 242–248.

McKay, M., & Fanning, P. (2016). *Self-Esteem: A Proven Program of Cognitive*

*Techniques for Assessing, Improving, and Maintaining Your Self-Esteem.*

Morais, S. de, Lima, G., Oliveira, T., Pereira, C., Silva, T., Custódio, R., & Soares, L. G.

de A. (2017). O SETTING TERAPÊUTICO NA REALIDADE DO PSICÓLOGO HOSPITALAR. *Psicologia e Saúde em debate*, 3(2), Artigo 2.

<https://doi.org/10.22289/V3N2A5>

- Müller, A., Laskowski, M., Trotzke, P., Ali, K., Fassnacht, B., Zwaan, M., Brand, M., Häder, M., & Kyrios, M. (2021). Proposed diagnostic criteria for compulsive buying-shopping disorder: A Delphi expert consensus study. *Journal of Behavioral Addictions*, 10(2), 208–222. <https://doi.org/10.1556/2006.2021.00013>
- Ordem dos Psicólogos portugueses. (2016). Estágios de observação da prática profissional do psicólogo. [https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/p\\_37\\_sobre\\_estaagios\\_de\\_observacao\\_da\\_pratica\\_profissional\\_do\\_psicologo\\_tecnica\\_de\\_job\\_shadowing.pdf](https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/p_37_sobre_estaagios_de_observacao_da_pratica_profissional_do_psicologo_tecnica_de_job_shadowing.pdf)
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (2016). O Perfil dos Psicólogos da Saúde. [https://recursos.ordemdospsicologos.pt/files/artigos/o\\_perfil\\_dos\\_psicologos\\_da\\_saude.pdf](https://recursos.ordemdospsicologos.pt/files/artigos/o_perfil_dos_psicologos_da_saude.pdf)
- Organização Mundial da Saúde. (2018). Classificação Internacional de Doenças, 11ª edição (CID-11).
- Parsons, W., Hammeke, A., & Snyder, J. (2014). *Clinical neuropsychology: A pocket handbook for assessment*, 3rd ed.
- Pimenta, A. (2020). Implantação de técnicas de relaxamento para servidores da UFRN com diagnóstico de fibromialgia [masterThesis, Universidade Federal do Rio Grande do Norte]. <https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/31888>
- Reniers, P., Murphy, L., Lin, A., Bartolomé, P., & Wood, J. (2016). Risk Perception and Risk-Taking Behaviour during Adolescence: The Influence of Personality and Gender. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0153842>
- Ribeiro, S. (2018). A atuação do psicólogo no contexto hospitalar. *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento*, 08(10), 80–87.

- Stangor, C., & Walinga, J. (2014). The Evolution of Psychology: History, Approaches, and Questions. <https://opentextbc.ca/introductiontopsychology/chapter/1-2-the-evolution-of-psychology-history-approaches-and-questions/>
- Van den Bos, W., & Hertwig, R. (2017). Adolescents display distinctive tolerance to ambiguity and to uncertainty during risky decision making. *Scientific Reports*, 7, 40962. <https://doi.org/10.1038/srep40962>
- Wang, J., Liu, J., Li, L., Man, J., Yue, S., & Liu, Z. (2021). Effect of education and muscle relaxation program on anxiety, depression and care burden in caregivers of acute stroke survivors: A randomized, controlled study. *Medicine*, 100(4), e24154. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000024154>
- Whittingham, M., Marmarosh, C. L., Mallow, P., & Scherer, M. (2023). Mental health care equity and access: A group therapy solution.