

Relatório de Estágio

Ângela de Sousa Nunes

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

Gandra, setembro de 2023

Ângela de Sousa Nunes

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

Relatório de Estágio

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

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

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

Agradecimentos

À minha supervisora de estágio.

À minha orientadora de estágio.

Aos meus pais.

À minha irmã.

À minha família.

Aos meus amigos.

À Mariana.

Aos profissionais da Unidade de Saúde Mental de Ligação.

À Isabel e à Ângela.

À Diretora do Serviço de Psicologia.

A todos os pacientes.

Siglas

DPSM- Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental

CH- Centro Hospitalar

USML- Unidade Saúde Mental de Ligação

TCC- Terapia Cognitivo Comportamental

OPP- Ordem dos Psicólogos Portuguesa

ACE- Addenbrooke Cognitive Examination

MOCA- Montreal Cognitive Assessment

WAIS- Wechsler Adult Intelligence Scale

MMPI- Minnesota Multiphasic Personality Inventory

DRS-2- Dementia Rating Scale

IFS- INECO Frontal Screening

WMS- III- Escala de Memória de Wechsler – Terceira Edição

SCL-90- Symptoms Checklist

BSI- Brief Symptoms Inventory

MMPI - Inventário Multifásico de Personalidade de Minnesota

SCID-II - Entrevista Clínica Estruturada para as Perturbações de Personalidade do Eixo II do DSM-IV

YSQ-S3- Questionário de Esquemas de Young

IADL- Escala Atividades Instrumentais Vida Diária

WISC-III- Escala de Inteligência de Wechsler para crianças

WPPSI- Escala de Inteligência de Wechsler para a idade pré-escolar e primária- Edição Revista

TCO- Tratamento Cirúrgico da Obesidade

IVG- Interrupção voluntária da gravidez

Índice

Introdução.....	1
Capítulo I.....	2
1. Caracterização do local de estágio.....	2
1.1 Centro hospitalar.....	2
1.2 Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental.....	2
1.3 Papel do psicólogo no contexto hospitalar.....	5
Capítulo II.....	7
2. Descrição das atividades de estágio.....	7
2.1 Reuniões de supervisão e orientação.....	7
2.2 Psicoterapia de grupo.....	8
2.3. Grupo de Relaxamento para Grávidas.....	8
2.4. Grupo de Relaxamento da Dor crónica.....	9
2.5. Internamento completo de Psiquiatria.....	11
2.6. Unidade de Saúde Mental de Ligação.....	12
2.7. Avaliação Psicológica e Neuropsicológica em adultos.....	15
2.8. Avaliação Psicológica em crianças.....	20
2.9. Consultas de Psicologia.....	25
3. Outras atividades desenvolvidas durante o estágio.....	30
3.1 Formações desenvolvidas pelo CH.....	30
3.2. Atividades desenvolvidas pela USML.....	30
Capítulo III.....	31
Apresentação do caso clínico ER.....	31
Reflexão sobre o caso.....	48
Conclusão.....	49
Bibliografia.....	50
ANEXOS.....	Erro! Marcador não definido.

Índice de tabelas

Tabela 1. Treino imagético

Tabela 2. Casos de avaliação psicológica e neuropsicológica em adultos

Tabela 3. Casos de avaliação psicológica em crianças

Tabela 4. Casos de acompanhamento psicológico individual

Introdução

O estágio curricular apresenta-se como uma etapa fundamental durante o percurso académico, uma vez que é o momento em que contactamos com a realidade da prática profissional, permitindo a aprendizagem e consolidação dos conhecimentos adquiridos durante a formação académica.

O presente relatório insere-se no âmbito do estágio curricular do Mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia, do Departamento de Ciências Sociais e do Comportamento do Instituto Universitário de Ciências da Saúde, no ano letivo 2022/2023.

O estágio decorreu no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental (DPSM) de um hospital público, sob a orientação de uma Psicóloga do Serviço de Psicologia do Centro Hospitalar (CH) e supervisão da Professora Doutora Vera Almeida. O estágio teve início no dia 14 de setembro de 2022 e terminou no dia 30 de junho de 2023, perfazendo um total de 420 horas obrigatórias. Contudo, as horas estabelecidas inicialmente foram ultrapassadas, devido à necessidade de continuidade do acompanhamento dos pacientes e do apoio às equipas, tendo sido realizadas 865 horas. O horário de estágio foi sendo adaptado consoante as atividades a realizar, o horário semanal definido era às quartas-feiras das 9h às 18h, terças-feiras das 8h30 às 18h30 e sextas-feiras das 9h às 13h.

O relatório de estágio tem como principal objetivo a descrição detalhada da experiência de estágio, sendo que este se encontra dividido em três partes. A primeira parte é composta pela descrição da instituição onde decorreu o estágio e os princípios de atuação do psicólogo no contexto hospitalar. Na segunda parte são explicadas as atividades realizadas ao longo do estágio, como avaliações, acompanhamentos individuais, sessões de psicoterapia de grupo, psicoterapia de apoio e formações. Na terceira parte é abordado um caso clínico e a reflexão do mesmo. Por fim, a conclusão sobre esta experiência a nível profissional e pessoal.

Capítulo I

1. Caracterização do local de estágio

1.1 Centro hospitalar

O estágio curricular foi realizado num hospital público inserido num CH que é constituído por duas unidades hospitalares. O CH é reconhecido como uma referência na qualidade dos serviços prestados a nível nacional. Distingue-se pela qualidade de cuidados, capacidade de investigação, inovação e pelo impacto positivo na comunidade. Tem como objetivo a prestação de cuidados de saúde à população da sua área geodemográfica de influência, e ainda fomentar a formação e a investigação pré e pós-graduada em cooperação com as diversas instituições de ensino, hospitais e instituições de saúde.

Atualmente, as duas unidades que compõem o CH situam-se em dois concelhos, concelhos vizinhos, abrangendo um total de cerca de 553.000 habitantes. Possui, no total, seis departamentos: o Departamento Cirúrgico, o Departamento Médico, o Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, o Departamento da Mulher e da Criança, o Departamento de Urgência e Emergência - Cuidados Intensivos, o Departamento de Ambulatório e Ligação Funcional.

1.2 Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental

O estágio curricular decorreu no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar, no Serviço de Psicologia. O DPSM é constituído pelo Serviço de Psiquiatria de Adultos, pela Unidade de Psiquiatria da Infância e da Adolescência e pelo Serviço de Psicologia, prestando cuidados assistenciais a pacientes agudos e crónicos. Assim, tem como objetivos a melhoria da qualidade de vida da população, a descentralização dos cuidados e a aproximação dos profissionais de saúde aos utentes e cuidadores, integrando uma perspetiva biopsicossocial e promovendo a saúde mental na comunidade. Para além disso, distingue-se ainda por alguns valores e preocupações que regem a conduta e trabalhos dos seus profissionais, entre os quais se destaca a

humanização no atendimento; respeito pela dignidade; equidade de acesso; a investigação e inovação científica, promoção da saúde mental na comunidade através da articulação com cuidados locais de saúde, excelência na intervenção técnica e ética profissional.

O DPSM é constituído por uma equipa multidisciplinar, com vista à melhor intervenção, que inclui 30 psiquiatras, 12 internos de psiquiatria, 7 pedopsiquiatras, 3 internos de pedopsiquiatria, 12 psicólogos, 3 terapeutas ocupacionais, 33 enfermeiros que dão resposta à consulta externa, internamento e apoio domiciliário, 2 assistentes sociais, 12 técnicos administrativos e 19 assistentes operacionais. Este departamento colabora com todos os elementos do CH, fornecendo cuidados globais e respondendo às necessidades da população assistida. Este serviço engloba ainda a consulta externa, consulta interna, hospital de dia e internamento de psiquiatria.

O serviço de **consulta externa** é composto pelos serviços de Psicologia Clínica e da Saúde, consulta de subespecialidade (e.g., Diabetes, Luto, Hiperatividade, Alcoologia, Tratamento Cirúrgico da Obesidade, Doença Neurónio Motor, Saúde Mental Perinatal, Perturbação Obsessiva Compulsiva e Dor crónica) e pela consulta Forense. Relativamente à equipa de psicólogos, sete deles intervêm na faixa etária adulta e cinco na faixa etária da infância e adolescência. O horário de funcionamento é das 8 horas às 20 horas, durante os dias úteis. O acesso à consulta externa de Psicologia requer uma referenciação médica pelos diversos serviços clínicos do CH, sendo mais frequente pelo serviço de Psiquiatria. Os pedidos realizados pelo médico de família são triados e distribuídos pelos psicólogos do serviço, tendo em conta a sua formação e especialização, de forma que o acompanhamento seja adequado às necessidades e problemáticas do paciente. Além disso, sempre que for benéfico para os pacientes, os psicólogos podem encaminhá-los para psicoterapia de grupo.

A **consulta interna** é composta por duas unidades, a Unidade de Saúde Mental de Ligação e os Cuidados Paliativos. Ambas constituem equipas multidisciplinares, compostas por apenas um psicólogo em cada uma delas. Estas unidades têm como principal objetivo a avaliação e intervenção em pacientes que se encontram nos diversos serviços de internamento, independentemente da faixa etária. A consulta interna surge da necessidade de apoio psicológico aos pacientes internados, bem como aos familiares, promovendo uma melhoria dos cuidados prestados.

O **Hospital de Dia** é um internamento parcial e voluntário, em que os pacientes se dirigem ao hospital diariamente, das 9 horas às 16 horas, durante os dias úteis. A equipa do Hospital de Dia é constituída por psicólogos, psiquiatras, enfermeiros e terapeutas ocupacionais e tem como objetivo o desenvolvimento de atividades, de forma a reduzir a necessidade de internamento completo. Neste espaço é fomentado o conhecimento, o questionamento e a curiosidade dos pacientes, permitindo que estes elaborem diferentes perspetivas da realidade. Por outro lado, pretende-se também estimular diversas competências como, por exemplo, capacidades socioprofissionais, relacionais e atividades de vida diária. Desta forma, ao longo do internamento são desenvolvidas várias intervenções terapêuticas, tais como a soroterapia, grupos de psicoterapia e ainda acompanhamentos e avaliações individuais.

O **internamento completo**, destina-se a adultos de ambos os géneros, da área de referência do CH, com estado clínico agudo. O internamento pode ser efetuado de uma forma programada ou de urgência, em regime voluntário ou compulsivo. São realizados acompanhamentos e avaliações individuais e ainda grupos terapêuticos.

O Serviço de Psicologia, realiza avaliações e intervenções em todas as faixas etárias, quer em regime ambulatorio quer no internamento. Tem como atividades, avaliações Psicológicas e Neuropsicológicas (e.g., personalidade, desempenho intelectual, autismo, psicopatologia e deterioração mental), Psicoterapia Individual e Psicoterapia de Grupo na criança, no adolescente e adulto. Alguns exemplos, relativamente aos grupos psicoterapêuticos são: Grupo de Apoio a Doentes Depressivos, Grupo de Treino de Competências, Grupo de Relaxamento de Grávidas e da Dor Crónica, Grupo de Estimulação Neuropsicológica, Grupos Psicoeducacionais, Grupo de Pais em Luto; Grupo de Autocontrolo Ponderal e Grupo de Apoio Psicológico Pós-Alta do Internamento Completo. Estes grupos apresentam uma frequência semanal ou quinzenal, permitindo aos pacientes estabelecer relações interpessoais, através da partilha de experiências. Os psicólogos intervêm em articulação com os diversos serviços médicos e ainda colaboram com a comunidade como, escolas e Comissão de Proteção de Crianças e Jovens e tribunais. São realizadas reuniões clínicas e de supervisão, formação aos colaboradores do CH, formação a psicólogos estagiários, no âmbito do protocolo estabelecido com a Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP) e participação em projetos de investigação e publicações.

1.3 Papel do psicólogo no contexto hospitalar

A Psicologia Clínica e da Saúde aplica os conhecimentos e métodos de todos os campos da Psicologia na promoção e manutenção da saúde física e mental e na prevenção, avaliação e tratamento das perturbações físicas e/ou mentais (Pais-Ribeiro & Leal, 1996).

A prática clínica do psicólogo, tem por base o modelo biopsicossocial, que visa substituir o modelo biomédico, por ser demasiado redutor, uma vez que o seu principal foco é a doença e as causas biológicas, excluindo vários fatores importantes. Neste modelo, a saúde é vista como a ausência da doença (Engel, 1997). Face à necessidade de ver a saúde e a doença como uma combinação de vários fatores, surgiu o modelo biopsicossocial, que tem uma visão holística sobre o indivíduo e a doença, como um todo. Este modelo, procura compreender de que forma é que os fatores biológicos, psicológicos e sociais se relacionam e influenciam a doença e a saúde dos indivíduos. A saúde é vista como um completo bem-estar físico, social e mental. Assim, o modelo biopsicossocial propõe uma abordagem mais humanizada e integrada, tendo em conta aspetos fisiológicos, psicológicos, sociais e ambientais (Teixeira, 2004).

O papel do psicólogo no contexto hospitalar tem por base a Psicologia da saúde, visa compreender como os fatores comportamentais, biológicos e sociais influenciam na saúde e na doença. A atuação do psicólogo neste contexto, não se refere apenas ao paciente, mas também aos familiares e profissionais de saúde (OPP, 2016). São várias as funções e intervenções dos psicólogos no contexto hospitalar, tais como a avaliação e intervenção psicologia, prevenção da doença e dos problemas de saúde, educação para a literacia em saúde, psicoterapia de grupo, intervenção em contexto de crise e emergência, realização de consultoria aos profissionais de saúde de outras especialidades e a participação em projetos de investigação na área da saúde e ações de formação (Wahass, 2005). Os psicólogos no contexto hospitalar têm de facto uma intervenção bastante abrangente, tendo sido possível observar no CH onde decorreu o estágio.

Os psicólogos têm competências técnicas e formativas que possibilitam o exercício autónomo da sua profissão, num processo de articulação multidisciplinar (SNS, 2017). No CH onde estive inserida, o Serviço de Psicologia, tinha-se tornado recentemente num serviço independente a nível científico, técnico e funcional, onde o psicólogo faz parte de uma equipa multidisciplinar, constituída por médicos, enfermeiros,

assistentes sociais e terapeutas ocupacionais. A prática do psicólogo em contexto hospitalar, encontra-se em constante consolidação (Silva, 2012), o que se deve ao dinamismo do Serviço de Psicologia, que foi observado durante o estágio.

A abordagem multidisciplinar, permite uma melhor compreensão das necessidades e condições dos pacientes, para além de garantir um trabalho mais efetivo e personalizado, permite uma abordagem holística. Exemplo disso é a Unidade de Saúde Mental de Ligação (USML), no qual o psicólogo tem um contacto contínuo com os diversos serviços do hospital, participando em reuniões clínicas. A nível da intervenção, esta é em contexto de internamento, devido à não adesão ao tratamento, internamentos prolongados, conflitos familiares, em casos de doenças terminais e crónicas e em situações em que o diagnóstico tenha um grande impacto para o paciente e para a sua família (SNS, 2017). Os internamentos podem levar a ansiedade, tristeza e incertezas, assim, esta unidade visa a redução do sofrimento causado pelo internamento e promove a adesão terapêutica. Neste contexto, torna-se difícil manter o setting terapêutico, uma vez que, as avaliações realizadas pela USML, acontecem nas enfermarias, onde estão presentes outros doentes e profissionais de saúde, o que leva a que haja muito ruído e falta de privacidade. Para além disso, os gabinetes no Serviço de Psicologia são partilhados por vários profissionais, o que dificulta a manutenção do setting, sendo este demasiado médico. Contudo, o setting vai muito além do espaço físico, assim são feitos esforços para que este seja o mais adequado possível.

As evidências científicas sugerem que a intervenção psicológica reduz o sofrimento e melhora a adaptação à doença, o funcionamento social, a gestão da dor e a qualidade de vida (OPP, 2016). Assim, o seu papel em contexto hospitalar é essencial, pois estabelece um novo paradigma, assentando num modelo biopsicossocial, que considera e valoriza as diversas dimensões de vida dos pacientes (Gasparini, 2018).

Capítulo II

2. Descrição das atividades de estágio

2.1 Reuniões de supervisão e orientação

A supervisão tem uma elevada importância e impacto na qualidade profissional dos psicólogos, promovendo uma prática segura da psicologia, junto dos pacientes. Tem como principal objetivo melhorar as competências profissionais do estagiário (OPP, 2016). A supervisão é um processo de ensino e aprendizagem, sendo basal ao longo do estágio. Posto isto, participei em reuniões de supervisão com a Professora Doutora Vera Almeida, consoante as dúvidas e necessidades que iam surgindo ao longo do estágio. As reuniões tinham um formato *online* e eram em grupo, estavam presentes as colegas que também eram orientadas pela Professora Doutora Vera Almeida. Estas reuniões tinham como principal objetivo a discussão de casos e esclarecimento de dúvidas. O facto de as reuniões serem em grupo foi muito enriquecedor, pois permitiu uma partilha de experiências, diferentes perspetivas e abordagens, sendo assim uma mais-valia para todas.

A orientação de estágio tem um papel fundamental na formação do estagiário como profissional, permite que o estagiário adquira competências clínicas e desenvolva a sua identidade profissional. As reuniões de orientação foram com a psicóloga orientadora, no local de estágio, estas aconteciam sempre que houvesse essa necessidade. As reuniões de orientação promoveram a reflexão crítica sobre a prática clínica, assim como a discussão de estratégias para lidar com situações desafiantes.

As reuniões de supervisão e orientação foram fulcrais para o meu desenvolvimento profissional e autoconfiança. Possibilitou a discussão de casos e obtenção de feedback e orientação para a prática clínica, sem dúvida uma enorme aprendizagem.

2.2 Psicoterapia de grupo

A literatura demonstra que a psicoterapia de grupo apresenta uma elevada eficácia. Os grupos, geralmente são constituídos por pessoas que apresentam as mesmas características ou partilham o mesmo tipo de dificuldades, criando um senso de união e apoio mútuo. Para além disso, permite que os pacientes se sintam integrados compreendidos, sendo um importante suporte emocional (Hoffman, 1984).

Ao longo do estágio, tive a possibilidade de participar em 2 grupos: “Grupo de Relaxamento de Grávidas” e o Grupo de Relaxamento da Dor Crónica. Os grupos são realizados na sala de psicoterapia, que é um espaço amplo, onde é possível criar as condições ideais para o relaxamento. É um lugar tranquilo, com luz ténue, sem ruídos exteriores e interrupções. Acompanhado por uma música calma e suave. Os pacientes estão confortavelmente deitados em colchões, com almofadas e cobertores.

Apesar de ambos serem grupos de relaxamento, são muito distintos e por isso muito desafiantes. A participação nestes grupos foi uma experiência bastante proveitosa, uma vez que, contribuiu para aquisição de conhecimentos relacionados com o relaxamento muscular e imagético, assim como capacidades de gestão de grupo. Foi uma experiência muito gratificante, as pacientes estavam comprometidas e não faltavam às sessões, tendo recebido um feedback muito positivo em ambos os grupos. Ao longo do estágio, fui sentindo a necessidade de integrar grupos diferentes, com sessões mais dinâmicas e que não se baseassem apenas no relaxamento, contudo, não consegui ter essa experiência, uma vez que esses grupos não eram dinamizados pela psicóloga orientadora.

2.3. Grupo de Relaxamento para Grávidas

A gravidez é um acontecimento que contribui para o aumento da vulnerável na vida da mulher, podendo levar a alterações físicas e psicológicas. Ao nível das alterações psicológicas, podem surgir sintomas de ansiedade, medo, tristeza e frustração.

O grupo de Relaxamento para Grávidas surge da necessidade de uma resposta não farmacológica à sintomatologia ansiosa, sendo esta uma intervenção eficaz para reduzir

a ansiedade em mulheres grávidas (Zendehtel et al., 2022). Trata-se de sessões de relaxamento, com base no treino autógeno de Schultz, que incorpora o corpo e a mente, levando a uma sensação de relaxamento total. O termo “autógeno” é derivado de duas palavras gregas, “autos” (si mesmo) e “genos” (gerar), refere-se ao facto do relaxamento não ser induzido, mas gerado pela própria pessoa. O grupo é constituído por mulheres grávidas, com idade gestacional heterogénea. Todas as pacientes são encaminhadas pelos médicos obstetras e psiquiatras e/ou psicólogos que fazem a consulta externa da Saúde Mental Materna. As sessões eram dinamizadas por um psiquiatra e uma psicóloga, decorreram semanalmente, às sextas-feiras das 11h30 às 12h30, sendo um grupo aberto. Este grupo, tem como objetivo contribuir para o aumento da sensação de bem-estar psíquico e corporal, estimular a capacidade de concentração e a aprendizagem e aquisição de novas técnicas que permitam reduzir os estados de ansiedade e tensão emocional. Neste grupo, desempenhei o papel de coterapeuta.

2.4. Grupo de Relaxamento da Dor crónica

A dor crónica é uma importante fonte de sofrimento, interfere no funcionamento diário nas várias áreas de vida dos pacientes, sendo acompanhada de uma enorme angústia e frustração. Existem evidências que o tratamento não farmacológico é bastante eficaz. As práticas mente-corpo, foram associadas a melhorias leves a moderadas ao nível da dor (Skelly et al., 2018).

Esta intervenção dirige-se a pacientes maioritariamente encaminhados pelo serviço da dor crónica e psiquiatria e/ou psicologia, em contexto de consulta externa. O grupo é homogéneo, sendo composto por mulheres de meia-idade que apresentam dor crónica generalizada, maioritariamente Fibromialgia. O número médio de participantes são 12 pessoas, o grupo tem uma periodicidade quinzenal, às quartas-feiras, com duração de 1h30 por sessão, totalizando 12 sessões. As sessões eram dinamizadas pela psicóloga orientadora. A primeira sessão, consistiu na apresentação dos participantes, do programa e objetivos do grupo, foi entregue um *Flyer* para que ficassem com essa informação por escrito e pudessem consultar sempre que necessário (Anexo A1). As sessões seguintes, basearam-se no relaxamento progressivo de Jacobson, para sete grupos musculares (Anexo A2) que consiste na realização de exercícios sistemáticos de tensão e relaxamento

dos sete grupos musculares, distinguindo as sensações de tensão e relaxamento. Com estas sessões, as pacientes aprenderam a deixar os músculos completamente livres de tensão, levando ao alívio do stress e ansiedade, maior controlo emocional, melhoria a nível físico e alívio da dor. No final de cada sessão é realizado um treino imagético, através da leitura de uma fábula, tal como descrito na tabela 1, para que possam refletir e discutir em grupo, de forma a trabalhar a capacidade de simbolização.

Inicialmente, desempenhei um papel de observadora, a partir de fevereiro, assumi autonomamente o grupo como terapeuta. Devido ao elevado número de pedidos, em abril foram formados dois grupos de 12 pessoas. Assim, passou a haver grupo de Relaxamento da Dor Crónica semanalmente, alternando entre o grupo I e o grupo II, uma vez que as sessões se mantiveram com uma periodicidade quinzenal.

Tabela 1.

Treino imagético

Sessão	Fábula	Tema abordado
1º sessão	Elefante acorrentado	Resiliência
2º sessão	Amor-perfeito	Amor próprio
3º sessão	Carpintaria «O Sete»	Ajudar o próximo
4º sessão	As asas são para voar	Os sonhos e objetivos
5º sessão	O rei ciclotímico	Humor
6º sessão	Por um jarro de vinho	Fidelidade
7º sessão	O tesouro enterrado	Autoconhecimento
8º sessão	Dois números abaixo	Esforço
9º sessão	O olhar do amor	Perceções
10º sessão	O cântaro	Amor próprio
11º sessão	O verdadeiro valor do anel	Necessidade de reconhecer o valor
12º sessão	O rei que queria ser louvado	O verdadeiro valor das pessoas

2.5. Internamento completo de Psiquiatria

O internamento completo visa fornecer cuidados intensivos e especializados a pacientes que sofrem de perturbações mentais graves. Geralmente apresentam sintomas que interferem significativamente com a sua vida diária, podendo inclusive manifestar comportamentos autolesivos e heterolesivos. Há uma elevada heterogeneidade de diagnósticos, por exemplo, perturbações de humor, perturbações de personalidade, perturbações psicóticas, entre outras.

No primeiro trimestre, tive a possibilidade de observar sessões de psicoterapia de grupo e avaliações psicológicas e neuropsicológicas. Relativamente às sessões de psicoterapia de grupo, estas visavam promover estratégias de resolução de conflitos, treino de assertividade, reflexão sobre si e sobre os outros e a reformulação de projetos de vida. Também tive a possibilidade de observar sessões de movimento, dinamizadas pela terapeuta ocupacional e de relaxamento para 7 grupos musculares pela psicóloga estagiária da OPP. Nestas sessões apenas estavam presentes os pacientes mais estabilizados do ponto de vista psicopatológico. Tratava-se de um grupo aberto, heterogéneo em termos de género, idade e diagnóstico. As sessões eram realizadas diariamente das 11h às 12h, contudo, apenas observei nos dias de estágio. Foram desenvolvidas atividades temáticas relacionadas com o Dia Mundial da Saúde mental e com o Natal, de forma a envolver e estimular os pacientes, permitindo que estes não se sintam isolados, o que pode contribuir para aumentar a sua autoestima e autoconfiança.

O meu papel era essencialmente de observação. Esta foi uma experiência bastante enriquecedora, permitiu observar as diferenças a nível do ambiente, da gravidade da psicopatologia e da intervenção utilizada, sendo esta imediata e intensiva. Tive a oportunidade de observar na prática o discurso e o comportamento dos pacientes internados, tendo contribuído para um maior interesse e estudo da psicopatologia grave.

2.6. Unidade de Saúde Mental de Ligação

A saúde é um estado de completo bem-estar físico, psicológico e social. Assim, a USML intervém na interface dos fatores psicológicos, biológicos e sociais. O principal objetivo desta unidade é fazer ponte entre a psiquiatria/psicologia e as restantes especialidades médicas e cirúrgicas, integrando uma perspetiva biopsicossocial do paciente (Mota, 2000).

A intervenção usada é a psicoterapia de apoio. Esta intervenção por vezes é desvalorizada, por ser considerada superficial e menos eficaz, contudo, a psicoterapia de apoio é uma intervenção pragmática, direcionada às principais queixas, sintomas e sofrimento dos pacientes. Possibilita que os pacientes se adaptem às circunstâncias, sendo importante no contexto hospitalar, uma vez que os pacientes experienciam situações dolorosas (Leal, 2010). A psicoterapia de apoio tem como finalidade a redução do desconforto subjetivo e os comportamentos disfuncionais; reforçar a autoestima e a autoeficácia; readaptação ao meio e promover a motivação (Barbosa, 2015).

A USML é composta por uma equipa multidisciplinar, da qual fazem parte dois psiquiatras e uma psicóloga. Para além disso, também colaborei com uma psicóloga estagiária da OPP e três internas, de Psiquiatria, Medicina Geral e Familiar e Neurologia. Esta unidade, avalia e intervém ao nível da saúde mental dos pacientes hospitalizados por doenças físicas, agudas ou crónicas. Tem como finalidade a intervenção nas diversas perturbações psiquiátricas, como depressão, ansiedade, abuso de substâncias, entre outras, que podem estar presentes previamente, e assim, condicionar e agravar a saúde física dos pacientes, ou por outro lado, estas perturbações poderão surgir como resultado de uma condição médica, sendo esta uma relação bidirecional. Posto isto, esta unidade procura otimizar os tratamentos em curso e o bem-estar dos pacientes internados em enfermarias médicas e cirúrgicas do CH. Para iniciar o acompanhamento, é necessário que os profissionais de saúde dos vários serviços façam um pedido de colaboração à USML. Eram realizadas reuniões diárias, das 9h00 às 10h00, onde são discutidos em equipa os novos casos, determinando se o paciente recebe apoio psiquiátrico: em caso de agitação psicomotora, ajustes terapêuticos e síndromes confusionais, ou se beneficia de acompanhamento psicológico: intervindo em casos de recusa terapêutica, internamentos

prolongados, sintomatologia ansiosa e/ou depressiva, conflitos familiares, dificuldades na aceitação do diagnóstico, recusa alimentar, alcoolismo e entre outros. Para além disso, também são discutidos os casos previamente acompanhados pela unidade, definindo o plano terapêutico. Deslocava-me às enfermarias médicas e cirúrgicas, onde realizava a recolha da história de vida do paciente, o exame do estado mental e apurava a necessidade de ajuste terapêutico. As intervenções podiam ser pontuais, com foco no pedido dirigido, em que voltava a reavaliar se necessário, ou então poderia ser realizada psicoterapia de apoio, com uma frequência semanal, enquanto o paciente se encontrava internado. A intervenção com cada paciente era realizada sempre no mesmo dia da semana, no período da manhã. Sempre que possível eram usados os biombo de forma a criar maior privacidade. Em alguns casos, era agendada uma consulta pós-alta, uma vez que esta unidade disponibiliza o acompanhamento psicoterapêutico individual e em grupo, para doentes internados ou acompanhados em consulta de especialidade, tal como, doentes com dor crónica, doença do neurónio motor ou doença de Steinert, para além disso, o acompanhamento também poderia ser realizado com os familiares.

Apesar de não ser muito frequente, alguns dos pacientes que acompanhávamos em Psicoterapia de apoio, faleciam durante o período de internamento, assim como alguns pacientes na consulta externa da Esclerose Lateral Amiotrófica. A morte de uma pessoa significativa representa uma das experiências mais dolorosas que as pessoas têm de lidar em algum momento das suas vidas (Barbosa, 2015). Muitas famílias reagem de modo disfuncional ao adoecimento ou falecimento de um membro da família. Cerca de 10% da população tem dificuldades na atribuição de significados e integração da perda (Lundorff et al., 2017), o que se traduz em luto prolongado, que por sua vez está associado a um elevado risco de mortalidade e comorbilidade com outras perturbações, como depressão, ansiedade e stress pós-traumático, apresentando por vezes sintomas físicos e psicológicos debilitantes. Posto isto, apliquei o Modelo de Intervenção Diferenciada no Luto Prolongado em Adultos, do Sistema Nacional de Saúde (Anexo B1). Inicialmente era realizado um contacto telefónico de condolências, ao familiar mais próximo, após uma semana do falecimento do paciente, pedimos autorização para contactar ao fim de um mês (Anexo B2). No contacto ao fim de um mês, era aplicado o instrumento de avaliação de risco no luto, através de qual obtínhamos uma classificação sobre o risco de desenvolver luto complicado. Se o familiar não obtivesse risco, não era realizada uma

intervenção, por outro lado, quando obtinham um risco moderado, era realizada uma intervenção não presencial, com uma periodicidade mensal. No risco elevado, o acompanhamento tinha uma periodicidade quinzenal. Independentemente do risco apresentado para luto prolongado, todos os familiares eram contactados ao fim de 6 meses, sendo aplicado o Prolonged Grief Disorder (PG-13), para avaliar a perturbação de luto complicado. Ao longo do estágio, iniciei este protocolo com 7 familiares.

No primeiro trimestre do estágio, tinha como principal papel a observação das avaliações realizadas pela orientadora e por uma psicóloga estagiária da OPP. No final do primeiro trimestre, apesar de ainda estar em observação, comecei a realizar os registos dos pacientes observados, no Sclínico e a discutir os casos na reunião. No início do segundo trimestre, comecei a desempenhar as avaliações e acompanhamentos de uma forma autónoma. Ao longo do estágio, acompanhei 81 pacientes, dos quais 46 eram do sexo masculino e 35 do sexo feminino, a média da idade dos pacientes era de 60 anos. Foram totalizadas 211 consultas. A especialidade que dirigiu mais pedidos foi a Medicina Interna (30 pedidos) seguida da Cirurgia (16 pedidos) e Ortopedia (14 pedidos). A tabela em anexo descreve todos os pacientes acompanhados (Anexo B3).

A doença traz vulnerabilidade, avaliei diariamente pessoas com um elevado sofrimento, desesperança e medo. Para além de todo o conhecimento que adquiri ao longo do meu percurso académico e observação da orientadora, tenho a certeza que nunca me faltou empatia e compaixão. Durante as intervenções, houve um misto de emoções, que levaram sobretudo a um enorme crescimento pessoal. Fazer parte desta equipa foi sem dúvida uma experiência gratificante. Houve momentos em que senti que o trabalho que fazia não era suficiente, queria fazer mais e melhor, mas no meio desse questionamento e inseguranças percebi a verdadeira importância que um psicólogo pode ter na vida de um paciente, pode de facto ser diferenciador na sua motivação e recuperação, mas sobretudo no seu bem-estar.

2.7. Avaliação Psicológica e Neuropsicológica em adultos

A avaliação psicológica é um processo técnico-científico, que partindo de um pedido expresso, conduz o psicólogo à procura de informações contextualizadas sobre as características do paciente e dos seus problemas, recorrendo a várias técnicas, como por exemplo, entrevista, testes psicológicos e observação do comportamento (Caldas, 2022). Esta avaliação é normalmente realizada através de questões orais e exercícios realizados com recurso a papel e lápis. O principal objetivo, da avaliação psicológica, é formular hipóteses relativamente ao funcionamento intelectual, características de personalidade e sintomatologia psicopatológica (Vieira & Neiva, 2007).

A fase de observação de avaliações psicológicas e neuropsicológicas foi até novembro. Este período teve uma extrema importância, uma vez que, permitiu um contacto prático como os instrumentos, que maioritariamente foram estudados durante o percurso académico. Possibilitou uma maior confiança e conhecimento para a fase seguinte, em que passei a realizar as avaliações de uma forma autónoma.

Em todas as avaliações, existiu um pedido por parte do psiquiatra assistente, por norma específica o objetivo do pedido de avaliação, contudo, a escolha dos instrumentos a utilizar não dependia apenas do pedido, mas também tendo em conta a observação e informação obtida na entrevista, podendo assim, escolher os instrumentos adequados à problemática do paciente, contribuindo para uma avaliação clara dos domínios afetados. A primeira etapa da avaliação consiste no estabelecimento da relação com o paciente e recolha de informações sobre a história pessoal, familiar, social e clínica do paciente, através da entrevista clínica. Para além disso, era explicado como iria decorrer o processo de avaliação. Na segunda fase, há um levantamento de hipóteses de diagnóstico de partida. Posto isto, selecionava e aplicava os instrumentos de avaliação adequados de forma a confirmar ou infirmar as hipóteses iniciais. Em seguida, é realizada a cotação e interpretação dos resultados obtidos nos instrumentos. É fundamental integrar todas as informações sobre o paciente, a sua história, queixas e o contexto em que este se insere, com todos os resultados obtidos nos instrumentos aplicados, num todo conceptualmente coerente. Por fim, é elaborado o relatório, para anexar ao processo clínico do paciente, no SClinico (Anexo C1).

Existe um número muito extenso de testes psicológicos e neuropsicológicos, assim, o Serviço de Psicologia definiu um protocolo de avaliação sobre os testes a utilizar no DPSM. Para a avaliação do QI, usei a Escala de Inteligência de Wechsler para Adultos – Terceira Edição (WAIS – III), no rastreio cognitivo, usei o Addenbrooke Cognitive Examination (ACE-R); Montreal Cognitive Assessment (MoCa; Freitas et al., 2011); Escala da Avaliação da Demência- 2 (DRS-2, Cavaco & Teixeira-Pinto, 2011); INECO Frontal Screening (IFS). Na avaliação da Memória, foi usado a Escala de Memória de Wechsler – Terceira Edição (WMS- III, David Wechsler, 2008). Para a avaliação da Psicopatologia, o Symptoms Checklist (SCL-90) e Brief Symptoms Inventory (BSI; Canavarro, 1999). Para avaliar a personalidade, foi utilizado o Inventário Multifásico de Personalidade de Minnesota (MMPI-2; Silva, Novo, Prazeres & Pires, 2006); Entrevista Clínica Estruturada para as Perturbações de Personalidade do Eixo II do DSM-IV (SCID-II; Gouveia, Matos, Rijo, Castilho & Salvador, 2011) e o Questionário de Esquemas de Young (YSQ-S3). Ao nível da funcionalidade, usei a Escala Atividades Instrumentais Vida Diária (IADL; Araújo, Ribeiro, Oliveira, Pinto & Martins, 2008). É importante salientar, que os testes por si só não permitem tirar conclusões sobre o funcionamento do paciente. Os resultados obtidos têm de ser interpretados tendo em consideração as informações recolhidas na entrevista clínica e a observação do comportamento durante a avaliação (Matarazzo, 1980).

Foram realizadas 47 avaliações psicológicas e neuropsicológicas, que estão descritas na Tabela 2. A principal faixa etária foi a terceira idade, os pedidos eram maioritariamente para avaliação de deterioração cognitiva, também surgia, com muita frequência, avaliações para obtenção de atestados multiusos (Anexo C2), para efeitos de baixa médica, reforma antecipada ou obtenção de benefícios de saúde. A maioria dos pacientes avaliados, tinham um declínio em algum domínio cognitivo, beneficiando da integração em programas de estimulação neuropsicológica. No entanto, durante o período de estágio, no CH não havia nenhum grupo nesse âmbito, o que me levou a elaborar um *Flyer* (Anexo C3) sobre estimulação cognitiva, que tinha como objetivo transmitir conhecimentos que possibilitassem a melhoria do desempenho cognitivo geral e do funcionamento social dos pacientes.

Este foi um momento de grande aprendizagem, não só a nível psicométrico, mas principalmente a nível clínico, pois foi o primeiro momento em que tive contacto com os pacientes, permitindo desenvolver as minhas competências de entrevista.

Tabela 2.

Casos de avaliação psicológica e neuropsicológica em adultos

Identificação	Motivo de avaliação	Nº sessões	Instrumentos	Desfecho
M.R., 55 anos (Feminino)	Deterioração cognitiva	1	BSI; ACE-R	Terminado
A.P., 73 anos (Feminino)	Avaliação multiusos	3	WAIS-III; ACE-R	Terminado
F.S., 49 anos (Feminino)	Deterioração cognitiva	1	ACE-R	Terminado
M.S., 51 anos (Feminino)	Avaliação Neuropsicológica, doente com queixas de défices mnésicos.	3	WMS-III; ACE-R; BSI	Terminado
E.P., 58 anos (Masculino)	Avaliação multiusos	2	WMS-III; BSI	Terminado
M.S., 61 anos (Masculino)	Avaliação de sintomatologia	1	SCL-90	Terminado
R.M., 61 anos (Feminino)	Avaliação de sintomatologia	1	BSI	Terminado
E.F., 46 anos (Feminino)	Avaliação de sintomatologia	1	BSI	Terminado
J.R., 49 anos (Masculino)	Avaliação multiusos	2	MMPI; WAIS-III	Terminado
M.A., 24 anos (Masculino)	Avaliação multiusos	2	MMPI; WAIS-III	Terminado

M.M., 69 anos (Feminino)	Deterioração cognitiva	2	MOCA; ACE-R; BSI	Terminado
M.M., 61 anos (Feminino)	Deterioração cognitiva	1	MOCA; IADL	Terminado
M.M., 70 anos (Feminino)	Deterioração cognitiva	1	MOCA	Terminado
J.G., 77 anos (Masculino)	Avaliação Neuropsicológica para junta multiusos	1	MOCA; FBI; IADL	Terminado
A.V., 77 anos (Feminino)	Deterioração cognitiva	1	MOCA	Terminado
M.G., 69 anos (Feminino)	Deterioração cognitiva	1	MOCA	Terminado
M.G., 68 anos (Feminino)	Deterioração cognitiva	1	MOCA	Terminado
R.M., 70 anos (Feminino)	Deterioração cognitiva	1	MOCA	Terminado
A.S., 33 anos (Feminino)	Avaliação multiusos	3	MMPI; WAIS-III	Terminado
M.R., 51 anos (Feminino)	Avaliação de psicopatologia, QI e psicopatologia	5	WAIS-III; MMPI; BSI	Terminado
G.M., 53 anos (Feminino)	Avaliação QI	2	WAIS-III	Terminado
P.F., 50 anos (Feminino)	Avaliação multiusos	2	ACER; BSI	Terminado
J.R., 70 anos (Masculino)	Avaliação de deterioração cognitiva	2	ACER; SCL-90	Terminado
A.B., 59 anos (Feminino)	Avaliação multiusos	4	MMPI; SCID; MOCA	Terminado

M.T., 73 anos (Feminino)	Avaliação de deterioração cognitiva	3	MOCA; IADL; DRS-2	Terminado
I.F., 61 anos (Feminino)	Avaliação de sintomatologia	2	BSI	Terminado
J.S., 61 anos (Masculino)	Deterioração cognitiva	1	ACER	Terminado
M.D., 72 anos (Feminino)	Avaliação de deterioração	2	ACER; BSI	Terminado
J.S., 67 anos (Masculino)	Queixas mnésicas	2	MOCA; WMS-III	Terminado
E.B., 64 anos (Feminino)	Deterioração cognitiva	1	Moca; IADL	Terminado
C.M., 53 anos (Feminino)	Atestado multiusos	2	WAIS	Terminado
M.O., 51 anos (Feminino)	Avaliação do Q. I	2	WAIS	Terminado
M.M., 53 anos (Feminino)	Avaliação do Q. I	2	WAIS	Terminado
A.S., 47 anos (Feminino)	Atestado multiusos	1	Entrevista Psicológica	Já tinha realizado avaliação
S.S., 37 anos (Feminino)	Suspeita de debilidade intelectual	2	WAIS	Terminado
J.C., 63 anos (Masculino)	Perda mnésica recente e perda de iniciativa. Faço estudo para possível demência.	2	WMS; MOCA	Terminado
M.S., 59 anos (Feminino)	Junta multiusos	2	ACER; BSI	Terminado
A.D., 75 anos (Masculino)	Avaliação Neuropsicológica após	2	ACER; MOCA; IADL.	Terminado

	um ano. Suspeita de Síndrome Demencial.			
J.N., 70 anos (Masculino)	Avaliação Psicológica por suspeita de déficit cognitivo.	2	MOCA, IADL.	Terminado
C.S., 84 anos (Masculino)	Avaliação de possível processo neurodegenerativo e frontalização.	2	MOCA, IADL, INECO	Terminado
A.A., 68 anos (Masculino)	Junta multiusos	2	MOCA, IADL	Terminado
G.S., 18 anos (Masculino)	Personalidade	2	MMPI e Questionário de Esquemas de Young	Terminado
A.S., 25 anos (Feminino)	Personalidade	1	MMPI	Terminado
J.F., 60 anos (Masculino)	Junta multiusos	1	MOCA	Terminado
M.B., 44 anos (Feminino)	Debilidade cognitiva	2	WAIS	Terminado
M.S., 51 anos (Feminino)	Défice cognitivo	2	WAIS	Terminado
C.G., 49 anos (Feminino)	Junta multiusos	1	ACER, BSI	Terminado

2.8. Avaliação Psicológica em crianças

Apesar da minha experiência de estágio ser focada na intervenção em adultos, tive a oportunidade de observar avaliações psicológicas em crianças. Observei a administração e cotação da Escala de Inteligência de Wechsler para crianças- WISC-III, e a Escala de Desenvolvimento Mental de Ruth Griffiths, para crianças entre os 3 anos e os 10 anos de idade. Esta escala avalia as competências de desenvolvimento ao longo da infância, pelo meio de observação direta do comportamento da criança, e/ou através da informação fornecida pelos pais.

Em fevereiro de 2023, foi-me proposto colaborar com o serviço de Pediatria, na consulta externa, que é composto por uma psicóloga. Em todas as avaliações realizadas, existiu um pedido por parte do pediatra, por norma específica as provas que pretende que sejam administradas, o que torna a nossa escolha menos flexível, na minha opinião é desconsiderar o papel do psicólogo, uma vez que têm competências para determinar quais os instrumentos mais adequados para a avaliação. A primeira consulta é realizada com a criança/adolescente na presença ou não dos pais, dependendo da vontade manifestada. Contudo, de uma forma geral, gostavam que os pais estivessem presentes. A primeira consulta, tem como principal objetivo o estabelecimento de uma relação terapêutica com a criança ou adolescente. Esta sessão é orientada para o motivo do pedido de consulta, é realizada uma entrevista psicológica que visa explorar as várias áreas do desenvolvimento e do funcionamento atual da criança. Para além disso, é explicado o processo de avaliação psicológico. No final da sessão, era registado no Selinico, a informação recolhida e a observação do comportamento da criança em consulta. Depois de administrados os instrumentos é realizada a cotação e interpretação dos resultados obtidos. Procede-se à elaboração do relatório, que é anexado no processo clínico da criança (Anexo D1). Por fim, era realizada uma consulta de devolução dos resultados e entrega de material informativo em papel e uma agenda (Anexo D2) de forma a promover estratégias adaptativas face ao diagnóstico de Défice de Atenção e Hiperatividade, uma vez que era comum à maioria das crianças. No total, foram terminados 24 casos, sendo descrito na tabela 3 todos os casos iniciados.

Os testes mais utilizados foram os de inteligência, de forma a avaliar as suas capacidades cognitivas e o potencial de aprendizagem. Estes instrumentos permitem identificar possíveis dificuldades de aprendizagem e de desenvolvimento, levando ao planeamento de intervenções adequadas. Estas provas são consideradas um “*gold standard*” para a avaliação da inteligência (Benson et al., 2019).

Escala de Inteligência de Wechsler para crianças- Terceira Edição (WISC-III), destina-se a crianças e adolescentes com idades compreendidas entre os 6 anos e os 16 anos e 11 meses. Avalia o desempenho da criança em três resultados compósitos, identificados como Q.I verbal, Q.I de Realização e Escala Completa (Q.I Global). A análise e interpretação dos resultados irão permitir determinar a qualidade do desempenho da criança relativamente a um conjunto de aptidões intelectuais (Wechsler, 2003).

Escala de Inteligência de Wechsler para a idade pré-escolar e primária-Edição Revista (WPPSI), para crianças em idade pré-escolar, dos 4 anos aos 6 anos e 6 meses. Avalia o desempenho da criança em três resultados compósitos, identificados como Q.I verbal, Q.I de Realização e Escala Completa (Q.I Global) (Wechsler, 2003).

Matrizes Progressivas Coloridas de Raven, este teste consiste numa avaliação não-verbal, uma vez que avalia o raciocínio não verbal e a inteligência fluida. Destina-se a crianças com idades compreendidas entre os 5 anos e os 12 anos. Os itens são constituídos por uma matriz de figuras geométricas abstratas, estando alguns a preto e branco, é constituído por 36 itens, divididos em 3 séries de 12 (Raven, 2008).

Escala de **Conners**, avalia os problemas de comportamento, obtendo respostas dos professores, pais e crianças. São compostas por várias subescalas que foram empiricamente derivadas para avaliar um largo espectro de problemas de comportamento, tais como problemas comportamentais, problemas cognitivos, ansiedade e problemas sociais.

Esta foi uma experiência incrível, trabalhar com crianças é completamente diferente de trabalhar com adultos, apesar do interesse que tenho, sinto que não estou preparada para intervir nesta faixa etária. Exigiu uma maior flexibilidade, uma vez que algumas crianças tinham um perfil inibido ou até mutismo seletivo, enquanto outras, evidenciavam agitação psicomotora. Esta foi uma experiência desafiante, exigiu um maior investimento e dedicação, houve sem dúvida um crescimento a nível profissional.

Tabela 3.

Casos de avaliação psicológica em crianças

Identificação	Motivo de avaliação	Nº sessões	Instrumentos	Desfecho
V.B., 7 anos (Masculino)	“Alteração do comportamento com hiperatividade, peço avaliação cognitiva através da WISC-III”	2	Entrevista Psicológica; WISC-III; CONNERS	Desistência
R.M.,12 anos (Masculino)	“Menino com hiperatividade sem	2	Entrevista Psicológica;	Terminado

	avaliação cognitiva formal”		WISC-III; CONNERS	
E.M., 7 anos (Feminino)	“PHDA, peço avaliação cognitiva”	3	Entrevista Psicológica; WISC-III; CONNERS	Terminado
L.S., 8 anos (Feminino)	“Dificuldades de aprendizagem e de atenção- Avaliação cognitiva”	3	Entrevista Psicológica; WISC-III	Terminado
S.P., 7 anos (Masculino)	“Dificuldades ao nível da linguagem e na coordenação mão-olho. Peço avaliação cognitiva”.	3	Entrevista Psicológica; WISC-III	Terminado
D.M., 6 anos (Masculino)	“Menino com Epilepsia e atraso global do desenvolvimento. Peço avaliação cognitiva através da WISC-III”.	2	Entrevista Psicológica; WISC-III	Terminado
M.I., 6 anos (Feminino)	“Avaliação psicológica através da WISC-III”.	3	Entrevista Psicológica; WISC-III	Terminado
A.F., 8 anos (Feminino)	“Avaliação psicológica através da WISC-III”.	1	Entrevista Psicológica	Alta- sem critérios
C.F., 8 anos (Feminino)	“Avaliação psicológica através da WISC-III”.	1	Entrevista Psicológica	Alta- sem critérios
D.T., 7 anos (Masculino)	“Menino com PHDA, PDI. Peço avaliação cognitiva”.	3	Entrevista Psicológica; WISC-III	Terminado
M.C., 6 anos (Feminino)	“Peço avaliação QDG”.	3	Entrevista Psicológica; WISC-III	Terminado
M.C., 9 anos (Feminino)	“Peço avaliação cognitiva”	3	Entrevista Psicológica; WISC-III	Terminado
A.R., 7 anos (Masculino)	“PDI”	3	Entrevista Psicológica; WISC-III	Terminado
I.G., 11 anos (Feminino)	“PHDA Agradeço a vossa colaboração WISC-III”	3	Entrevista Psicológica; WISC-III	Terminado

J.C., 8 anos (Masculino)	“Peço avaliação cognitiva”	2	Entrevista Psicológica; WISC-III	Desistência
R.P., 10 anos (Masculino)	“Peço avaliação cognitiva”	1	Entrevista Psicológica;	Alta- Sem critérios
L.C., 7 anos (Masculino)	“Peço avaliação cognitiva”	1	Entrevista Psicológica;	Alta- Sem critérios
A.S., 11 anos (Feminino)	“Dificuldades de aprendizagem, peço avaliação formal”.	3	Entrevista Psicológica; WISC-III	Terminado
B.C., 13 anos (Feminino)	“Perturbação comunicação; Perturbação aprendizagem generalizada Peço colaboração para avaliação WISC-III”.	3	Entrevista Psicológica; WISC-III	Terminado
G.J., 13 anos (Masculino)	“Peço avaliação cognitiva”	1	Entrevista Psicológica;	Desistência
M.V., 6 anos (Feminino)	“Peço avaliação cognitiva”	3	Entrevista Psicológica; WISC-III	Desistência
A.B., 7 anos (Masculino)	“Perturbação comunicação. Agradeço colaboração para avaliação formal desenvolvimento (WISC-III)”.	3	Entrevista Psicológica; WISC-III	Terminado
A.R., 8 anos (Feminino)	“Peço avaliação cognitiva formal”	3	Entrevista Psicológica; WISC-III	Terminado
S.B., 7 anos (Masculino)	“Criança com atraso cognitivo ainda sem avaliação formal WISC-III”.	3	Entrevista Psicológica; WISC-III	Terminado
R.M., 5 anos (Masculino)	“Perturbação do desenvolvimento intelectual - avaliação psicológica”	3	Entrevista Psicológica; WPPSI.	Terminado
L.P., 6 anos (Masculino)	“PHDA. Dificuldades de aprendizagem- Teste da WISC-III”.	3	Entrevista Psicológica; WISC-III	Terminado

D.M., 9 anos (Masculino)	“Perturbação da Linguagem, PHDA. Peço avaliação cognitiva formal”		Entrevista Psicológica; WISC-III	Terminado
L.S., 6 anos (Masculino)	“Dificuldades de aprendizagem, peço avaliação formal”	3	Entrevista Psicológica; WISC-III	Terminado
S.S., 6 anos (Feminino)	“Dificuldades de aprendizagem, peço avaliação formal”	3	Entrevista Psicológica; WISC-III	Terminado
A.C., 5anos (Masculino)	“Avaliação cognitiva”	3	Entrevista Psicológica; Matrizes progressivas de Raven	Terminado
D.V., 7 anos (Masculino)	“Avaliação cognitiva”	2	Entrevista Psicológica; WISC-III	Terminado
V.P., 6 anos (Feminino)	“Avaliação cognitiva”	3	Entrevista Psicológica; WISC-III	Terminado

2.9. Consultas de Psicologia

As atividades mais recorrentes e transversais, desenvolvidas ao longo do estágio, foram a observação e a entrevista clínica. A entrevista clínica é considerada um dos elementos fundamentais nos processos de avaliação e intervenção psicológica. O psicólogo, ouve de forma ativa e empática, assim, procura obter informações contextualizadas sobre o paciente e a sua história de vida. Para além da informação obtida verbalmente, através da observação do comportamento em consulta, é recolhida informação não-verbal. As consultas de psicologia ajudam os pacientes a lidarem com problemas específicos, como ansiedade, depressão, fobias, perturbações alimentares e entre outros.

A intervenção mais utilizada, foi a Terapia Cognitiva Comportamental (TCC), por existirem evidências da sua eficácia, verificando-se uma diminuição dos sintomas associados à patologia (Reyes & Fermann, 2017). Para além disso, é uma intervenção

bastante utilizada no contexto hospitalar, essencialmente por ser breve, focada no problema atual. A TCC, destaca a interação de processos cognitivos, afetivos e comportamentais no funcionamento psicológico do paciente. Defende que as emoções e comportamentos dependem da perceção e interpretação que as pessoas fazem do evento (Beck, 1976). Esta intervenção baseia-se na resolução de problemas e flexibilidade, através de técnicas como a reestruturação cognitiva, psicoeducação e relaxamento muscular, de forma que haja alterações no comportamento do paciente (Handwerk & Manack, 2020).

Relativamente às consultas de psicologia, ao longo do estágio passei por duas fases. **A primeira fase**, decorreu ao longo do primeiro trimestre do estágio. Consistiu na observação passiva das consultas da psicóloga orientadora de estágio, em que o objetivo era a promoção do conhecimento e a adaptação à prática clínica. Antes de iniciar as consultas, era realizado um enquadramento sobre o caso, pela orientadora, para que eu estivesse informada sobre a problemática do paciente. No início de cada consulta, era pedido ao paciente, permissão para que eu pudesse assistir. Tive a possibilidade de contactar com várias perturbações, destacando-se a depressão, ansiedade, processos de luto, perda gestacional, depressão pós-parto. No final de cada consulta, era feita uma reflexão com a orientadora de estágio, assim como o esclarecimento de eventuais dúvidas. Esta fase permitiu observar a abordagem utilizada pela psicóloga orientadora, as questões que fazia, os pressupostos teóricos usados e a forma como adequava o seu discurso e abordagem mediante o paciente e o seu progresso. Sendo este um processo de aprendizagem contínuo, a observação decorreu ao longo de todo o estágio. **A segunda fase**, iniciou-se no segundo trimestre do estágio, em que comecei a ser autónoma. Foram-me atribuídos casos clínicos, em que passei a preparar e realizar as intervenções.

A primeira sessão era orientada para o motivo do pedido de consulta, ou seja, para as principais queixas e problemas do paciente. É neste momento, que se começa a criar a relação terapêutica. Nas sessões subsequentes, dava-se início à recolha da anamnese e a intervenção ia sendo ajustada às necessidades dos pacientes e às suas problemáticas. Após o término de cada sessão, redigia um diário clínico, que consiste num resumo claro e coerente do que foi abordado na sessão, assim como o exame mental do paciente, para que a equipa multidisciplinar pudesse ter acesso a essa informação. Contudo, os registos

foram realizados com base na informação relevante, com vista ao melhor interesse do paciente.

Uma componente muito importante é o setting, sendo considerado um conjunto de variáveis que foram fixadas e que influenciam todo o processo (Leal, 2010). O setting no contexto hospitalar não é o mais adequado, contudo, apesar de ser um gabinete médico, era desprovido de objetos pessoais e materiais médicos. Tentei que o gabinete fosse sempre o mesmo, mantendo sempre a porta fechada, de forma a garantir privacidade e confidencialidade. As consultas eram agendadas sempre no mesmo dia da semana, com a mesma duração. Mantive uma postura aberta ao longo da consulta, mantendo o contacto ocular e evitando o uso do computador ou de anotações.

Esta fase, consiste num dos principais objetivos do estágio curricular. Todo o processo até chegar à autonomia foi fundamental, principalmente ao nível de insight para aquilo que deverá ser uma boa prática profissional. O que só foi possível devido ao conhecimento que adquiri através da observação, orientação e supervisão. Durante este período, foram realizados 19 acompanhamentos psicológicos individuais, totalizando 80 consultas, como é descrito na Tabela 4.

Tabela 4

Casos de acompanhamento psicológico individual

Identificação	Motivo da Consulta	Nº consultas	Abordagem terapêutica	Situação do caso
E.R., 33 anos (Feminino)	Lutos prévios. Instabilidade emocional. Sem critérios para Cirurgia da Obesidade.	13	Ver apresentação do caso clínico	Continuo o acompanhamento em regime voluntário
S.N., 31 anos (Feminino)	Puérpera, dificuldades de adaptação	3	Treino Parental.	Alta por faltas

R.S., 47 anos (Feminino)	Perturbação Depressiva Maior.	11	Psicoeducação sobre o luto e a depressão; Abordagem TCC, reestruturação cognitiva, comunicação assertiva, estratégias de coping, treino de respiração diafragmática, treino de relaxamento muscular de Jacobson.	Continuei o acompanhamento em regime voluntário
M.L., 42 anos (Feminino)	Complicações durante o parto.	5	Abordagem TCC, reestruturação cognitiva, comunicação assertiva, estratégias de coping.	Alta por faltas
L.F., 54 anos (Feminino)	Perturbação Depressiva Maior.	5	Abordagem TCC, reestruturação cognitiva, estratégias de coping, autoestima.	Continuei o acompanhamento em regime voluntário
P.M., 33 anos (Feminino)	Abortos de repetição, ansiedade.	3	Abordagem TCC, treino de respiração diafragmática, treino de relaxamento muscular de Jacobson.	Encaminhamento para grupo de relaxamento das grávidas
C.C., 19 anos (Feminino)	Depressão e ansiedade	10	Abordagem TCC, reestruturação cognitiva, comunicação assertiva, estratégias de coping, treino de respiração diafragmática, autoestima.	Continuei o acompanhamento em regime voluntário
V.S., 37 anos (Feminino)	Depressão	2	Psicoeducação, autoestima.	Alta por faltas

Z.C., 44 anos (Feminino)	Dor crónica, dificuldades na gestão da dor.	3	Psicoterapia de apoio.	Alta
F.M., 58 anos (Feminino)	Dificuldades em gerir as limitações funcionais.	1	Psicoterapia de apoio	Encaminhamento para grupo de Relaxamento da Dor Crónica
C.S., 30 anos (Feminino)	Grávida. Dificuldades em gerir a ansiedade.	3	Abordagem TCC, treino de respiração diafragmática, treino de relaxamento muscular de Jacobson.	Alta por faltas
E.B., 54 anos (Feminino)	Perturbação Depressiva Maior.	4	Psicoterapia de apoio	Continuei o acompanhamento em regime voluntário
C.M.,25 anos (Feminino)	Sobrecarga emocional, cuidadora da mãe.	6	Psicoterapia de apoio	Continuei o acompanhamento em regime voluntário
G.R.,28 anos (Feminino)	Interrupção médica da gravidez, por megabexiga.	3	Psicoterapia de apoio	Continuei o acompanhamento em regime voluntário
S.A., 54 anos (Feminino)	Fibromialgia, não aceita o diagnóstico.	2	Abordagem TCC, reestruturação cognitiva treino de respiração diafragmática, treino de relaxamento muscular de Jacobson	Continuei o acompanhamento em regime voluntário
L.C., 33 anos (Feminino)	Depressão, fibromialgia	2	Psicoterapia de apoio	Continuei o acompanhamento em regime voluntário
M.B.,54 anos (Feminino)	Depressão, ideação suicida	3	Psicoterapia de apoio	Continuei o acompanhamento em regime voluntário

M.L., 28 anos (Feminino)	Grávida, ansiedade com tradução somática.	1	Recolha da anamnese.	Alta, recusou o acompanhamento
T.M., 32 anos (Feminino)	Abortamento tardio	1	Recolha da anamnese.	Alta por acompanhamento psicológico em simultâneo

3. Outras atividades desenvolvidas durante o estágio

3.1 Formações desenvolvidas pelo CH

Ao longo do período de estágio, participei em algumas formações/ palestras, que foram realizadas pelo local estágio (Anexo E).

Tive a oportunidade de assistir à palestra “A criança com necessidades especiais”, que abordou o suporte à criança e à família de um ponto de vista multidisciplinar, ao nível da saúde, social, legal e psicológico.

“Dia Mundial da Saúde Mental Materna”, sendo abordado as perturbações psiquiátricas na gravidez e pós-parto, o rastreio e intervenção, fatores de risco da saúde mental perinatal e os desafios na estrutura familiar.

“Dia Nacional da Luta Contra a Obesidade – A problemática da Obesidade”, a equipa do Tratamento Cirúrgico da Obesidade, abordou a prevenção e tratamento da obesidade, sendo descrito o papel do Nutricionista, Endocrinologista, Psiquiatra, Psicólogo e do Cirurgião.

3.2. Atividades desenvolvidas pela USML

No dia 10 outubro, colaborei juntamente com a USML, numa ação de sensibilização sobre a perda perinatal, através da distribuição de *Flyers* e laços.

Assisti a um grupo de preparação para o parto, dinamizado pela Orientadora de estágio, em que aborda a saúde mental no pós-parto, amamentação e vinculação.

Fiz parte da comissão organizadora das jornadas do Dia Mundial da Saúde Mental Materna, que se realizaram no dia 3 de maio.

Elaboração de um manual de boas práticas nas perdas perinatais (Anexo F).

Capítulo III

Apresentação do caso clínico ER

Identificação:

ER, é uma paciente do sexo feminino de 33 anos de idade, tem o 9º ano de escolaridade e trabalha como costureira numa confeção. É casada, reside com o marido e os sogros.

Motivo da consulta:

ER veio à consulta de Psicologia encaminhada pela Psiquiatra Assistente da equipa de Tratamento Cirúrgico da Obesidade (TCO). O pedido referia-se à instabilidade emocional e comportamental apresentadas pela paciente, esperando-se um padrão de ingestão alimentar emocional, sendo necessário a estabilização emocional para a realização da eventual Cirurgia bariátrica, para que não haja comprometimento dos resultados expectáveis da TCO.

Quando questionada sobre o problema atual, a paciente refere que está há 2 anos à espera de conseguir fazer uma cirurgia devido ao excesso de peso. Para realizar a cirurgia, implica uma avaliação psicológica e psiquiátrica prévia. ER aponta como principal motivação para o tratamento cirúrgico o aumento da fertilidade. Refere aborto espontâneo em 2018, não estando este luto elaborado e integrado. Aborda ainda a perda do avô em 2015, figura muito significativa para a paciente. O avô faleceu no hospital, impossibilitando a sua despedida. Relata um aumento da ansiedade, irritabilidade, anedonia e avolia.

Observação clínica:

A paciente veio às consultas sozinha, tendo sido assídua e pontual em todas as sessões. ER apresentou-se orientada no tempo, no espaço e na pessoa, com um aspeto geral cuidado, vestuário casual, aparentando ter uma idade coincidente com a real. Discurso coerente, fluente e espontâneo, mas com conteúdo pobre, o que dificultou a recolha de história de vida, para além disso, nas sessões da recolha da anamnese, ER trazia sempre assuntos emergentes para a consulta o que levava a que não fosse possível continuar com a recolha, dedicando parte da consulta a esses temas, maioritariamente relacionados com o contexto profissional. Esta atitude por parte da paciente, poderá ser interpretado como um mecanismo de defesa, de forma a evitar a abordagem à sua história de vida. Apresentou uma postura colaborante e contacto ocular adequado. A nível do humor, este foi estabilizando progressivamente ao longo do processo terapêutico. No início do acompanhamento apresentava um humor depressivo e lábil, ao longo das sessões foi possível observar uma evolução favorável a nível emocional, apresentando um humor eufórico. Após a aprovação por parte da equipa da TCO para a realização da cirurgia, a paciente passou a evidenciar humor com tonalidade ansiosa.

História clínica:

Acompanhada na consulta de pedopsiquiatria e psicologia entre 2005 e 2007 por sintomatologia depressiva. Iniciou o acompanhamento em Psicologia e Psiquiatria em 2021 no âmbito da TCO, devido à instabilidade emocional. Quanto à terapêutica farmacológica, atualmente está medicada com Fluoxetina 20mg, Topiramato 25mg e Trazodona 150mg.

História do problema

ER apresenta como principal problemática a instabilidade emocional e comportamental, que se traduz em fome emocional e comportamentos de *binge eating*.

Experienciou em 2018 um aborto espontâneo, desde então ainda não conseguiu engravidar. A paciente já recorreu a uma consulta de fertilidade, mas devido à obesidade não pode iniciar os tratamentos.

Segundo a paciente, sempre teve o sonho de ser mãe “fiquei tão feliz quando descobri que estava grávida, já estava a imaginar o bebé e como tudo ia ser” (sic). Esta perda teve um grande impacto na sua vida, principalmente por ser um luto negligenciado e incompreendido por aqueles que estão à volta. ER afirma ter sido muito doloroso e um grande sofrimento “o que mais me custou foi a minha sogra dizer que nós somos uns capões e que nem ter filhos conseguimos” (sic). Após a perda, continuou a tentar engravidar “todos os meses quando vejo a menstruação é a prova que mais uma vez não consegui engravidar” (sic).

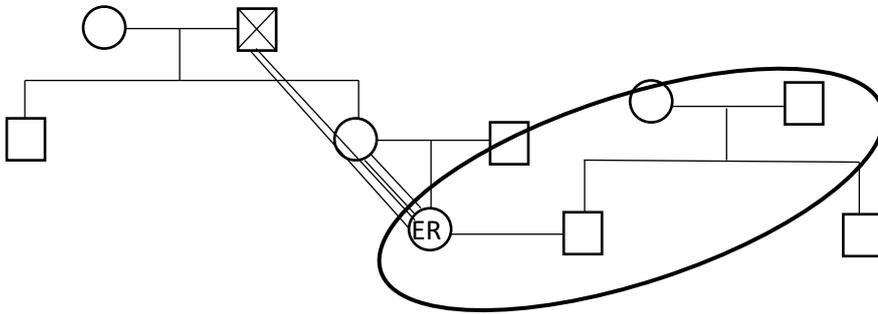
A paciente recorre à cirurgia bariátrica, com a expectativa de aumentar a fertilidade. Contudo, a elevada sintomatologia ansiosa e depressiva levou a que não fosse aceite de imediato para a eventual cirurgia, sendo um dos critérios de exclusão a existência de psicopatologia. Esta recusa do pedido de TCO, levou ao agravamento da sintomatologia “eu já não estava muito bem, mas agora tenho andado mesmo mal, estou há 2 anos para conseguir fazer a cirurgia, tenho medo que nunca chegue a acontecer” (sic).

ER reconhece o local de trabalho como um importante fator de stress e mal-estar “estão sempre a discutir, pressionar e desvalorizar o trabalho das pessoas, estou cada vez mais cansada” (sic). Descreve que nos momentos em que se sente mais ansiosa ou deprimida faz uma ingestão alimentar de forma compulsiva e envolve-se em compras supérfluas, numa forma de preencher o vazio que sente.

A paciente apresenta uma baixa autoestima, insegurança e sentimentos de inutilidade, que segundo esta, a acompanhou ao longo da sua vida.

Realça ainda a relação conflituosa que mantém com o seu pai “eu nunca tive um pai, quem me dera que ele tivesse morrido em vez do meu avô” (sic), manifesta preocupação constante com a sua mãe “o meu pai agredia a minha mãe, eu sempre vi isso e sei que continua a acontecer, tenho medo de que a minha mãe não esteja bem e não me peça ajuda” (sic).

Genograma



Legenda do Genograma

○ Indivíduo do género feminino

□ Indivíduo do género masculino

○ Co-habitantes

⊠ Indivíduo género masculino falecido

== Relação próxima

História pessoal:

Quando a paciente nasceu, a sua mãe era adolescente, tinha 15 anos, não foi uma gravidez planeada nem desejada. A gravidez decorreu sem intercorrências, no entanto, no parto, a mãe de ER sofreu uma hemorragia muito significativa, necessitando receber transfusões de sangue.

Segundo ER, foi um momento de grande exigência para os seus pais, uma vez que não tiveram o apoio dos seus avós paternos. Refere que foi rejeitada pelos seus avós paternos. Por outro lado, os seus avós maternos, são percebidos como figuras de apoio e suporte, apesar da desilusão e zanga inicial quando confrontados com a gravidez. A paciente e os seus pais ficaram a viver em casa dos seus avós maternos.

Até aos cinco anos, esteve ao cuidado da sua avó materna, que desempenha um papel maternal. Segundo a paciente, atingiu os marcos desenvolvimentais de acordo com o esperado.

Frequentou o jardim de infância durante um ano, refere que não teve dificuldades de separação e adaptou-se facilmente. Contudo, tinha muitas dificuldades na interação com o grupo de pares. Descreve-se como uma criança tímida, no entanto, associa a dificuldade em fazer amigos ao excesso de peso, que já se verificava desde muito cedo. Entrou para o ensino primário com 7 anos. Apesar de ter havido uma boa adaptação à escola, a paciente afirma que tinha muitas dificuldades de aprendizagem e principalmente ao nível da concentração, “eu ficava bloqueada muitas vezes, não conseguia fazer os exercícios, trocava tudo” (sic). Os colegas começaram a humilhar a E.R com comentários sobre as suas dificuldades cognitivas, o que coincidiu com a altura em que se tornou mais evidente o *body shaming*. Descreve a professora como insensível, uma vez que gritava quando E.R errava os exercícios e não colocava fim aos comentários maldosos dos colegas.

Aos 12 anos, foi diagnosticada com Epilepsia, o que explicava de alguma forma a sua falta de concentração e bloqueios. Refere que esse período foi marcado por tristeza e falta de confiança, tinha a crença que iria continuar a tirar más notas e eventualmente reprovar de ano, o que levou a um aumento da ansiedade.

Quando ingressou no ensino básico, começou a sofrer agressões físicas graves e frequentes, refere que tinha medo de estar sozinha em locais com poucas pessoas. A percepção de exclusão e discriminação por parte do grupo de pares, desencadeou o início dos sintomas depressivos. Relata que um dos momentos mais difíceis era quando os colegas humilhavam a sua família, principalmente a sua avó, que também tinha excesso de peso “eles diziam coisas horríveis sobre a minha avó e eu não podia dizer nada porque se o fizesse ainda era pior” (sic). Manifesta revolta com a professora “ela ouvia e assistia a tudo o que eles me faziam e nunca foi capaz de me ajudar, ela não fez nada” (sic).

Apesar de não ter ideação suicida estruturada, afirma que nessa altura queria morrer, que não valia a pena continuar numa vida de sofrimento, questionava muitas vezes a sua mãe porque é que tinha nascido. ER afirma que sempre conseguiu falar sobre tudo o que lhe acontecia na escola com a sua mãe e a avó.

Reprovou de ano quando estava no 6º ano e no 9º ano, refere que foi um momento de elevada tristeza, que veio reforçar a falta de confiança e autoestima. Para além disso, houve um aumento significativo da ansiedade, uma vez que implicava a adaptação a uma nova turma, que reconhece como sendo muito difícil.

Teve a menarca aos 11 anos, segundo esta, estava preparada, uma vez que tinha uma relação de proximidade com a mãe, já tinham conversado sobre a menstruação e inclusive sobre as alterações corporais.

Começou a namorar aos 16 anos, altura em que iniciou a sua vida sexual. O seu namorado era mais velho e já trabalhava. Relação percebida como relação de apoio e suporte. Segundo a paciente, o seu namorado sempre a aceitou e valorizou “ele nunca fez comentários sobre o meu corpo ou sobre o peso, ele dizia sempre que eu estava bem e que gostava de mim assim, ele contribuiu para que começasse a aceitar aquilo que eu era” (sic). A paciente engravidou com 17 anos, ficou muito assustada, apenas contou ao seu namorado, que tinha 22 anos e aos seus pais. Refere que sempre teve o sonho de ser mãe e que queria prosseguir com a gravidez, no entanto, apenas teve o apoio da sua mãe. Acabou por fazer uma interrupção voluntária da gravidez (IVG) “nunca vou perdoar o meu pai por me obrigar a fazer o aborto” (sic). ER, refere ter ficado muito deprimida, principalmente porque nunca mais se falou sobre a IVG “eu sentia necessidade de falar sobre isso, nem sequer tinha uma amiga com quem desabafar” (sic), esse momento foi marcado por uma instabilidade emocional e questionamento constante, mas de uma forma isolada e solitária “porque é que o meu namorado não quis ter um filho comigo?” (sic) “quando a minha mãe engravidou ainda era mais nova do que eu, será que o meu pai também queria que a minha mãe abortasse” (sic).

A paciente, quando terminou a escola, com 17 anos, não tinha qualquer expectativa sobre o seu futuro, apenas queria trabalhar. Começou a trabalhar num restaurante, para além de não lhe pagarem o que tinham acordado, afirma que era assediada sexualmente pelo patrão “ele apalpou-me o peito e tirou notas do bolso, disse que me dava o dinheiro se eu deixasse ele fazer outras coisas” (sic). Contou o sucedido à família, que a apoiou. Relata que durante algum tempo sentia muito medo de se cruzar com o homem e ao mesmo tempo tinha nojo do seu corpo “foi uma fase difícil para a minha relação, não conseguia estar próxima do meu namorado, não deixava que ele me tocasse, durante algum tempo não tivemos relações sexuais. Ele apoiou-me e ajudou-me

muito” (sic). Esteve algum tempo sem conseguir um trabalho, mas acabou por ir trabalhar como costureira, para a mesma empresa da mãe, onde já trabalha há 10 anos. Refere que apesar de gostar da função que está a desempenhar, sente uma enorme pressão por parte das chefias, “estão constantemente a gritar e exigir mais produção” (sic). Refere que apesar de conseguir cumprir com a produção exigida sente-se muito desvalorizada. A relação com as colegas não é a melhor, segundo ER está sempre pronta para ajudar os outros, mas quando precisa ninguém a ajuda. Descreve que ao domingo à tarde começa a sentir-se muito ansiosa e com uma sensação de mal-estar generalizado, por pensar que tem de ir trabalhar na segunda-feira e enfrentar mais uma semana “estou tão cansada de estar lá, não me importo de trabalhar no que quer que seja, só quero sair de lá” (sic). Refere que está à procura de emprego, apesar de não sentir o apoio de ninguém “o que me dizem é que estou efetiva e que não falham com o pagamento e que posso ir para um sítio muito pior” (sic).

ER casou com o seu primeiro e único namorado e ficaram a viver na casa dos seus avós, onde também moravam os seus pais. Segundo a paciente, tinham alguma independência. Refere que desde cedo assistiu a muita violência, o seu pai agredia a sua mãe e o avô agredia a sua avó. Salienta que o que mais queria era que a sua relação fosse diferente. Segundo a paciente tem uma boa relação com o seu marido, “ele é uma pessoa muito calma, damo-nos muito bem, eu faço tudo por ele” (sic). Afirma que ambos são muito teimosos e ciumentos e por vezes há algumas discussões “como não tenho muita autoestima acabo por ter mais ciúmes” (sic). Como casal, tinham o sonho de serem pais, assim, passados 11 meses do casamento ER descobriu que estava grávida, “estávamos muito felizes, era um bebé planeado e muito desejado” (sic). Aos 28 anos, teve um aborto espontâneo com 9 semanas e 4 dias. Descreve esse momento como tendo sido dos mais difíceis da sua vida, vivenciado com enorme sofrimento, frustração e angústia. Sentiu que a sua perda foi desvalorizada e negligenciada pelos seus sogros, no entanto, salienta o apoio da sua avó e da sua mãe. Afirma que o marido também estava em sofrimento “eu sei que ele também não estava bem, mas ele tenta não demonstrar, ele é uma pessoa calma e de poucas falas. Ele apoiou-me à maneira dele, mas eu precisava de falar sobre o que aconteceu, mas toda a gente dizia para eu esquecer e seguir em frente” (sic).

Atualmente, a paciente refere que sente uma enorme culpa por ter feito a interrupção voluntária da gravidez, tendo a crença que é um castigo “eu estava grávida e

abortei, passado 11 anos, quando realmente planei e desejei um bebé tive um aborto e agora não consigo engravidar, estou a ser castigada pelo que fiz” (sic). Afirma que se isolou e não falava com ninguém sobre o que aconteceu ou sobre o que estava a sentir. Continua a tentar engravidar, e mês após mês sente uma grande frustração por não conseguir. Tentaram iniciar os tratamentos de fertilidade, mas o excesso de peso é um critério de exclusão “disseram que por ser obesa não podem fazer os tratamentos e foi quando me falaram da cirurgia da obesidade, eu aceitei e eles fizeram o pedido” (sic).

Viveram em casa dos pais da paciente durante dois anos. Acabaram por sair porque segundo a paciente, o seu padrinho tinha acesso à sua casa e começaram a desaparecer objetos e dinheiro, o que levou a muitas discussões e mau ambiente, assim acabaram por mudar de casa. Foi viver para casa dos sogros. E. afirma que ao longo da sua vida sempre fez de tudo para agradar e ajudar os outros, sente que ninguém lhe dá valor e que exigem sempre mais dela. Quando foi viver para a casa dos seus sogros refere que começou a sentir-se muito sozinha. O seu marido é distribuidor de pão, o que faz com que não passem muito tempo juntos. Afirma que o seu marido só tem o domingo livre e como está cansado, fica em casa a dormir “sinto tanto a falta de passear, de sair, de conversar. Ao menos, quando estava em casa da minha mãe falava com ela e com a minha avó e não me sentia tão sozinha” (sic). Afirma que a relação com a sogra não é a melhor, descreve-a como inconveniente e má “está sempre a criticar tudo o que eu faço ou digo, ela controla tudo o que eu faço, sinto que não posso fazer, o problema é que ela ainda tentar colocar o meu marido contra mim” (sic). Afirma que um dos seus sonhos é ter a sua própria casa, atualmente não tem possibilidades.

Descreve a mãe como companheira, amiga, segundo esta, estão sempre juntas “a minha mãe é o maior apoio que tenho na vida” (sic). A sua mãe é costureira e trabalham juntas, refere que no trabalho como não tem muitas amigas, costumam estar juntas nos momentos de pausa. Refere que gosta muito mais da sua mãe do que do pai. O pai é marceneiro. A relação com o pai não é a melhor, “o meu pai é muito imaturo às vezes parece uma criança, ele é muito estranho” (sic). O momento que mais a marcou foi o acidente que o pai teve de mota quando tinha 9 anos, segundo a paciente o pai tentou suicidar-se, assim, ficou a sentir-se muito culpada “se eu tivesse ido com ele na mota isso não tinha acontecido” (sic). O que levou ao início do acompanhamento em psicologia, em 2005. Apesar de não ter uma relação próxima com o pai refere que se preocupa muito

com ele, segundo a paciente, o seu pai tem epilepsia e é acompanhado em psiquiatria há muitos anos. A relação entre os pais é marcada pela violência, “eles discutiram muito e o meu pai às vezes batia na minha mãe” (sic). A paciente refere que ficava muito assustada e que tentava defender a mãe. Quando a mãe se chateava com o pai ia dormir com a E.R “não sei porque é que eles ainda não se separaram, é impressionante como o meu pai consegue dar sempre a volta à minha mãe” (sic).

ER é filha única, mas gostava muito de ter tido um irmão, “eu pedia um irmão, mas não foi possível, teria sido muito bom ter alguém com quem pudesse partilhar a vida e com quem conversar” (sic).

Os avós maternos têm uma grande importância na sua vida, segundo ela são os seus pais. Refere que a avó é a sua confidente e um dos seus maiores apoios. Identifica o avô como tendo sido a pessoa mais importante da sua vida “tínhamos uma relação muito especial” (sic). Relata que o avô não tratava muito bem a sua avó, principalmente quando bebia álcool o que começou a acontecer com frequência, “eu ficava muito triste quando isso acontecia, mas continuei a adorar o meu avô” (sic). O avô, entrou num processo demencial e ER, era uma das cuidadoras “fiz tudo o que podia para o ajudar e apoiar, o meu primeiro ordenado foi para comprar uma cadeira de rodas e coisas para o meu avô ter um maior conforto” (sic). Afirma que no dia em que o avô faleceu não conseguiu ir ao hospital, o que levou a um sentimento de culpa por não se ter despedido dele com vida. Refere que o sítio onde se sente tranquila e leve é no cemitério “gosto muito de lá ir falar como ele” (sic).

A paciente foi encaminhada para um hospital para fazer o Tratamento Cirúrgico da Obesidade, iniciou o processo há dois anos, no entanto estava com dificuldades em conseguir a aprovação por parte da psicologia, que justificavam que a paciente estava psicopatologicamente instável e que tinha como principal motivação o aumento da fertilidade. Posto isto, iniciou acompanhamento individual de Psicologia, após o qual voltou a não ter aprovação pela Psicóloga da equipa da TCO, o que levou a que fizessem um novo pedido de acompanhamento individual. Segundo a paciente, este processo foi muito difícil e angustiante “estar sempre a levar um não é muito duro” (sic), o que levou ao aumento da ansiedade e desesperança.

Enquadramento Conceptual da Problemática Psicológica

ER foi encaminhada para o Serviço de Psicologia devido à instabilidade psicopatológica, sendo um critério de exclusão para eventual tratamento cirúrgico.

O tratamento cirúrgico é considerado a forma mais eficaz de controlar a obesidade a longo prazo. De acordo com a Sociedade Portuguesa de Cirurgia da Obesidade, existem vários tipos de cirurgia, a gastrobandoplastia, bypass gástrico e balão intragástrico. É necessária uma análise abrangente e multidisciplinar. A equipa é composta por um psiquiatra e um psicólogo, tendo como objetivo identificar pacientes que tenham patologia psiquiátrica major ou psicopatologia aguda, assim como perturbação do comportamento alimentar. Avaliam ainda a motivação e o comprometimento dos pacientes para a cirurgia e para as mudanças de hábitos inerentes à mesma (Carmo & Camolas, 2008).

A obesidade é um problema de saúde bastante complexo, que engloba aspetos fisiológicos, psicológicos, sociais e comportamentais, tendo um enorme impacto na vida da pessoa. A obesidade poderá estar associada a psicopatologia e a uma maior dificuldade nos relacionamentos interpessoais, alguns dos sintomas mais frequentes são ansiedade, depressão e compulsão alimentar (Leal & Baldin, 2007). ER apresenta um aumento da ingestão alimentar em situações de preocupação, ansiedade e de elevada exigência emocional. Segundo Bloc et al., (2019) são os fatores emocionais que impulsionam a compulsão alimentar. O que poderá ser enquadrado numa fixação na fase oral, em que inconscientemente, experimenta a sensação da ingestão de alimentos associados à segurança e sentimento de ser amado (Kathalian, 1992), a paciente evidencia que geralmente faz uma ingestão compulsiva na procura de preencher o vazio emocional que sente. O binge eating é caracterizado por compulsão alimentar recorrente, no qual os indivíduos ingerem quantidades elevadas de alimentos e perdem o controlo sobre o seu comportamento alimentar (Giel et al., 2022). Esta é a perturbação alimentar mais frequente e está associada com ingestão emocional, depressão e ansiedade (Hilbert, 2019). De facto, aspetos emocionais promovem a procura de estímulos imediatos, na tentativa de lidar com as emoções, visando alcançar o equilíbrio emocional.

A fertilidade está intimamente relacionada como o metabolismo energético (Chandrasekaran & Neal-Perry 2017), ou seja, a obesidade leva a um aumento do tempo

até à concepção, para além disso, as mulheres com obesidade, apresentam resultados negativos como abortos precoces entre as 6 e 12 semanas de gestação (Silvestris et al., 2018). A paciente teve um aborto espontâneo às 8 semanas em 2018 e desde essa altura ainda não conseguiu engravidar. ER apresenta um IMC de 45 e o recomendado é que qualquer tratamento de fertilidade seja adiado até que obtenha um IMC inferior a 35 (Brewer & Balen, 2010).

Muitas mulheres têm o desejo de serem mães, contudo, quando este desejo não é alcançado pode trazer frustrações, sentimento de inferioridade, tristeza, vergonha, culpa, perda e ansiedade (Farinati et al., 2006). A paciente verbalizava com frequência estes sentimentos, principalmente relacionados com a culpa e a perda, uma vez que a menstruação era vista como uma perda recorrente. A perda gestacional define-se pela interrupção abrupta e inesperada da gravidez, sendo vivenciado por ER com elevada angústia, uma vez que era um bebé desejado e planeado. O luto perinatal não é considerado patológico, mas sim um trabalho psíquico de elaboração, adaptação e reorganização emocional após uma perda significativa (Barbosa, 2015). Do ponto de vista psicológico estas perdas geram um sofrimento intenso. Os pais têm de lidar com a perda do filho real e amado, mas também com a perda de autoestima, perda de estatuto enquanto pais, perda do futuro que ambicionaram para o filho (Pina Cabral, 2005). A perda despoleta sentimentos de culpa e de vazio (Lopes et al., 2019) o que foi descrito pela paciente, principalmente por relacionar a perda gestacional a uma interrupção voluntária da gravidez, apresenta a crença que a perda gestacional decorreu como um castigo por ter realizado na adolescência uma interrupção voluntária da gravidez, sendo predominante a autocupabilização.

É importante ressaltar a perda do avô, sendo este identificado como uma figura paterna, no qual a paciente apresenta uma dificuldade em elaborar o luto, principalmente devido ao sentimento de culpa por não ter estado presente no momento da sua morte. Vários autores salientam a relação entre o sentimento de culpa no luto com dificuldades físicas e mentais, nomeadamente a depressão (Barbosa, 2015).

O ambiente familiar de ER era pautado pela violência doméstica, não apenas no seu núcleo familiar, ou seja, do seu pai para a sua mãe, mas também se verificava num nível mais alargado, o seu avô agredia a sua avó e o seu padrinho também agredia a sua madrinha. A violência intrafamiliar é uma experiência que apresenta um elevado impacto

na família, pois não é apenas a pessoa agredida que sofre, mas todos os membros da família, que convivem direta ou indiretamente com a violência. O impacto e as consequências da convivência em contextos familiares violentos são diversos, inclui psicopatologias, perturbações de comportamento, instabilidade emocional, dificuldades nos relacionamentos sociais e envolvimento em relacionamentos íntimos violentos na idade adulta (Reis, 2018), o que é descrito pela ER com exceção do envolvimento em relacionamentos violentos, uma vez que esta salienta que tem muito orgulho em ter uma relação saudável e que teve muito cuidado para não se envolver com uma pessoa violenta, segundo esta, o seu maior receio era que se repetisse o padrão que vivenciou durante a infância e adolescência. Salienta-se ainda que o distanciamento do pai, o que pode levar ao desenvolvimento de sentimentos de desvalorização, abandono, solidão, baixa autoestima, insegurança, dificuldades nas relações sociais, desde a infância até à idade adulta.

A experiência de *bullying* tem um elevado impacto a nível psicológico, ao nível emocional e cognitivo, traduz-se em baixa autoestima, depressão, ansiedade, agressividade, abandono escolar. Apesar desta experiência ocorrer durante a infância e adolescência, os sentimentos e sintomas perpetuam-se na idade adulta (Vieira et al., 2020), sendo verbalizados e observados em ER. Todos estes acontecimentos parecem contribuir para o desenvolvimento e agravamento da sintomatologia atual, verificando-se uma instabilidade emocional, marcada por sintomas depressivos, ansiedade e ingestão alimentar compulsiva.

Intervenção Psicológica

Os objetivos principais da intervenção psicológica baseiam-se no estabelecimento de uma relação empática e de confiança com a paciente, modificar pensamentos automáticos negativos, controlar a ansiedade e promover a assertividade e a autoestima. Tendo em conta as problemáticas apresentadas pela ER, o plano de intervenção pode ser baseado nos pressupostos da TCC, sendo eficaz na redução de sintomas num conjunto de diversas perturbações, incluindo a depressão e ansiedade (Oliveira, 2019). Esta abordagem é focada na consciência por parte do paciente sobre os seus pensamentos automáticos, posteriormente são analisadas as crenças nucleares e subjacentes. A alteração das crenças e das crenças disfuncionais permitem a alteração de reações emocionais e comportamentais (Knapp & Beck, 2008).

O processo de intervenção iniciou-se a 29 dezembro de 2023, foram realizadas 13 sessões ao longo de 6 meses. As primeiras sessões tinham uma frequência semanal, com a evolução favorável ao longo do processo, as sessões passaram a ter uma periodicidade quinzenal, com uma duração de 60 minutos.

A primeira sessão teve como propósito o estabelecimento de uma relação terapêutica, que tem por base a empatia e a aceitação incondicional, possibilitando um maior investimento, confiança e partilha ao longo do processo terapêutico. Esta sessão foi orientada para o pedido de acompanhamento psicológico, recolhendo informações essencialmente sobre a história do problema. A paciente evidenciou labilidade emocional e um discurso pobre em conteúdo, contudo, demonstrou abertura para abordar as problemáticas vivenciadas. ER começou por descrever o impacto que a obesidade teve ao longo da sua vida e como a está a impedir de concretizar um sonho, que é ser mãe. Também foram abordadas perdas prévias. Nesta sessão foi enfatizado o desenvolvimento de uma relação empática e de confiança, assegurando que todas as informações estavam sob sigilo profissional, permitindo que a paciente se sentisse confortável e segura.

Na segunda e terceira sessão foi realizada a recolha da história de vida da paciente, nomeadamente os antecedentes pessoais, familiares e psiquiátricos, explorando o percurso de ER e o seu desenvolvimento, assim como identificação dos fatores precipitantes e de manutenção. Estas sessões foram bastante exigentes, uma vez que a paciente apresentava uma atitude defensiva, trazendo para a consulta assuntos

emergentes, o que levava a que não fosse possível continuar com a recolha da história de vida. Ao longo destas sessões foi possível identificar uma tendência à autocupabilização por parte da paciente, o que levou ao surgimento de sintomatologia depressiva e ansiosa. No final da terceira sessão, foi entregue uma carta de despedida para o avô, como tarefa para casa, sendo explicado o seu objetivo e importância da sua redação (Anexo G1).

A quarta sessão iniciou-se com a discussão da carta de despedida que elaborou para o avô. A paciente identificava o avô como uma figura paterna, refere que este faleceu no hospital, no dia em que não conseguiu ir visitá-lo, impedindo a despedida. Este luto não estava devidamente elaborado e integrado, principalmente pelo sentimento de culpa por não estar presente e não se ter despedido. A paciente apresenta algumas dificuldades em elaborar e expressar o que sente, assim através da carta foi possível fazê-lo. Reconheceu que a redação da carta foi muito exigente a nível emocional, mas levou a que se sentir-se mais leve e em paz.

A quinta sessão foi dedicada à elaboração do luto perinatal. A paciente recorda este momento com elevado sofrimento e angústia. Refere que foi uma perda negligenciada e desvalorizada. Apesar da falta de apoio social, houve uma incongruência do luto no casal, em que o marido racionalizou a perda e não queria falar sobre o que tinha acontecido, enquanto a paciente sentia necessidade de expressar o que sentia. Ao longo da sessão, a paciente tinha uma atitude defensiva, contudo fui insistindo, o que levou a um momento de catarse. A paciente acabou por referir que quando era adolescente engravidou, sendo alegadamente coagida a realizar uma interrupção voluntária da gravidez (IVG). A paciente apresentava como crença irracional que o aborto espontâneo era um castigo por ter realizado uma IVG e que agora não ia conseguir engravidar. Para além disso, a paciente nasceu de uma gravidez indesejada na adolescência, o que contribuiu para o sentimento de revolta e culpa pela IVG. Assim, esta sessão foi baseada na reestruturação cognitiva, de forma a permitir que os seus pensamentos disfuncionais ligados à gravidez se tornassem em crenças mais funcionais e adaptativas (Hofmann, 1984), levando à diminuição da autocupabilização.

O aborto espontâneo aconteceu há 5 anos, mas desde essa altura que não consegue engravidar, assim, na sexta sessão abordei o tema da infertilidade. Todos os meses, o aparecimento da menstruação era visto como perdas recorrentes, o que levou ao agravamento da psicopatologia, apresentando sintomas depressivos e ansiosos. A

paciente tinha como principal motivação para a cirurgia bariátrica o aumento da fertilidade, contudo foi necessário ajustar as suas expectativas, uma vez que a diminuição do peso não significaria que a ER conseguisse engravidar. Com o aumento da sintomatologia, foi possível identificar fome emocional e comportamentos de ingestão compulsiva, assim foi utilizada a técnica de psicoeducação, permitindo que a paciente tivesse uma maior consciência dos seus comportamentos. Enviei para tarefa de casa, uma tabela para monitorizar o seu comportamento alimentar (Anexo G2).

Através da psicoterapia, é possível identificar as situações que originam a compulsão alimentar e adquirir ferramentas para diminuir esse comportamento. Segundo a literatura, estados de humor negativos, tais como ansioso e deprimido podem despoletar episódios de ingestão compulsiva (Spoor et al, 2007). Assim, a sétima sessão teve como principal objetivo compreender os padrões alimentares da paciente e quais os acontecimentos que despoletavam a ingestão compulsiva, que foi possível através da tabela de monitorização do comportamento alimentar que a paciente levou para casa na sessão anterior. Geralmente, estes comportamentos eram mais frequentes depois do trabalho, uma vez que a paciente identifica a sua situação laboral como uma fonte de stress e ansiedade. Para além disso, refere que quando chegava a casa tinha uma sensação de vazio, pois segundo a paciente, tem uma relação conflituosa com os sogros e os horários do marido são incompatíveis com os seus, assim, como forma de preencher o vazio, comia de forma compulsiva até ficar indisposta. Foram abordadas estratégias de coping eficazes, possibilitando a gestão dos stressores internos ou externos, de forma a diminuir a ingestão alimentar compulsiva.

A oitava sessão foi direcionada para as questões relacionadas com a cirurgia bariátrica. No início do acompanhamento psicológico, a ER apenas conseguia identificar como vantagem o aumento da fertilidade, sendo essa a sua principal motivação. Contudo, ao longo das sessões apesar de ir ajustando as expectativas de ER em relação à possível gravidez ia questionando quais as vantagens da cirurgia e de que forma a cirurgia poderia mudar a sua vida. ER refere que a cirurgia será importante a nível da saúde, uma vez que apresenta comorbilidades associadas à obesidade, permitiria fazer algumas coisas que neste momento não consegue, como por exemplo a depilação ou atar os cordões, o que a deixa bastante desconfortável. Salienta que ajudará na sua auto-estima, na relação conjugal e intimidade com o seu marido. Assim, foi pedido à paciente que preenchesse

uma tabela onde identificava as vantagens e desvantagens da cirurgia, possibilitando uma decisão mais consciente (Anexo G3).

Na nona e décima sessão, o principal objetivo foi abordar a ansiedade, uma vez que é um dos principais sintomas que a paciente apresenta, sendo gerador de mal-estar generalizado e para além disso, um dos critérios de exclusão para a realização da cirurgia. Assim, na nona sessão, foi utilizada a técnica de psicoeducação, para compreender o que é a ansiedade e estratégias para a gestão da sintomatologia ansiosa. No final da sessão, foi entregue um *flyer* (Anexo G4) sobre o que foi abordado na sessão, assim como estratégias que poderia colocar em prática no dia a dia, de forma a gerir a sua ansiedade. A décima sessão era a última sessão antes da avaliação por parte da equipa da TCO, o que levou ao aumento da sintomatologia ansiosa. A sessão foi dedicada ao Relaxamento Muscular de Jacobson- 7 grupos musculares e à respiração diafragmática. Estas técnicas permitem a redução dos níveis de ativação, estimulando a resposta de relaxamento, permitindo a diminuição da ansiedade. Uma vez que se trata de técnicas que necessitam de aprendizagem a paciente foi incentivada a realizar também em casa.

A décima primeira sessão foi depois da avaliação por parte da equipa da TCO, que referem que a “paciente revela uma notória melhoria dos mecanismos de coping para a gestão da ansiedade. Descrevendo uma maior estabilidade psicoafectiva e emocional. Conserva motivação para eventual tratamento cirúrgico, enumerando como razão principal: aspetos relacionados com a saúde e o desejo de ser mãe. De acordo com o exame e observação, não possui contra-indicação pela Psicologia clínica” (sic). Apesar de descrever sentimentos de felicidade e alívio por ter sido admitida para o tratamento cirúrgico, refere que começou a sentir-se ansiosa e com medo de não conseguir cumprir com o plano nutricional e que a cirurgia não corra bem. A paciente foi informada que ira ser usada a técnica de bypass, uma vez que, segundo a paciente, através de um exame detetaram cancro no estomago, sendo retirado através do tratamento cirúrgico. Esta sessão foi essencialmente baseada na escuta ativa e empática e promoção da expressão emocional.

Na décima segunda sessão, foram abordados os principais medos relacionados com o tratamento cirúrgico. A paciente salienta que tem medo de morrer ou de sofrer com a operação. Salienta como principal preocupação o incumprimento do plano nutricional “e se eu não conseguir fazer tudo direitinho e o meu estômago rebentar?” (sic). A história de vida de ER é marcada pela insegurança e autocupabilização. Com esta sessão, a paciente percebeu que ao longo da sua vida, percebeu vários acontecimentos como fracassos, culpabilizando-se, o que leva à crença irrealista de que não vai ser capaz e que vai falhar. Propus que a paciente descrevesse acontecimentos que considera que foram conquistas e que considera que foram fracassos e qual foi o seu papel em cada um deles (Anexo G5) de forma a alterar a percepção que ER tem em relação a alguns acontecimentos da sua vida, através da reestruturação cognitiva, possibilitando uma maior auto-estima e auto-conceito.

A sessão décima terceira e décima quarta, teve como objetivo abordar as relações interpessoais. Ao longo da sua infância e adolescência, a paciente apresentou dificuldades nas relações interpessoais, principalmente devido à obesidade, contudo ER refere que sente receio em exprimir os seus sentimentos e pensamentos, pois poderia levar a que os outros se afastassem ainda mais de si. Contudo, acrescenta que com algumas pessoas fica mais irritada e agressiva, não controlando o seu discurso e comportamento, sendo mais frequente com o seu pai, marido e colegas de trabalho. Assim, ER demonstra um estilo de comunicação passivo-agressivo. Através da técnica de psicoeducação, abordei os vários estilos de comunicação. Em conjunto com a paciente, analisamos qual o estilo comunicacional com o qual se identifica e qual o mais adequado a adotar em diversas situações. Foram sugeridas algumas estratégias de comunicação assertiva. Foi realizado um *role-play*, simulando uma conversa com a sogra.

O estágio curricular terminou, no entanto, iniciei um estágio voluntário no CH, assim esta paciente ainda se mantém em acompanhamento psicológico.

Reflexão sobre o caso

Este foi o primeiro caso a ser-me atribuído, o que de alguma forma o torna especial. No início do acompanhamento, a paciente manteve uma postura introvertida, uma atitude defensiva e um discurso pobre em conteúdo, o que exigiu um maior investimento da minha parte, sendo, no entanto, visto como um desafio. Ao longo das sessões fomos estabelecendo uma relação terapêutica forte, o que permitiu que ER se expressasse com mais facilidade sobre acontecimentos e sentimentos profundos. Foi notório a dedicação e motivação da paciente para a mudança, o que levou a um maior envolvimento da minha parte ao longo de todo o processo.

O pedido que me foi dirigido pela psiquiatra assistente, era no sentido da estabilização psicopatológica e no ajuste das expectativas sobre o tratamento cirúrgico, assim, como primeiro impacto não suscitou muito interesse, por ser um pedido muito específico e com um objetivo muito claro. Contudo, permitiu-me refletir que um caso vai muito além do pedido, apesar de inicialmente parecer muito específico, fui dando conta da riqueza da história de vida da paciente e a forma como tudo o que vivenciou de alguma forma influenciou ER enquanto adulta e na sintomatologia atual. O interesse por este caso começou a aumentar ao longo das sessões e fui-me apercebendo da necessidade de abordar e trabalhar várias áreas da sua vida. Este caso constituiu uma oportunidade de aprendizagem a vários níveis, permitiu o desenvolvimento de competências de entrevista, recolha de história de vida, a importância da comunicação não verbal e compreender ER numa perspetiva biopsicossocial. Tendo em conta as informações recolhidas e as características da paciente, selecionei uma abordagem que assenta na TCC, sendo muito importante para o desenvolvimento e aplicação de estratégias que foram adquiridas ao longo do percurso académico. Para além disso, surgiu a necessidade constante de procurar informações, o que possibilitou a aquisição de conhecimentos relacionados com a obesidade, infertilidade, luto perinatal, violência doméstica, ansiedade e depressão.

Conclusão

Ao longo de todo o percurso académico, o estágio curricular sempre foi o momento mais aguardado e desejado. Esta foi sem dúvida uma etapa de enorme aprendizagem, permitindo o uso de todos os conhecimentos adquiridos, aplicando-os na prática. Contribuiu para uma melhor compreensão dos conceitos e adaptação às idiossincrasias dos pacientes.

O contexto hospitalar sempre esteve como primeira opção, por ser um local com muita afluência e aprendizagem, uma vez que possibilita o contacto com diversas patologias e faixas etárias, num contexto multidisciplinar em que articulamos com vários profissionais de saúde, sendo assim um ambiente muito estimulante. Esta experiência constituiu um importante marco no meu percurso profissional, o que se deve à riqueza do serviço de psicologia do CH onde decorreu o estágio, pois permitiu contactar com diversas patologias, em vários contextos, por exemplo na consulta externa, consulta interna e o internamento completo. É importante salientar a consulta interna no âmbito da Unidade Saúde Mental de Ligação, em que dediquei a maior parte do meu tempo de estágio. Fazer parte desta equipa fez com que eu tivesse motivação todos os dias, senti-me muito integrada e aprendi imenso com os profissionais que se mostraram muito disponíveis. Existe uma grande comunicação e entajuda entre os vários profissionais, o que faz com que a unidade funcione tão bem, possibilitando o melhor cuidado aos pacientes.

O sentimento que me invadiu nos primeiros dias foi de uma enorme felicidade e gratidão, por outro lado, sentia ansiedade e o medo de falhar, de não estar à altura das exigências. À medida em que me fui tornando mais autónoma também me comecei a sentir mais segura e confiante. Esta etapa foi muito especial, adquiri ferramentas e conhecimentos importantes para o meu percurso profissional, mas também houve um enorme crescimento a nível pessoal. Este progresso ao longo do estágio não seria possível sem o apoio e ajuda da orientadora no local de estágio e as reuniões de supervisão, que possibilitaram o esclarecimento de dúvidas, a orientação e apoio nos momentos mais difíceis.

Bibliografia

- Barbosa, A. (2015). Fazer o luto. Núcleo Académico de Estudos e Intervenção sobre o luto. Faculdade de Medicina Lisboa.
- Beck, A. T. Cognitive Therapy and Emotional Disorders, New York: New American Library, 1976.
- Benson, N. F., Floyd, R. G., Kranzler, J. H., Eckert, T. L., Fefer, S. A., & Morgan, G. B. (2019). Test use and assessment practices of school psychologists in the United States: Findings from 2017 national survey. *Journal of School Psychology, 72*, 29-48. <https://doi.org/10.1016/j.jsp.2018.12.004>
- Bloc, L. G., de Paula Nazareth, A. C., da Silva Melo, A. K., & Moreira, V. (2019). Transtorno de compulsão alimentar: revisão sistemática da literatura. *Revista Psicologia e Saúde, 11*(1), 3-17.
- Brewer, C. J., & Balen, A. H. (2010). The adverse effects of obesity on conception and implantation. *Reproduction (Cambridge, England), 140*(3), 347–364. <https://doi.org/10.1530/REP-09-0568>
- Carmo, I., Fagundes, M. J., & Camolas, J. (2008). Cirurgia bariátrica. *Revista Portuguesa de Cirurgia, (4)*, 43-50.
- Chandrasekaran, S., & Neal-Perry, G. (2017). Long-term consequences of obesity on female fertility and the health of the offspring. *Current Opinion in Obstetrics & Gynecology, 29*(3), 180–187. <https://doi.org/10.1097/GCO.0000000000000364>
- Engel, G. L. (1997). From biomedical to biopsychosocial. Being scientific in the human domain. *Psychosomatics, 38*(6), 521–528. [https://doi.org/10.1016/S0033-3182\(97\)71396-3](https://doi.org/10.1016/S0033-3182(97)71396-3)
- Farinati, D. M., Rigoni, M. S. Muller, M. C. (2006). Infertilidade: um novo campo da

- Psicologia da Saúde. Estudos de Psicologia Campinas 23(4) pp. 435.
- Gasparini, F. (2018). O hospital e as suas demandas para o psicólogo. Obtido em:
https://www.psicologia.pt/artigos/ver_artigo_licenciatura.php?o-hospital-e-suas-demandas-para-o-psicologo&codigo=TL0451&area=d8
- Giel, K. E., Bulik, C. M., Fernandez-Aranda, F., Hay, P., Keski-Rahkonen, A., Schag, K., Schmidt, U., & Zipfel, S. (2022). Binge eating disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 8(1), Artigo 1. <https://doi.org/10.1038/s41572-022-00344-y>
- Handwerk, M., & Manack, J. (2020). Cognitive Behavioral Therapy. *School-Based Behavioral Intervention Case Studies: Effective Problem Solving for School Psychologists*.
- Hilbert, A. (2019). Binge-Eating Disorder. *Psychiatric Clinics*, 42(1), 33–43.
<https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.10.011>
- Hoffman, M. A. (1984). The effectiveness of Psychotherapy: A review of research. *Canadian Journal of Psychiatry*, 29(4), 321-330
- Kathalian, A. (1992). Obesidade: Um Desafio. Em: Mello Filho, J e col. *Psicossomática Hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Knapp, P., Beck, A.T. (2008). Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa na terapia cognitiva. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 30(2),54-64.
- Leal, C. W., & Baldin, N. (2007). O impacto emocional da cirurgia bariátrica em pacientes com obesidade mórbida. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 29, 324–327. <https://doi.org/10.1590/S0101-81082007000300013>
- Leal, I. (2010). Entrevista Clínica e Psicoterapia de Apoio (2º ed.). Placebo. Cardiol, A. V., Wagner, C. J, P., & Cechin, E. M. (1993). Psicoterapias, abordagens atuais. Porto Alegre: Artes médicas.
- Lopes, B. G., Martins, A. R., Carletto, M. R., & de Oliveira Borges, P. K. (2019). A dor

- de perder um filho no período perinatal: uma revisão integrativa da literatura sobre o luto materno. *Revista Stricto Sensu*, 4(2).
- Lundorff, M., Holmgren, H., Zachariae, R., Farver-Vestergaard, I., & O'Connor, M. (2017). Prevalence of prolonged grief disorder in adult bereavement: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 212, 138–149. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.01.030>
- Matarazzo, J. D. (1980). Behavioral health and behavioral medicine: Frontiers for a new health psychology. *American Psychologist*, 35(9), 807-817.
- Mota, A. (2000). Psiquiatria de Ligação. *Medicina Interna*, 7(4), 239- 245.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (2016). Competências de Supervisão. https://recursos.ordemdospsicologos.pt/files/artigos/compt_de_supervis_o.pdf
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (2016). O Perfil dos Psicólogos da Saúde. https://recursos.ordemdospsicologos.pt/files/artigos/o_perfil_dos_psic_logos_d_a_sa_de.pdf
- Pais-Ribeiro, J., & Leal, I. (1996). Psicologia clínica da saúde. *Análise Psicológica*, 4 (XIV): 589-599.
- Pina Cabral, I. (2005). Morte e luto na gravidez e puerpério. In I. Leal. *Psicologia da gravidez e da parentalidade* (pp.61- 89). Lisboa: Fim de século.
- Raven, J. (2008). The Raven progressive matrices tests: their theoretical basis and measurement model. *Uses and abuses of Intelligence. Studies advancing Spearman and Raven's quest for non-arbitrary metrics*, 17-68.
- Reis, D., Prata, L. & Parra, C. (2018). O Impacto da Violência Intrafamiliar no Desenvolvimento Psíquico Infantil. O Portal dos Psicólogos <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1253.pdf>

- Reyes, A. N., & Fermann, I. L. (2017). Eficácia da terapia cognitivo-comportamental no transtorno de ansiedade generalizada. *Revista brasileira de terapias cognitivas*, 13(1), 49-54.
- Silva, D.B. P. (2012). Psicologia Hospitalar. O portal dos psicólogos. Acedido janeiro 10, 2023, em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0705.pdf>
- Silva, M. V. R. D. (2022). Consequências do Bullying na Saúde Mental dos Adolescentes no Contexto Escolar: Revisão narrativa. *Scientia Generalis*, 3(1), Artigo 1. <https://purl.org/27363/v3n1a3>
- Silvestris, E., de Pergola, G., Rosania, R., & Loverro, G. (2018). Obesity as disruptor of the female fertility. *Reproductive Biology and Endocrinology: RB&E*, 16(1), 22. <https://doi.org/10.1186/s12958-018-0336-z>
- Skelly, A. C., Chou, R., Dettori, J. R., Turner, J. A., Friedly, J. L., Rundell, S. D., Fu, R., Brodt, E. D., Wasson, N., Winter, C., & Ferguson, A. J. R. (2018). *Noninvasive Nonpharmacological Treatment for Chronic Pain: A Systematic Review*. Agency for Healthcare Research and Quality (US). <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519953/>
- (SNS, 2017). Sistema Nacional de Saúde. (2017). Psicologia no SNS. Obtido em: <https://www.sns.gov.pt/noticias/2017/12/27/psicologia-no-sns/>
- Spoor, T., Becker, M., Van Strien, T. & Van Heck, G. (2007). Relations between negative affect, coping and emotional eating. *Appetite*, 48: 368:376
- Teixeira, J. A. C. (2004). Psicologia da Saúde. *Análise Psicológica*, 22(3), Artigo 3. <https://doi.org/10.14417/ap.214>
- Vieira, C., Fay, E. D. S. M., & Neiva-Silva, L. (2007). Avaliação psicológica, neuropsicológica e recursos em neuroimagem: novas perspectivas em saúde mental. *Aletheia*, (26), 181-195.

Vieira, F. H. M., Alexandre, H. P., Campos, V. A., & de Sousa Leite, M. T. (2020).

Impactos do bullying na saúde mental do adolescente. *Ciência ET*

Praxis, 13(25), 91-104.

Wahass, S. H. (2005). The Role of Psychologists in Health Care Delivery. *Journal of*

Family & Community Medicine, 12(2), 63–70.

Wechsler, D. (2003). Wisc-III: Escala de Inteligência de Weschler para crianças – III (2^a

Edição). Lisboa: CEGOC – TEA

Zendehtdel, M., Elyasi, F., Jahanfar, S., & Emami-Sahebi, A. (2022). Effectiveness of

progressive muscle relaxation technique on anxiety caused by Covid-19 in

pregnant women: A randomized clinical trial. *Neuropsychopharmacology*

Reports, 42(2), 158–165. <https://doi.org/10.1002/npr2.12241>