



# **Universidade Católica Portuguesa**

## **Centro Regional de Braga**

### **RELATÓRIO DE ESTÁGIO**

Apresentado à Universidade Católica  
Portuguesa para obtenção do grau de mestre  
em **Psicologia Clínica e da Saúde**

**António Carlos Ferreira Teixeira**



FACULDADE DE FILOSOFIA  
FEVEREIRO 2014



# Universidade Católica Portuguesa Centro Regional de Braga

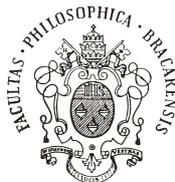
## RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Local de Estágio: ACES Cávado III  
Barcelos/ Esposende

Relatório de Estágio apresentado à  
Universidade Católica Portuguesa para  
obtenção do grau de mestre em **Psicologia  
Clínica e da Saúde**

**António Carlos Ferreira Teixeira**

Sob a Orientação de Prof.<sup>a</sup> Doutora **Eleonora Cunha  
Veiga Costa**



FACULDADE DE FILOSOFIA  
FEVEREIRO 2014

## **Agradecimentos**

Em primeiro lugar agradeço ao ACES Cávado III, Barcelos/ Esposende pela disponibilidade por nos receber como estagiários.

Agradeço também ao meu orientador local de estágio Dr. Paulo Correia pelo apoio, simpatia, disponibilidade e acompanhamento no decorrer deste percurso.

A todos os funcionários, pelo apoio e colaboração prestada.

À minha colega de estágio, Rosana Sousa, pelo apoio, colaboração e auxílio.

À minha orientadora de estágio Professora Eleonora Costa, pelo apoio, incentivo e disponibilidade nas orientações, e na calma que me conseguiu inculcar no último ano.

Aos meus pais pelo apoio incondicional e sem os quais não seria possível ultrapassar este percurso que por vezes se tornou atribulado.

## Índice

Agradecimentos .....	2
<i>Resumo /Abstract</i> .....	4
Caracterização da Instituição .....	5
Papel do Psicólogo.....	7
Caracterização do Gabinete de Psicologia e Objetivos de estágio .....	8
Avaliação das necessidades da Instituição .....	9
Atividades desenvolvidas no contexto do Estágio .....	11
Intervenção Individual .....	11
Casos Clínicos .....	12
Estudo de Caso .....	32
Casos acompanhados .....	39
Intervenção em Grupo .....	40
Descrição das sessões .....	41
Ação de Formação .....	46
Avaliação da Ação .....	47
Conclusão .....	48
Referências Bibliograficas.....	49
Anexos .....	52 a 63

Cronograma das atividades

Intervenção em Grupo Power- Points e Material de apoio às Sessões

Ficha de Avaliação da Intervenção

Levantamento de necessidades de formação da Instituição

Folha de Presenças da Ação de formação

Documento de apoio á Formação

Ficha de Avaliação da Ação de Formação

Certificado de Participação na Ação de formação

Técnica de Relaxamento

## **Resumo**

O presente Relatório de Estágio insere-se no âmbito do 2º ano do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde da Faculdade de Filosofia de Braga que inclui a realização de um estágio em parceria com o ACES Cávado III- Barcelos/ Esposende. O documento apresenta uma reflexão acerca da experiência ligada à aprendizagem metodológica. Assim numa primeira fase é apresentada uma breve caracterização da instituição, descrevendo serviço de psicologia e as atividades desenvolvidas aquando da observação. Apresenta-se também, todas as atividades desenvolvidas no âmbito do estágio, nomeadamente a ação de formação, a avaliação psicológica, a intervenção individual e a intervenção em grupo. Por fim, é exposto um caso clínico desenvolvido mais pormenorizadamente.

## **Abstract**

This Internship Report falls within the framework of the 2nd year of the Masters in Clinical and Health Psychology, Faculty of Philosophy of Braga that includes the completion of an internship in partnership with ACES Cávado III Barcelos / Esposende. This document presents a reflection on the methodological learning experience. So initially a brief characterization of the institution, describing the psychology service and the activities conducted during the observation is presented. It presents also all activities carried out under the stage, including the action of training, psychological assessment, individual intervention and group intervention. Finally, a case is exposed further elaborated.

## **1.Caracterização da Instituição**

Os Cuidados de Saúde Primários foram transpostos para o ordenamento jurídico português através do Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro que cria os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) e estabelece o seu regime de organização e funcionamento. As estruturas do ACES têm um dever muito importante para com a sociedade, no sentido de criar condições para que a pessoa se desenvolva, faça opções de forma livre e consciente, ou seja, de forma saudável ao longo do seu ciclo vital. Isto não é nem mais nem menos que educar para a vida, de uma forma geral e, para a saúde de uma forma mais particular. Têm o dever, ainda, de promover a satisfação e a motivação dos seus grupos profissionais.

O ACES Cávado III encontra-se integrado na Região Norte, abrange os concelhos de Barcelos e de Esposende e os Centros de Saúde de Barcelos, Barcelinhos e Esposende. Barcelos situa-se no distrito de Braga, é sede de um município com cerca de 378,70 Km<sup>2</sup> de área e 124.555 habitantes (2008), subdividido em 89 freguesias (é o concelho com maior número de freguesias em todo o país).

O Município é limitado a Norte pelos municípios de Viana do Castelo e Ponte de Lima, a Leste pelos de Vila Verde e Braga, a Sudeste por Vila Nova de Famalicão, a Sudoeste pela Póvoa de Varzim e a Oeste por Esposende. O ponto mais elevado do concelho situa-se no alto de S. Gonçalo, a 488 metros de altitude, na freguesia de Fragoso.

Esposende localiza-se também no Distrito de Braga, região Norte e sub-região do Baixo Cávado, é sede um pequeno município com 95,45 Km<sup>2</sup> de área e 35.552 habitantes (2008) subdividido em 15 freguesias. O município é limitado a Norte pelo município de Viana do Castelo, a Leste pelo de Barcelos, a Sul pela Póvoa de Varzim e a Oeste pelo Oceano Atlântico. O ponto mais elevado do concelho situa-se em Macieira a 281 metros de altitude, na freguesia de Vila Chã.

Nestes dois concelhos a rede viária de transportes públicos é precária, havendo por isso défice nas acessibilidades a vários pontos dos dois concelhos. Os concelhos pertencentes ao ACES Cávado III têm um nível de emprego dependente do Sector secundário, nomeadamente dos têxteis. Surge atualmente uma crescente implementação do sector terciário, responsável por uma grande parte do emprego da região.

## **1.1– Caracterização Demográfica**

O ACES Cávado III – Barcelos/ Esposende abrange um total de 104 freguesias (89 pertencem ao Concelho de Barcelos e 15 ao Concelho de Esposende), o que corresponde a uma estimativa total em 2010 de 168.803 utentes inscritos e desses 82.613 são utentes do sexo masculino e 86.803 do sexo feminino. O que representa cerca de 51.3% de mulheres contra 49.7% de homens, valores que se enquadram no panorama nacional.

A distribuição por faixa etária da população estimada em Dezembro de 2010 revela um maior número de indivíduos entre os 25 e os 64 anos de idade, podendo também inferir que a população ainda é relativamente jovem (ACES, 2011).

## **1.2- Distribuição das Unidades Funcionais do ACES**

O ACES Cávado III é constituído por diversas unidades funcionais dispersas por 23 edifícios, garantindo cuidados de proximidade à população. Estas características exigem naturalmente maior disseminação de recursos humanos, aumento de custos em várias áreas (luz, água, transportes, comunicações...) e obrigam por vezes a um verdadeiro exercício mental no planeamento e implementação de uma gestão efetiva de todas as unidades. Neste contexto, apresentamos alguns dados referentes ao ACES Cávado III (ACES, 2011).

### **1.2.1 Unidades Funcionais do ACES**

**Unidades de Saúde Familiar**, são Centros de Saúde onde são prestados cuidados de saúde, em que o atendimento personalizado é feito por objetivos institucionais (Alcaides Faria, Barcel-Saúde, Sto. António, Esposende Norte, Sra. Da Lapa, Viatodos, S. Brás, Calécia.)

**Unidades Cuidados de Saúde Personalizados** (Barcelos, Carapeços, Lijó/Alvito/Alheira, Fragoso, Lama/Martim, Vila Cova, Fão/Apúlia, Silveiros/Sequeade, Esposende/Belinho, Barcelos-Norte)

**Unidades de Cuidados na Comunidade**, prestam cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo;

**URAP** (ACES, 2011).

## **2.Descrição do contexto e do papel do psicólogo**

Caracterizar e contextualizar a intervenção psicológica em Centros de Saúde aparecem atualmente como tarefas urgentes e fundamentais, na medida em que a integração relativamente recente dos psicólogos na carreira dos técnicos superiores de saúde assim o exige mas também porque, entre todas as questões relacionadas com a intervenção de psicólogos em serviços de saúde, a intervenção nos cuidados de saúde primários é a nosso ver a mais prioritária e, paradoxalmente, a mais desconhecida, quer dos responsáveis pelas políticas de saúde quer dos próprios psicólogos.

Em Portugal, exceto no que diz respeito aos serviços de psicologia dos hospitais psiquiátricos e aos departamentos de psiquiatria e saúde mental dos hospitais gerais, campo tradicional da intervenção da psicologia clínica no sistema de saúde (praticamente sempre perspectivada em termos da psicopatologia e de psicodiagnóstico), verifica-se implantação escassa dos psicólogos nos serviços de saúde, quer nos centros de saúde quer nos hospitais centrais e distritais. A situação começa lentamente a modificar-se, mas ainda estamos muito longe do que acontece noutros países em que os psicólogos contribuem já significativamente para a promoção da saúde, para programas de prevenção, para a humanização dos serviços de saúde e para a promoção da qualidade dos cuidados (Egger, 1994; Hornung & Gutsher, 1994; Schroder, 1994; Blanco & León, 1994 cit in Trindade & Teixeira, 1998).

A Psicologia pode desempenhar papel relevante na promoção e manutenção da saúde, prevenção e tratamento da doença e das disfunções psicológicas individuais e familiares com ela relacionadas. O domínio da psicologia da saúde diz respeito ao papel da Psicologia, como ciência e como profissão, nos campos da saúde e da doença, inclui as saúde físicas e mental e abrange todo o campo da Medicina, mas ultrapassando-o ao ter em conta também fatores sociais, culturais e ambientais relacionados com a saúde e com a doença. Não só não tem uma dimensão exclusivamente individual, tal como é perspectivada tradicionalmente pela psicologia clínica, como o bem-estar psicológico e saúde mental são dois valores essenciais que implicam um aporte cada vez maior da investigação e da intervenção psicológica nos serviços de saúde, a qualidade de vida dos sujeitos em contextos de saúde e de doença deve ser considerada ao mesmo nível que a qualidade dos cuidados que são prestados e, mais do que os técnicos de saúde, são os indivíduos e as comunidades os responsáveis principais pela manutenção da sua saúde, pela prevenção das doenças, pela sobrevivência à doença e pela integração social das pessoas com doenças crónicas e/ou deficiências (Trindade & Teixeira, 1998).

Em consequência, a abordagem psicológica em saúde implica a consideração simultânea do sujeito, da família, dos técnicos de saúde e do suporte social, com modelos integrados de avaliação e de intervenção, bem como uma perspectiva multisectorial que abrange essencialmente o sistema de saúde e o sistema educativo, mas que também deverá englobar os dispositivos de segurança social e de suporte comunitário (Trindade & Teixeira, 1998).

As contribuições do psicólogo para a prestação de cuidados de saúde primários podem sistematizar-se em três áreas (Teixeira & Trindade, 1994 cit in Trindade & Teixeira, 1998): (1) Na promoção da saúde, em particular na implementação de práticas de saúde e de políticas de saúde que contribuam para o bem-estar individual e coletivo e capacitem os sujeitos para aumentarem cada vez mais o seu controlo sobre a saúde, designadamente mobilizando agentes sociais e autarquias e integrando ações de informação e educação para a saúde (escolas, locais de trabalho), de mudança organizacional e de desenvolvimento comunitário visando a promoção de estilos de vida saudáveis; (2) Na proteção da saúde, designadamente na implementação de segurança no trabalho, na prevenção de acidentes (profissionais, de viação e de lazer) e na luta contra as ameaças ecológicas para a saúde. Neste particular, poderá também participar em programas de saúde ambiental; (3) Nos serviços preventivos, nomeadamente de saúde materna, saúde infantil, saúde escolar, saúde oral, saúde ocupacional, saúde dos idosos, prevenção das doenças sexualmente transmissíveis, das doenças cardiovasculares, dos tumores malignos, bem como nas contribuições que, no âmbito da cooperação com os médicos de família possam ser úteis na mudança de estilos de vida e na facilitação da adesão a tratamentos, a programas de autocuidados (em especial nas doenças crónicas) e a comportamentos saudáveis.

É neste contexto que importa agora caracterizar o papel profissional do psicólogo em áreas fundamentais (Botelho, 1990; Ludovino, 1990; Teixeira & Trindade, 1994, cit in Trindade & Teixeira, 1998): promoção da saúde e prevenção, função assistencial, reabilitação, investigação, formação de outros técnicos de saúde, e outras atividades.

### **3. Caracterização do gabinete de Psicologia e Objetivos de Estágio**

A organização do espaço funcional da Psicologia no Centro de Saúde, passa pela existência de ficheiro clínico, agenda e folha estatística e intenções. Relativamente ao ficheiro clínico está compreendido o registo de entrada, ficheiro alfabético e ficheiro numérico.

No que respeita à agenda e folha estatística inclui-se o projeto anual, marcação de consulta, estatística mensal e relatório anual. No que concerne ao horário estão englobadas as intenções e a execução das intenções. As intenções consistem na epidemiologia e grupos de risco em cuidados de saúde primários, cuidados de saúde primários orientados para a comunidade, análise da situação de saúde, cuidados assistenciais em patologias de elevada frequência, atividades preventivas e de promoção de saúde, investigação em cuidados de saúde primários e programação em cuidados de saúde primários. A execução das intenções consiste na consulta faseada em requisição, marcação, primeira consulta, vigilância/manutenção e alta; em equipas e na intervenção comunitária, concretamente, rede escolar, autarquias, organizações locais de influência e órgãos locais de comunicação social.

A articulação com a rede é feita a nível intrainstitucional, nas unidades funcionais da ACES; e a nível interinstitucional, isto é, saúde, educação, justiça, segurança social, solidariedade social, e estabelecimentos do ensino superior.

O estágio curricular do Mestrado de Psicologia, visará a aplicação das diferentes abordagens teóricas aos diversos contextos de prática psicológica, promovendo o contacto e a aprendizagem de boas práticas de forma a desenvolver competências profissionais adequadas e autónomas. No âmbito da realização do estágio serão realizadas atividades, nomeadamente o atendimento individual, uma intervenção em grupo, uma ação de formação e de acordo com as necessidades da Instituição, será dado apoio ao Psicólogo Orientador no âmbito de um estudo sobre a depressão e ansiedade na latência a realizar no concelho de Esposende no agrupamento de escolas de Ensino Básico.

#### **4. Avaliação das Necessidades**

Iniciado o estágio, conhecemos todos os espaços, unidades e gabinetes do ACES DO Cávado III – Barcelos/Esposende, bem como fomos apresentados e contactamos com técnicos e funcionários. Deste modo, conseguimos compreender as dinâmicas e atividades.

Uma limitação verificada é o facto de só ter um psicólogo na ACES DO Cávado III – Barcelos/Esposende para uma população de cerca de 170000 (ACES, 2011). utentes denotando-se por isso que está sobrecarregado. Tentaremos com o nosso estágio ajudar e apoiar em todos os procedimentos que sejam necessários para a intervenção, avaliação e acompanhamento dos utentes.

O dinamismo e a evolução rápida são característicos dos tempos atuais, repercutindo-se

em modificações sociais e conseqüentemente na abordagem dos cuidados de saúde. Esta transformação tem afectado, essencialmente nos últimos três anos, os Cuidados de Saúde Primários (CSP), conduzindo para esta área a atenção e o investimento das políticas de saúde, pretendendo-se dar resposta às atuais e reais necessidades da população, que neste momento ultrapassam as portas das instituições de saúde, remetendo-nos obrigatoriamente para intervenções na comunidade, onde a população vive, estuda e trabalha (Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2008).

A ação dos profissionais de saúde dos CSP deve inscrever-se num ambiente de coparticipação com o utente-família /grupo-comunidade e de respeito mútuo na procura das soluções para as necessidades que ele apresenta, tendo em atenção as vertentes humana, científica e técnica sempre estritamente associadas ao aspecto relacional e cultural. É de salientar que este trabalho desenvolve-se ainda no domicílio dos utentes e das suas famílias, nas associações, nas instituições de solidariedade social, nas escolas, nos locais de trabalho, nas comunidades étnicas, nos grupos socialmente marginalizados/excluídos e ainda nas comunidades desportivas.

Sobressaem assim os cuidados de proximidade e acessibilidade, visando a articulação entre prestadores, a complementaridade e coordenação dos recursos e o aproveitamento integral das capacidades existentes, assentes na negociação, cooperação, colaboração e coordenação. A área da saúde não permite um agir neutro; é necessário o envolvimento da pessoa/cuidador, aceitando o outro, aquilo que ele diz e o que ele faz, promovendo a comunicação. Esta relação comunicativa, o comportamento ético e deontológico, a imparcialidade e a cientificidade são as bases de atuação dos profissionais de saúde (ACES, 2011)

Da avaliação das necessidades e tendo em conta as limitações do estágio e da instituição, nomeadamente no que diz respeito à carência técnica no âmbito da psicologia clínica e da saúde, verifica-se que prioritariamente deve dar-se importância ao atendimento e acompanhamento individual dos utentes com maior necessidade neste âmbito, uma vez que a lista de espera é de aproximadamente dois anos.

## **5. Atividades Desenvolvidas no Contexto de Estágio**

### **Observação de consulta de Psicologia**

Por último, contactamos com alguns utentes através da observação de consultas, bem como de atendimento. A observação de casos tornou-se fundamental para a prática clínica inicial, uma vez que permitiu o desenvolvimento de competências mais adequadas. Esta é essencial uma vez que nos permite uma familiarização com o tipo de utentes, assim como as problemáticas mais prevalentes no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários.

A observação de consultas teve como objetivo central recolher informações sobre os utentes, sobre a interação entre psicólogo e utente, bem como conhecer e perceber a dinâmica de uma consulta de psicologia e as competências/estratégias recorridas bem como a relação estabelecida.

### **6. Intervenção Individual**

Os programas de intervenção individual visam o fornecer estratégias e o desenvolvimento de habilidades que capacitam os utentes para lidar com os seus problemas, desmistificar e mudar a atitude perante os seus medos e ainda que tirem o máximo proveito com as novas aprendizagens, Assim de entre as abordagens terapêuticas disponíveis, escolheremos a mais apropriada, quando houver necessidade da pessoa restabelecer ou manter o seu equilíbrio emocional (Campos, 2009).

Foi efetuada inicialmente uma avaliação psicológica, permitindo desta forma a aquisição de informações, através de vários métodos, técnicas e instrumentos e cujo objetivo passa pela compreensão do sujeito e dos seus problemas, pela verificação de hipóteses acerca dos seus comportamentos e têm em vista o diagnóstico, e o potencial contributo das informações obtidas para o aconselhamento ou psicoterapia (Simões, 1995). Esta avaliação foi realizada através da entrevista de avaliação clínica, que facilitou a formulação das estratégias de tratamento e o construir de uma boa relação terapêutica. Permitiu também trazer à tona questões que o utente tinha mais dificuldade em falar, proporcionando uma grande riqueza de informação (Caballo, 2005).

Adicionalmente no processo de avaliação foram utilizados vários instrumentos de avaliação disponíveis no ACES, como a BATP, WISC-III, BDI, CDI, CAS, MMPI, Graffar, WAIS-III, Roberts, Desenho da Família entre outros.

Assim, utilizando diferentes abordagens e técnicas, foram utilizadas estratégias de intervenção adequada a cada caso concreto, pois o objetivo de qualquer intervenção terapêutica é conseguir de alguma forma a mudança que é distinta de acordo com as características dos indivíduos e com a finalidade de alterar o comportamento.

## **6.1. Casos Clínicos**

### **6.1.1 Caso clínico A.**

#### **Identificação e História do Problema**

A, tem 10 anos, é do sexo feminino e frequenta o 5º ano de escolaridade. Vive com a mãe de 39 anos, administrativa, com o seu pai de 37 anos que trabalha como rececionista e com a sua irmã mais nova com 4 anos, que frequenta o jardim- escola.

A. vem encaminhada para a consulta de psicologia clínica pelo médico de família que segundo informação dos professores e dos pais apresenta desinteresse pelas atividades escolares e revela alguma apatia, solicitando a sua avaliação e orientação terapêutica. Segundo a informação revelada pela mãe, A. teve um desenvolvimento adequado até à data, com bom aproveitamento escolar, embora apresentasse desinteresse no início de novas tarefas, tanto escolares como de outro tipo e com alguma apatia. Não existiram tentativas prévias de tratamento. A professora revela que apesar de ser uma criança bem comportada, A. é muito reservada, mas empenhada nas tarefas.

#### **Anamnese**

A. é a primeira filha do casal, fruto de uma gravidez desejada. A gravidez foi planeada e a mãe foi acompanhada não havendo qualquer referencia a problemas durante a gestação. No entanto o parto foi bastante complicado, com recurso de epidural e com a duração de cerca de 10 horas. A. necessitou de reanimação, pois o seu posicionamento não era o adequado, necessitando de três dias de internamento e de aspiração de secreções durante o internamento. Relativamente ao nível desenvolvimental de A., foi amamentada até aos 12 meses, começou a andar por volta dos 13 meses e a falar por volta dos 18 meses. O controlo de esfíncteres ocorreu por volta dos 2 anos.

A mãe refere que o temperamento de A. é pautado por teimosia, com algumas birras e comportamentos impulsivos. Quanto ao sono, a sua mãe refere que nunca teve qualquer problema que considerasse relevante.

A. frequentou o infantário dos 3 aos 6 anos, e entrou para o ensino básico com 6 anos por opção dos pais, uma vez que o seu aniversário é em Setembro, iniciando o 1º ano com 6 anos e poucos dias.

Durante o ensino básico não apresentou dificuldades de aprendizagem, e a sua mãe apenas referia que a sua maior dificuldade seriam os trabalhos de casa que eram iniciados por vontade de mesma, mas terminados com alguma dificuldade.

Ao nível da comunicação e relações interpessoais, A. refere ter bastantes amigas e amigos na Escola, com as quais brinca e estuda. Quanto ao ambiente familiar, é referido pelos pais como sendo um ambiente tranquilo, com algumas discussões e conflitos, mas que rapidamente se resolvem. A mãe refere que A. se dá bastante bem com a sua irmã, mas por vezes adota uma postura autoritária, como se tratasse “da sua segunda mãe”. A sua mãe refere que A. é extremamente organizada, irritando-se com a irmã quando esta lhe desorganiza as suas coisas. Refere que o seu pai é bastante carinhoso com ambas as filhas, e não tem nenhuma atitude repreensiva, pois quem normalmente dita os castigos é a mãe. A. tem apoio escolar em algumas disciplinas e não está a utilizar qualquer tipo de medicação.

## **Observação**

A. demonstrou na primeira consulta alguma timidez, não mantendo o contato ocular, e respondia apenas a questões quando reforçada pela mãe. No entanto, na segunda consulta já se mostrou mais disponível para o diálogo. Apresentava uma aparência bastante cuidada, e colaborou em todas as consultas na execução dos testes e provas de avaliação, revelando ser bastante organizada com os materiais, preocupada com pormenores e tentando concentrar-se na execução dos mesmos.

## **Avaliação**

Para além da entrevista de avaliação aos pais, que permitiu recolher informação sobre o problema e história de vida da criança, foram utilizadas para o processo de avaliação o Inventário de Depressão para Crianças (CDI), O Desenho da Família, as Matrizes Progressivas Coloridas de Raven (MPCR), Figura Complexa de Rey e a Escala de

Inteligência de Wechsler para Crianças ( WISC- III) e Bateria de Atenção de Toulouse Pieron. (BATP).

Na escala de Depressão para Crianças (CDI), que foi desenvolvida para permitir uma medição rápida da extensão com que a criança exibe a sintomatologia depressiva, apresentou ausência de depressão (T=9), percentil 50.

No desenho da família, que é indicado para uma avaliação dinâmica, em que se investigam relações familiares atitudes e sentimentos do sujeito para com a sua família (Corman, 1979), A., ao nível gráfico, iniciou o desenho da esquerda para a direita, num sentido progressivo, com um traçado forte, enfatizando a personagem da mãe que foi desenhada maior que os outros; ao nível das estruturas formais tem predominância nas linhas curvas, destacando um tipo sensorial. Quanto ao conteúdo evidencia a figura materna, com um traçado mais cuidado, representando a pessoa com que A. se identifica mais; Desvaloriza a figura fraterna, pelo tamanho menor em relação às outras personagens, sendo representada tanto a irmã como o pai menos caprichadas e menos detalhadas. Colocou o desenho no terço médio, zona dos afetos e da sensibilidade indicando segurança.

Ao desenhar a mãe em primeiro lugar, revela alguma dependência e identificação, o que vai de encontro com a entrevista realizada, não se podendo considerar um fator de conflito ou de tensão. O fato de desenhar a mãe em primeiro lugar e do lado esquerdo, pode significar que a admira ou se identifica com a mesma inconscientemente. Ainda de referir o fato de ter suprimido as mãos do pai e da irmã, que pode indicar algumas diferenças individuais no âmbito da afetividade, e tal situação é corroborada com o fato de A. se envolver em brigas com a sua irmã.

Nas Matrizes Progressivas Coloridas de Raven (MPCR), utilizado para medir a inteligência geral e a capacidade dedutiva, ou seja o aspeto lógico e não verbal da inteligência (Simões, 1994). A, encontra-se no Percentil 10 que equivale ao Grau IV, Indicando que está nitidamente abaixo da capacidade intelectual.

A Figura Complexa de Rey, tem como objetivo a avaliação do desenvolvimento mental do indivíduo, e explorar o nível de estruturação da atividade perceptiva, perturbações da estruturação espacial, a atenção, e as capacidades da memória imediata. Avaliando qualitativamente a reprodução da figura, A, tem um tipo de reprodução do tipo III-contorno geral, sendo frequente nesta idade este tipo de reprodução, e a justaposição dos detalhes prolonga o sincretismo, pertencendo ao Estádio II do tipo secundário. Pode-se constatar que ao comparar com os outros testes de Inteligência, apresenta algumas dificuldades na estruturação da percepção.

Com o intuito de avaliar a atenção voluntária permanente (capacidade de concentração), poder de realização e resistência à fadiga, aplicou-se a BATP. No que diz respeito à capacidade para concentrar a atenção apurou-se um Rendimento de Trabalho nível inferior (valor obtido) 70, valores médios de 100 a 150), e o Índice de dispersão médio alto (15% valor obtido: 15% valores médios: 5 a 15%), indicador de certa dificuldade de concentração apresentando uma curva de trabalho reveladores de fadiga e quebra de rendimento no final da prova.

Por fim a WISC-III os resultados obtidos indicam um QI total = 120, percentil 91, com um intervalo de confiança de 95, pelo que nos deparamos com um nível de intelectual Superior. Os resultados indicaram diferenças significativas entre a escala verbal e a escala de realização, porém verificou-se um nível intelectual superior na escala verbal ( QI= 127) , e um nível intelectual médio na escala de realização (QI= 106). Estes dados indicam-nos que a criança não raciocina ou se expressa a um nível equivalente. A apresentou níveis abaixo da média nas provas de realização dos Cubos (6), no Código(4) e Labirintos (7), que indicam a não implicação da criança neste tipo de tarefas, que está muito próxima das tarefas escolares, assim como também nos indicam a falta de controlo de impulsividade e aptidão intelectual na procura progressiva de uma direção e adaptação social.

Assim embora com uma inteligência superior, não se insere necessariamente na categoria de sobredotação intelectual tendo em conta o ponto de referencia, o ponto de corte 130 quando comparada com outras escalas de inteligência.

### **Diagnóstico Multiaxial**

**Eixo I:** 314.9 Perturbação por Défice de Atenção Sem outra Especificação [F90.9]

**Eixo II:** V71.09 Sem diagnóstico [Z03.2]

**Eixo III:** Nenhum

**Eixo IV:** Problemas com o grupo de apoio primário ( desacordo com a irmã)

**Eixo V:** AGF= 60 (momento da avaliação) AGF= 70(actual).

### **Diagnóstico Diferencial**

No caso de A. aplicam-se as perturbações com sintomas predominantes de falta de atenção pois não preenche os critérios de Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção, pois inclui um tipo predominantemente desatento e o quadro sintomático não

preenche todos os critérios da perturbação, e mantém um comportamento marcado pela lentidão, sonhar acordado e hipoactividade. Os sintomas de falta de atenção são frequentes em crianças de QI baixo, quando colocadas em situações escolares desadequadas à sua capacidade intelectual. Neste caso podem excluir-se a Deficiência Mental, pois não há existência e sintomas excessivos de falta de atenção ou hiperatividade em relação à sua idade mental. Não existem comportamentos de oposição, nem resistência a executar tarefas laborais, assim como recusa a aceitar as exigências dos outros. Exclui-se também a perturbação de movimentos estereotipados, pois A. nem apresenta estereotipia mas sim hipoatividade. O comportamento não resulta de outra perturbação mental, não existem comportamentos disruptivos nem perturbação de Ansiedade e de Humor. A perturbação não ocorre durante o decurso de uma Perturbação Global do desenvolvimento ou Perturbação Psicótica. A. não usa qualquer tipo de medicação logo pode excluir-se também Perturbação pela Utilização de Outras Substâncias Sem Outra Especificação.

### **Conceptualização Clínica**

O caso de A. deve ser analisado tendo em conta o contexto em que se insere, o ambiente familiar onde está inserida assim como o desenvolvimento de acordo com a sua idade. Para que o diagnóstico seja feito, o DSM-IV-TR (2002) exige que os sintomas referidos tenham persistido por, pelo menos, seis meses, em grau desadaptativo e que sejam inconsistentes com o nível de desenvolvimento da criança. Exige também que alguns dos sintomas tenham surgido antes dos 7 anos de idade e que comprometam pelo menos duas áreas, entre escola, trabalho e casa. Apesar desta delimitação de critérios, a definição da Perturbação por Défice de Atenção (PDA) encontra-se ainda longe de atingir a unanimidade de opiniões no que diz respeito ao facto deste distúrbio ser visto como uma doença mental, tal como preveem os principais manuais de classificação psiquiátrica. Segundo Pelham, Wheeler e Chronis (1998), é essencial que os pais tenham conhecimento desta perturbação e das suas formas de intervenção, pois só identificando possíveis obstáculos, os poderemos contornar e assim promover um incremento da eficácia da nossa atuação junto das famílias com esta perturbação. Cada vez mais cedo, crianças têm sido encaminhadas, diagnosticadas e medicadas como hiperativas e/ou desatentas. No contexto escolar, a hiperatividade e/ou défice de atenção apresenta-se como justificativa corrente para o fracasso escolar de um número expressivo de crianças, atribuindo-se a elas a responsabilidade por não aprender e isentando

de análise o contexto escolar e social em que estão inseridas (Tuleski, 2010), no entanto A. Tem um bom aproveitamento escolar.

No que diz respeito ao contexto familiar, verifica-se que apesar de não surgirem como uma causa desta perturbação parecem ser um factor agravante e, nesse sentido, condicionante do prognóstico da mesma (Goldstein & Goldstein, 1998).

## **Intervenção**

A intervenção privilegiada utilizada em A. foi a do tipo educacional, salientando-se a promoção de estilo educacional baseado na paciência e no diálogo assim como a educação centrada na tolerância, na empatia, na compreensão, no diálogo e no reforço da auto-estima da criança. Sendo assim, entre os diferentes tipos de intervenção podemos agrupar aqueles que têm como principal objectivo reduzir os sintomas primários ou específicos da Perturbação e aqueles que se direccionam para minorar os restantes problemas que acompanham esta perturbação (Goldstein & Goldstein, 1998; Shelton & Barkley, 1995).

A Perturbação por Défice de atenção não se pode reduzir a formas de intervenção isoladas, mas requer sobretudo uma visão holística que permita a combinação das mesmas (Goldstein & Goldstein, 1998; Shelton & Barkley, 1995).

No que diz respeito à Intervenção ao nível familiar, é ao nível parental que surgem a maioria dos programas de intervenção ao nível da PHDA e estes parecem ultrapassar algumas limitações colocadas pela intervenção ao nível farmacológico (Pelham et al., 1998). Nesse sentido combinaram-se as práticas tipicamente comportamentais, com práticas cognitivo-comportamentais, neste caso dirigidas ao contexto familiar. Tratando-se a PDA de um problema de não conseguir fazer aquilo que se sabe que deveria ser feito, incentivaram-se pais a orientarem A. no sentido da autorregulação de forma a redireccionarem os seus comportamentos para objectivos futuros, promovendo a realização completa de tarefas e o cumprimento de regras.

A automonitorização foi também utilizada por ser um método de ensinar A. a prestar atenção ao seu comportamento e a avaliar o seu próprio desempenho, o que conduz a um melhor autocontrolo” (Parker, 2003). A automonitorização requer que a criança haja como um observador do seu próprio comportamento e que registre as suas observações. Em conjunto com os pais utilizou-se a psico educação com o objectivo de garantir os progressos da criança e dos passos que estão a ser dados no sentido de a apoiar no contexto escolar e familiar. A

comunicação pais/ professores foi também uma exigência perante os pais para que estes possam conversar sobre estratégias de apoio ao trabalho da criança em casa. Foram, como refere Chaves (1999), determinantes as seguintes recomendações básicas:

- 1- Prestar atenção à criança, ouvindo-a e falando-lhe com tranquilidade. Os pais devem explicar à criança o seu problema e quais os meios de o ultrapassar.
- 2- Os pais devem conhecer os interesses do filho e utilizá-los como elementos motivacionais para o ajudar a aprender, de modo mais eficaz, seguindo programas de aprendizagem associados.
- 3- Atuarem sempre como modelos positivos.
- 4- Ajudar a criança a aumentar a confiança em si e a sua auto-estima.
- 5- Demonstrar carinho à criança com beijos e carícias.
- 7- Aceitar a criança como ela é. Não criar expectativas inadequadas,
- 8- Manter constantes os horários das refeições, banho e sono.
- 9- Comunicar à criança qualquer possível alteração da dinâmica familiar com suficiente antecipação para que a criança possa adaptar-se a ela.
- 10- Participar nas tarefas domésticas segundo as suas capacidades.
- 11- Comentar de modo tranquilo à criança as suas más atuações e fazer-lhe ver que é necessário sempre pensar antes de atuar e que a pressa provoca acidentes.
- 12- Elogiar a criança quando se comporta bem. Isso faz aumentar os comportamentos positivos.
- 13- Preocupar-se com a alimentação da criança e com uma dieta nutritiva adequada com suporte vitamínico suficiente.
- 14- Comentar os erros da criança e encontrar possíveis alternativas aos seus erros.
- 15- Não atuar com a criança permissivamente. A liberdade total pressupõe uma maturidade que estas crianças não têm. Quando estão num ambiente sem normas definidas, sentem-se ansiosos e confusos. Estas crianças aprendem pouco quando os adultos estão pouco preocupados em motivá-los.
- 16- Recomendar aos pais que utilizem a sua autoridade de forma assertiva, o que implica saber dizer “não” quando a criança pede ou exige coisas pouco razoáveis.
- 17- Permitir um ambiente consistente. A consistência não significa rigidez mas coerência e firmeza nas atitudes dos pais (Chaves, 1999).

O contrato comportamental foi a estratégia utilizada para ir de acordo ao referido anteriormente.

## **6.1.2 Caso Clínico P.**

### **Dados de Identificação**

P. tem 14 anos, é do sexo masculino, frequenta o 8 ano de escolaridade, vive com os pais e com uma irmã de 29 anos.

### **Identificação e História do Problema**

P. vem encaminhado para a consulta pela médica de família por medos e dificuldade em adormecer sozinho. Veio à consulta com a mãe e a irmã, e quando solicitado para a mãe entrar esta referiu ser melhor a irmã porque foi quem sempre o acompanhou. Relativamente às queixas apresentadas revela dificuldades em adormecer sozinho, não consegue estar sozinho, mesmo em casa, não sai sozinho e fica desesperado quando alguém sai, ficando nervoso e irrequieto até voltarem estando sempre a telefonar. P. refere só adormecer com a televisão ligada, programando-a para desligar automaticamente em duas horas enquanto adormece. Telefona constantemente para a mãe e a irmã quando estas saem ou chegam mais tarde a casa. Refere preocupar-se mais com a irmã porque está mais perto, e vê quando chega a casa. Tem muito medo que lhes aconteça alguma coisa, e telefona para saber se estão longe porque tem medo que elas o abandonem (sic).

### **Anamnese**

Na entrevista á mãe e irmã, consegui constatar.se que o nascimento de P foi planeado, pois o pai queria mais um filho, pois os outros estavam criados. Após o nascimento veio para casa mas devido à perda excessiva de peso voltou para o hospital onde ficou internado 13 dias em incubadora. Desde que foi para casa a principal cuidadora foi a irmã, com quem hoje mantém uma relação muito próxima. Sempre dormiu com a irmã até aos dez anos e atualmente não consegue adormecer sozinho.

P. em todos os contextos, casa, escola, tem bons relacionamentos, mas necessita sempre de uma pessoa de referência para se sentir seguro. Na escola sempre foi protegido pelos professores, no autocarro para a escola pelo motorista.

P. revelou dificuldades de adaptação à escola, durante o ensino básico chorava bastantes vezes, principalmente quando a mãe ia embora, por não suportar a separação. Até

que se suportou na funcionária da escola, com quem ia ter quando a mãe o deixava na escola. Reprovou no 2º ano pelo seu comportamento mimado como alegou a professora à mãe. Quando transitou para o segundo ciclo procurou apoiar-se na diretora de turma. P. Transitou para o 8º ano mas pretende estudar apenas até ao 9º ano, pois refere querer ir trabalhar para a carpintaria do seu irmão mais velho com 31 anos. Refere que gostaria de ser médico mas que não tem capacidade para isso.

P. teve acompanhamento psicológico durante dois anos e meio numa associação devido a terrores noturnos e ao fato de ter dificuldades em adormecer sozinho. Queixava-se frequentemente de cefaleias, realizou uma EEG a pedido da médica de família que se apresentou normal, e toma atualmente um calmante, Victan 2mg (1/2+0+1/2).

Teve benefícios com o acompanhamento psicológico mas teve agora uma recaída e por isso recorreu a nova consulta de Psicologia.

### **Observação**

P. apresentou-se na primeira consulta alguma timidez, não mantendo o contato ocular, embora não manifestasse ansiedade, manteve uma postura bastante calma e com discurso lento. Pouco espontâneo na linguagem necessitando de algum encorajamento.

### **Avaliação**

P. mostrou-se colaborante na realização das provas revelando por vezes algumas dificuldades, de um modo geral mostrou-se pouco persistente nas tarefas nas quais revelou alguma dificuldade, apresentando alguma lentidão na realização das provas.

Os instrumentos utilizados foram a Figura Complexa de Rey, o Teste de Retenção Visual de Benton, e as Matrizes Progressivas Coloridas de Raven.

Na Figura Complexa de Rey, inicia a cópia pelos detalhes e só depois para a construção central, caracterizando-se por uma construção do tipo II que não é dominante em nenhuma idade, pertencendo ao Estádio II do tipo secundário.

P. apresenta uma percepção visuo-espacial dentro dos valores médio, sendo de realçar algum défice na memória visual e perceptiva,

No teste de retenção Visual de Benton obteve 5 desenhos corretos, quando seriam de esperar 6. Relativamente ao número de erros, obteve 9 quando seriam de esperar apenas 6. Deste modo, entre os resultados esperados e atendendo ao nível cognitivo apurado,

registaram-se diferenças significativas que indicam a possibilidade de inaptidão específica a nível da memória visual e dificuldades a nível da função visuo-motora.

No que diz respeito às Matrizes Progressivas Coloridas de Raven, P encontra-se no Percentil 10 que equivale ao Grau IV, indicando que está nitidamente abaixo da capacidade intelectual.

Salienta-se a presença de dificuldades em algumas competências específicas, nomeadamente ao nível da atenção e da memória visual e perceptiva, e demonstra dificuldades na compreensão oral e escrita.

### **Diagnóstico Multiaxial**

**Eixo I:** 309.21 Perturbação da Ansiedade de Separação [F93.0]

**Eixo II:** V71.09 Sem diagnóstico [Z03.2]

**Eixo III:** Nenhum

**Eixo IV:** Problemas relacionados com o ambiente social

**Eixo V:** AGF= 50 (momento da avaliação)

AGF=75(actual)

### **Diagnóstico Diferencial**

A Perturbação de Ansiedade de Separação distingue-se da Perturbação de Ansiedade Generalizada uma vez que a ansiedade se refere predominantemente à separação da casa e das figuras de vinculação. Também em contraste com a Perturbação de Pânico, a ansiedade refere-se apenas às figuras de vinculação mais do que ficar incapacitado por ataque de pânico inesperado. Exclui-se a Fobia Social e Perturbações de humor e perturbação de comportamento uma vez que a ansiedade de separação não é responsável por faltas escolares, a criança habitua-se a permanecer longe de casa, e a recusa a ir á escola deve-se ao afastamento das figuras de Vinculação. A Perturbação de oposição só é diagnosticada se ocorrerem comportamentos de oposição em situações que não estejam relacionadas com a separação ou com a sua antecipação.

## **Conceptualização Clínica**

P. apresenta angústia de separação, ou seja, grande aflição ou medo de perder as figuras de referência, a mãe e a irmã. Durante os primeiros anos de vida de P., a mãe estava muito ausente, delegando o papel de cuidadora à irmã. Este comportamento da mãe para com o bebé, nesta fase de vida, é um factor preditor da vinculação que tem com função a protecção e como objetivo a proximidade (Cunha, 2006). A mãe deve ajudar o bebé a aprender a auto-regular-se e a proteger-se. Neste caso a vinculação existente entre mãe-filho é ambivalente, ou seja, existe uma procura ativa de proximidade com a mãe e um grande desespero quando se separa dela, expressando sentimentos de ansiedade e de medo. P é bastante inseguro e, com grande necessidade de se ligar a uma figura que represente protecção nos vários contextos em que se insere.

De acordo com o DSM IV TR (2002) P. Preenche os critérios que permitem o diagnóstico para a Perturbação da Ansiedade por Separação. Nomeadamente, ansiedade excessiva e inadequada relativamente à separação de casa e das figuras de vinculação tendo em conta o seu nível de desenvolvimento. Mal estar excessivo e recorrente quando ocorre ou é antecipada a separação, preocupação pela perda das figuras de vinculação por possíveis males que lhes possam acontecer (Bowlby, 1980). Quando separados tem necessidade de saber onde estão as figuras de vinculação e entrar em contacto com elas, como por exemplo, através do telefone. Medo persistente e excessivo de estar em casa sozinho sem as principais figuras de vinculação, ou noutros contextos sem adultos significativos. Geralmente são incapazes de estar sós e revelam problemas em ir para a cama, pois exigem a presença de alguém junto deles até adormecerem.

## **Intervenção**

Relativamente à intervenção optou-se pela terapia cognitivo-comportamental, O tratamento da Ansiedade de Separação envolveu necessariamente a terapia, orientação dos pais e a mudança de alguns comportamentos da família, a fim de estimular a independência da criança.

Utilização da terapia narrativa da ansiedade, que de acordo com White (2006), permite a identificação e compreensão de problemas, assim como os efeitos destes nas suas vidas. Deste modo através da leitura do livro “ As aventuras de Joana contra o medo”, conseguimos:

- Identificação dos medos com P. e relativização dos mesmos,

- Externalização, como o medo afecta a nossa vida,
- Alterações corporais, emocionais e cognitivas da ansiedade e medo,

De seguida procedeu-se a uma avaliação intercalar dos resultados através de registos numa folha de reforço para dormir sozinho. Utilizou-se a Psicoeducação à mãe sobre a importância em não ceder em ir adormece-lo, e se eventualmente P, estiver bastante ansioso, demonstrar-lhe segurança e afecto. Por fim ficou combinado que a mãe deve sair e dizer a P. onde vai e estimar o tempo de demora, e avaliar a sua reacção. Gradualmente a mãe sairá sem dizer onde vai por períodos curtos de tempo que vai espaçando conforme a ansiedade de P:

Neste momento desenvolvem-se algumas tarefas com os pais, de acordo com os resultados terapêuticos.

### **6.1.3 Caso Clínico M.**

#### **Identificação e História do Problema**

M. tem 66 anos. é do sexo feminino, reformada, e vive com o marido de 67 anos, também reformado, por invalidez. A utente vem encaminhada pelo médico de família para resolução de problemas familiares, mas a própria refere que o motivo da consulta é o fato de não se sentir bem devido a uma queda dada em Agosto de 2012. É seguida em Cardiologia no Hospital de Santa Maria Maior de Barcelos e em Psiquiatria no Hospital Escala Braga há cerca de 10 anos. Toma atualmente Fluoxetina 20mg, Bromalex 6 mg, Kainever 2mg, Lasix 40 mg e Formoterol 12. A médica de família entretanto suspendeu-lhe temporariamente o Kainever e refere não estar a dormir adequadamente desde que lhe foi retirado o medicamento.

#### **Anamnese**

M. mora com o marido reformado por invalidez devido a eletrocussão no local onde trabalhava, com quem refere ter uma relação instável à cerca de 40 anos, afirmando ser um casamento “arranjado”. Tem dois filhos, 1 rapaz com 43 anos e uma rapariga com 39, e ainda dois netos fruto da relação da filha com o marido.

Revela que os seus netos são a sua alegria de viver (sic). M. está reformada desde os 54 anos de idade, altura em que deixou o seu emprego como operária têxtil que iniciou aos 14

anos. Tem também ao seu cuidado a sua irmã mais nova com Alzheimer que reside na casa junto à dela.

O principal motivo que a leva a procurar ajuda, é a relação que sempre teve com o marido, referindo várias vezes que sempre o sustentou e que este está sempre contra todas as decisões. O marido maltrata a verbalmente, esconde-lhe as chaves de vários compartimentos da casa e inclusive controla todos os seus gastos. Acredita que a filha dá apoio ao marido quando M. tenta desabafar com ela. M. refere sentir-se perseguida pelos dois.

### **Observação**

M. apresenta-se á consulta bastante ansiosa, com um discurso incoerente, tremores, e aspeto não coincidente com a idade cronológica. Foram várias as tentativas para iniciar a avaliação formal, uma vez que M. possui um discurso verborreico, distraíndo-se com facilidade e abstraíndo-se dos objetivos de avaliação. Tem um contato cordial e afável, mas com uma personalidade de características depressivas , reforçadas com sentimentos de depreciação quanto ao seu futuro, desenvolvendo afetos lábeis. Dificuldade de controlo emocional, desenvolvendo isolamento com ideação perseverante e conteúdo pessimista com ruminação do pensamento.

### **Avaliação**

M. mostrou-se colaborante na realização das provas revelando por vezes algumas dificuldades, de um modo geral apresentou alguma lentidão por dificuldade de leitura e tremor, associadas ao processo demencial. A avaliação comportamental envolveu a observação e a análise do comportamento no seguimento das consultas. Como instrumentos de avaliação foram utilizados o Inventário de Depressão de Beck (BDI), o Mini Mental State, e realizado um Exame Neuropsicológico sumário que incluiu o teste do relógio, com a finalidade de avaliar a capacidade para recuperar a representação do tempo presente na memória semântica e a sua codificação e representação num sistema visuo-espacial familiar e a integridade dos sistemas atencionais, linguagem receptiva, memória de trabalho e habilidades visuo-espaciais; incluiu também as Séries de Luria com o intuito de avaliar Défice na organização dinâmica dos atos motores, sendo caracterizado pela incapacidade de realizar ações sequências e alternadas de acordo com um programa padrão.

No BDI apresentou um total de 19 pontos, indicando um quadro depressivo leve, no

Mini Mental State obteve um total de 30 pontos = escolaridade superior a 14 anos. No que diz respeito ao teste do relógio obteve 5 pontos, uma vez que colocou os números amontoados num extremo da esfera ou números incorretos, o que nos pode indicar o início de um processo demencial. E nas séries de Luria apresenta preservação.

### **Diagnóstico Multiaxial**

**Eixo I:** Perturbação Depressiva Major [F296.3.1]

**Eixo II:** V71.09 Sem diagnóstico [Z03.2]

**Eixo III:** Gornartrose [715.90]

**Eixo IV:** Problemas com o grupo de apoio primário ( problema conjugal com maus tratos psicológicos pelo marido)

**Eixo V:** AGF= 50 (momento da avaliação)

AGF=60(actual)

### **Diagnóstico Diferencial**

A Perturbação Depressiva Major pode estar associada a dificuldades de pensamento e concentração com capacidades intelectuais gerais diminuídas. Os indivíduos às vezes têm um fraco desempenho em exames do estado mental e testes neuropsicológicos. Particularmente em pessoas idosas, muitas vezes é difícil determinar se os sintomas cognitivos são melhor explicados por uma demência ou por um Episódio Depressivo Major. Este diagnóstico diferencial pode ser consubstanciado por uma avaliação médica completa e uma determinação do início da perturbação, sequência temporal dos sintomas depressivos e cognitivos, curso da doença, história familiar e resposta ao tratamento. O estado pré-mórbido do indivíduo pode ajudar a diferenciar a "pseudodemência" (isto é, prejuízos cognitivos devido a um Episódio Depressivo Major) da demência. Nesta, existe habitualmente uma história pré-mórbida de declínio nas funções cognitivas, enquanto o indivíduo com um Episódio Depressivo Maior está muito mais propenso a ter um estado pré-mórbido relativamente normal e um declínio cognitivo abrupto associado com a depressão.

A demência deve ser diferenciada do declínio normal no funcionamento cognitivo que ocorre com o envelhecimento (como no Declínio Cognitivo Relacionado à Idade). O diagnóstico de demência é indicado apenas quando existem evidências demonstráveis de maior comprometimento da memória e cognitivo do que seria esperado, levando-se em conta

os processos normais de envelhecimento e se os sintomas causam prejuízo no funcionamento social ou ocupacional.

### **Conceptualização Clínica**

Depressão é uma perturbação com muitos e variáveis sintomas de alterações afetivas e comportamentais. Os fatores que podem provocar a depressão estão divididos em genéticos, psicossociais, e biológicos (neuronal). Os sintomas mais presentes na Depressão são: sentimentos profundos de tristeza e desesperança, alterações no apetite ou peso, alterações no sono e atividade psicomotora, diminuição da energia, sentimentos de desvalia ou culpa, pensamentos recorrentes sobre morte ou ideação suicida, planos e tentativas de suicídio, crises de choro. Alguns indivíduos salientam queixas somáticas (p. ex., dores ou mazelas corporais) em vez de sentimentos de tristeza (Christensen, Cuijpers, Griffiths & Donker, 2009).

A pessoa com Depressão relata ainda menor interesse por passatempos que antes lhe eram agradáveis, diz não se importar mais, algumas vezes também com as pessoas a sua volta. Até mesmo se alimentar pode ser uma tarefa difícil para pessoas que passam por Depressão, sentem que precisam se forçar a comer. Algumas pessoas, ainda, apresentam avidez por determinados alimentos, como doces ou massas. Fadiga persistente sem esforço físico também é bastante relatada no consultório por quem está passando por Depressão.

O rendimento intelectual é diminuído na Depressão, as queixas mais frequentes são dificuldades para concluir um pensamento, elaborar ideias, dificuldade para se lembrar de fatos passados, que tenham ocorrido há alguns dias ou mesmo há poucas horas.

A característica essencial de um Episódio Depressivo Maior é um período mínimo de duas semanas, durante as quais há um humor deprimido ou perda de interesse ou prazer por quase todas as atividades. O indivíduo também deve experimentar pelo menos quatro sintomas adicionais, extraídos de uma lista que inclui: alterações no apetite ou peso, sono e atividade psicomotora; diminuição da energia; sentimentos de desvalia ou culpa; dificuldades para pensar, concentrar-se ou tomar decisões, ou pensamentos recorrentes sobre morte ou ideação suicida, planos ou tentativas de suicídio (DSM IV). A fim de contabilizar para um Episódio Depressivo Maior, a presença de um sintoma deve ser recente ou então ter claramente piorado, em comparação com o estado pré-episódico da pessoa. Os sintomas devem persistir na maior parte do dia, praticamente todos os dias, por pelo menos 2 semanas

consecutivas. O episódio deve ser acompanhado por sofrimento ou prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, profissional ou outras áreas importantes da vida do indivíduo. Para alguns indivíduos com episódios mais leves, o funcionamento pode parecer normal, mas exige um esforço acentuadamente aumentado.

O humor em um Episódio Depressivo Maior frequentemente é descrito pela pessoa como deprimido, triste. Em alguns casos, a tristeza pode ser inicialmente negada, mas subsequentemente pode ser revelada pela entrevista (no caso de M, o choro).

## **Intervenção**

O modelo utilizado na intervenção em M, teve por base o teórico cognitivo-comportamental uma vez que propõe a hipótese de que nossas emoções e comportamentos são influenciados pela maneira de como percebemos e interpretamos os eventos e considera que o pensamento disfuncional ou distorcido seja apresentado (Costa & Fioroni, 2009). A psicopatologia é resultante de significados mal adaptativos que o sujeito constrói em relação a si, ao contexto ambiental e ao futuro que juntos formam a tríade cognitiva. Assim a cognição como a chave para os transtornos psicológicos, pois a cognição é a função que envolve deduções (pensamentos) sobre a experiência do indivíduo e sobre a ocorrência e o controle da sua percepção dos eventos.

Através de registros de pensamentos, usados na terapia cognitivo-comportamental, as crenças não verdadeiras e os pensamentos distorcidos podem ser modificados pelo acesso a pensamentos alternativos e compensatórios, desenvolvendo-se novas crenças, facilitando a mudança dos estados de humor e do comportamento (Haag, Nunes & Duarte, 2008). M. teve um quadro de evolução favorável, no entanto ainda apresenta humor deprimido, continuando a realizar consulta semanal.

### **6.1.4 Caso clínico J.**

#### **Identificação e História do Problema**

J. é uma mulher com 43 anos, vem encaminhada para a consulta por perturbação de ansiedade relacionada com o fato de estar desempregada, está em tratamento de

emagrecimento e foi aconselhada pela nutricionista a ser acompanhada por Psicologia, está viúva há cerca de 7 anos, tem 3 filhas e tem os seus pais a seu encargo.

### **Anamnese**

J. é uma mulher de 43 anos, viúva há cerca de 7, no entanto atualmente mantém uma relação com um novo companheiro com quem tem uma relação estável. Mora com duas das suas filhas com 17 e 11 anos que estão ao seu encargo, e tem uma filha mais velha com 21 anos que já reside com o seu namorado, mas com quem mantém contacto diário e com quem tem uma ótima relação segundo refere. Trabalha em regime de part - time num armazém de gomas e faz “algumas horas” como empregada doméstica, sem descontar para a segurança social para não perder o benefício do subsidio de desemprego. Ficou viúva há cerca de 7 anos, uma vez que o seu marido faleceu com cancro. Refere sempre ter sido uma mulher feliz, mas quando perdeu o seu anterior emprego e por estar em processo de despedimento litigioso, tornou-se uma pessoa ansiosa. Tem a seu cargo os seus pais que residem no piso superior da sua casa, e a sua mãe causa-lhe alguma preocupação por ser uma mulher dependente de si para a realização das atividades de vida diárias. Está a ser seguida em Nutricionista, e desde há dois anos que perdeu cerca de 12 quilos, pesa 82 kg. Está atualmente medicada com alprazolam 1 mg com uma única toma diária.

### **Observação**

J. compareceu nas consultas de Psicologia Clínica, com boa apresentação, idade aparente com a sua idade cronológica, mantendo o contacto ocular, mas demonstrando sintomatologia ansiosa, pelo facto de não estar a conseguir perder o peso que esperava. No entanto mostrou-se colaborante durante todo o processo de avaliação e intervenção.

### **Avaliação**

No que diz respeito á avaliação, foram utilizados o Inventário para a Depressão de Beck no qual obteve uma pontuação total de 14, o que nos indica presença de sintomas depressivos leves. Para avaliar a ansiedade utilizou-se o Inventário de Ansiedade Estado-Traço no qual se obteve uma pontuação na Ansiedade Estado de 54 indicando ansiedade elevada e na Ansiedade Traço uma pontuação de 46 o que nos indica ansiedade moderada.

## **Diagnóstico Multiaxial**

**Eixo I:** Perturbação de Ansiedade Generalizada [F41.1]

**Eixo II:** V71.09 Sem diagnóstico [Z03.2]

**Eixo III:** Antecedentes de Obesidade

**Eixo IV:** Problemas relacionados com a Interação do sistema legal uma vez que está em processo litigioso de desemprego

**Eixo V:** AGF=60 ( momento da avaliação)

AGF=90 (atual)

## **Diagnóstico Diferencial**

A Perturbação de Ansiedade Generalizada deve ser diferenciado de Perturbação de Ansiedade Devida a uma Condição Médica Geral. O diagnóstico é de Perturbação de Ansiedade Devido a uma Condição Médica Geral se os sintomas de ansiedade são considerados uma consequência fisiológica direta de uma condição médica geral específica. Esta determinação baseia-se na história, análises laboratoriais e exame físico. Uma Perturbação de Ansiedade Induzida por Substância é diferenciado de Perturbação de Ansiedade Generalizada pelo fato de que uma substância (droga de abuso, medicamento ou exposição a uma toxina) está etiologicamente relacionada com o distúrbio de ansiedade. Por exemplo, a ansiedade severa que ocorre apenas no contexto de pesado consumo de café seria diagnosticada como Perturbação de Ansiedade Induzido por Cafeína, Com Ansiedade Generalizada.

Quando uma Perturbação do Eixo I está presente, um diagnóstico adicional de Perturbação de Ansiedade Generalizada deve ser feito apenas quando o foco da ansiedade e preocupação não tem relação com a outra Perturbação, isto é, a preocupação excessiva não está restrita a ter um Ataque de Pânico, sentir embaraço em público (como na Fobia Social), ser contaminado (como na Perturbação Obsessivo-Compulsivo), ganhar peso (como na Anorexia Nervosa), ter uma doença grave (como na Hipocondria), ter múltiplas queixas físicas (como na Perturbação de Somatização) ou preocupações com o bem-estar de pessoas próximas ou por estar afastado delas ou de casa (como na Perturbação de Ansiedade de

Separação). Por exemplo, a ansiedade presente na Fobia Social está focalizada na ocorrência de situações sociais nas quais o indivíduo deve apresentar um desempenho ou ser avaliado por outros, ao passo que os indivíduos com Perturbação de Ansiedade Generalizada experimentam ansiedade, quer estejam ou não sendo avaliados.

Diversas características distinguem a preocupação excessiva da Perturbação de Ansiedade Generalizada dos pensamentos obsessivos da Perturbação Obsessivo-Compulsiva. Os pensamentos obsessivos não representam meras preocupações excessivas com problemas quotidianos ou da vida real, mas são intrusões ego-distónicas que frequentemente assumem a forma de ansiedade, impulsos e imagens, em acréscimo aos pensamentos. Finalmente, a maior parte das obsessões se acompanha de compulsões que reduzem a ansiedade associada com as obsessões.

A ansiedade está também presente na Perturbação de stress Pós-Traumático. A Perturbação de Ansiedade Generalizada não é diagnosticado se a ansiedade ocorre exclusivamente durante o curso da Perturbação de stress Pós-Traumático. A ansiedade também pode estar presente Perturbação de Ajustamento, mas esta categoria residual deve ser usada apenas quando os critérios não são satisfeitos para qualquer outra Perturbação de Ansiedade. A ansiedade generalizada é uma característica normalmente associada a Perturbações do Humor e Perturbações Psicóticas, não devendo ser diagnosticada em separado se ocorrer exclusivamente durante o curso dessas condições. Diversas características diferenciam a Perturbação de Ansiedade Generalizada da ansiedade não-patológica. Em primeiro lugar, as preocupações associadas com a Perturbação de Ansiedade Generalizada são difíceis de controlar e tipicamente interferem de modo significativo no funcionamento, enquanto as preocupações da vida quotidiana são percebidas como mais controláveis e podem ser adiadas até mais tarde. Em segundo lugar, as preocupações associadas com a Perturbação de Ansiedade Generalizada são mais invasivas, pronunciadas, aflitivas e duradouras e frequentemente ocorrem sem desencadeantes. Quanto mais numerosas forem as circunstâncias de vida com as quais a pessoa se preocupa excessivamente (finanças, segurança dos filhos, desempenho no emprego, reparos no automóvel), mais provável é o diagnóstico. Em terceiro lugar, as preocupações quotidianas estão muito menos propensas a serem acompanhadas de sintomas físicos (por ex., fadiga excessiva, inquietação, sensação de "nervos à flor da pele", irritabilidade), embora isto seja menos verdadeiro para crianças.

### **Conceptualização Clínica**

As mulheres são tendencialmente afetadas pela ansiedade generalizada do que os homens. A prevalência desta perturbação na população é relativamente alta, em torno de 3% da população geral sendo também o tipo de perturbação de ansiedade mais frequente do grupo de perturbações de ansiedade. Nos períodos naturais de stress os sintomas tendem a piorar, ainda que o stress seja bom, como o próprio casamento ou um novo emprego. As mulheres abaixo de 20 anos são as mais acometidas, podendo, contudo, começar antes disso, desde a infância, ou pelo contrário, em idades mais avançadas, apesar da idade avançada diminuir as chances do surgimento de perturbações de ansiedade. A ansiedade é uma resposta a uma ameaça desconhecida, interna, vaga ou de origem conflituosa. Os sintomas variam entre as pessoas. Quando considerada apenas como um sinal de alerta, a ansiedade tem qualidades de preservação da vida, proporcionando a evitação de danos, alertando o sujeito quanto às ações, preventivas ou não, frente aos perigos (Copetti, 2013).

### **Intervenção**

No Caso de J, utilizou-se dessensibilização sistemática utilizando técnicas de exposição/aproximação à experiência traumática, nomeadamente a discussão do assunto em contexto de consultório, e preparação para as audiências do processo litigioso, envolvendo três etapas básicas: relaxamento físico, estabelecimento de uma hierarquia de ansiedade em relação ao estímulo fóbico e contracondicionamento do relaxamento como uma resposta ao estímulo temido, iniciando-se com o elemento mais baixo na hierarquia de ansiedade até chegar ao ponto mais alto dessa hierarquia previamente estabelecida na segunda etapa (Caballo, 2005).

M foi acompanhada cerca de 5 meses com consultas quinzenais, e teve alta por remissão sintomatológica e ausência das queixas iniciais.

## **6.3 Estudo de Caso L.**

### **Identificação e História do Problema**

L tem 39 anos , é do sexo masculino , está atualmente desempregado e vive com a esposa de 38 anos, oficial de contas e com o filho de 11 anos.

L, vem encaminhado pela médica de família por antecedentes de obesidade e falta de auto-estima. O utente refere que inicia as atividades e tem sempre receio de não ser capaz e do que os outros possam pensar, caso não consiga executá-las.

Tem antecedentes de bypass gástrico, colocado há cerca de dois anos no Hospital de Santo António. Refere que desde criança sempre se sentiu colocado de parte por ser obeso.

### **Anamnese**

L. mora com a esposa e filho com quem mantém uma relação estável, mas refere que nem sempre consegue desabafar com a sua esposa, e prefere isolar-se.

Em criança foi portador de um vírus no intestino, razão pela qual teve que ser internado por algumas semanas, não consegue precisar atualmente quanto tempo esteve internado. Desde criança que se sentiu colocado de lado pela sua imagem e pelo excesso de peso. Aos 6 anos, foi submetido a uma avaliação e “ obteve, um QI com um valor de 106%” (sic), e refere que desde essa data, os seus pais começaram a ser demasiado exigentes com ele, acabando por repetir o 2º ano, e a partir dessa data sempre se sentiu desvalorizado pelos seus pais.

No 7º ano deixou de fazer educação física por não se sentir bem com o seu corpo e voltou a repetir o ano. Matriculou-se posteriormente no 10º ano em contabilidade, mas abandonou os estudos para começar a trabalhar como mecânico. Trabalhou depois numa empresa de componentes electrónicos que abandonou para cumprir o serviço militar. L refere que nunca mais manteve uma relação estável com os pais até aos dias de hoje, pois acredita que estes não lhe dão o devido valor, e desvalorizam todos os seus atos.

Aos 23 anos conheceu a esposa através de correspondência com quem casou aos 24 anos e foi aí que decidiu vir morar para Barcelos, onde reside atualmente.

Está desempregado no momento, a receber subsidio de desemprego, referindo um conflito laboral há cerca de cinco anos. Não contou aos pais nem aos sogros que está

desempregado por ter medo que estes o desvalorizem ainda mais. Neste momento o principal sustento da casa é a sua esposa e o seu subsídio de desemprego que termina no final do ano.

Refere ainda que é uma pessoa insegura, porque desde a adolescência que sempre foi apontado em todas as falhas, e desde essa altura que não consegue desabafar nem confiar em ninguém (sic). O seu filho com 11 anos é o motivo pelo qual quer melhorar a sua insegurança e humor deprimido, refere ainda que tem uma ótima relação com o mesmo e que não quer que o filho passe pelas mesmas situações que passou na infância.

### **Observação**

L. Apresentou-se na consulta com um discurso um pouco incoerente, mas com vontade de colaborar. Um pouco desleixado na forma de vestir, idade aparente à idade real, e manteve durante todas as consultas o contato ocular. Colaborou na execução de todos os testes solicitados, e mostrou bastante entusiasmo pelo preenchimento do MMPI. Ao longo do decorrer da intervenção foi apresentando uma imagem mais cuidada.

### **Avaliação**

Além da entrevista de avaliação clínica, que permitiu recolher informação sobre o utente, no processo de avaliação foram administrados os seguintes instrumentos: Inventário de Depressão de Beck (BDI) com o objetivo de avaliar o humor deprimido de L. Onde se obteve uma pontuação total de 14 o que nos indica uma depressão leve, Inventário de Ansiedade Estado-traço (STAY-1 e 2), onde se apurou que L. Ansiedade Estado Elevada (T= 55) e Ansiedade Traço Moderada (T=49).

Através do Inventário Multifásico de Personalidade de Minnesota (MMPI-2), podemos concluir que se trata de um perfil válido. A escala de dúvida possui uma pontuação baixa (0), o que indica que L. cooperou na tarefa e que os resultados são válidos, tendo respondido a todos os itens (protocolo válido). Relativamente às escalas clínicas, a escala de Histeria encontra-se baixa (T= 31). A escala de Hipocondria encontra-se baixa (T= 36). A escala de Psicopatia encontra-se no limiar entre a baixa e a normal T=49. Em relação às escalas de Psicastenia e Esquizofrenia os valores estão normais (T= 57), assim como a escala de hipomania que está normal (T=49). Relativamente à escala de Paranoia encontra-se moderada (T= 61), o que indica sensibilidade interpessoal, explicada pela sua história de vida. A escala de Depressão encontra-se um pouco elevada (T= 64), o que indica que desenvolveu uma

reação depressiva, assim como a escala de Masculinidade. Por fim a escala de introversão social está elevada ( T= 68) o que nos revela que L. de acordo com o que nos conta é uma pessoa que se desvaloriza pessoalmente e se isola ao nível das relações sociais. Verifica-se um padrão de elevação significativo ao nível da Depressão e da Introversão Social, que vão de encontro às queixas de L. E ao seu medo de falhar e ser apontado pelos seus erros.

Também foi administrado para avaliar a capacidade de organização perceptivo-motora, a atenção e a memória visual imediata a Figura Complexa de Rey.

Observa-se a forma como o utente copia a figura de forma a avaliarmos, até certo ponto, a sua atividade perceptiva. A prova de memória dá a indicação sobre o grau de fiabilidade da memória visual do utente comparando com um modo de percepção definido. A elaboração perceptiva pode ser insuficiente por falta de conhecimento ou de métodos adequados, quer porque o utente não os tenha adquirido, quer porque tenha sido incapaz de os formar no decurso do seu desenvolvimento. Sendo assim, há que distinguir os utentes com insuficiência de instrução e de treino, dos que cujo desenvolvimento intelectual tenha sido afectado por enfermidades congénitas ou precoces. Pode não haver um verdadeiro defeito da memória, mas insuficiência na elaboração dos estímulos apresentados para fixação. Há que ver se o utente tem a noção de consistência do objecto, o que lhe permite fazer a projecção na sua ausência. Há que também ver o grau de ansiedade do utente, pois se for invasiva e significativa não lhe permite fazer a reprodução. Avaliando qualitativamente a reprodução da figura, L., tem um tipo de reprodução do tipo I- contorno geral, sendo característico da idade este tipo de reprodução, e a justaposição dos detalhes prolonga o sincretismo, pertencendo ao Estádio III do tipo dominante. Apresenta algumas dificuldades na estruturação da percepção.

Nas Matrizes Progressivas de Raven (SPM), utilizado para medir a inteligência geral e a capacidade dedutiva L. conseguiu um total de 53 acertos o que corresponde ao percentil 78, o que nos indica que possui inteligência média, correspondente ao Grau III.

### **Diagnóstico Multiaxial**

**Eixo I:** 296.31 Perturbação Depressiva Major, recorrente, Ligeira, com Características Crónicas [F32.1]

**Eixo II:** Traços de Personalidade Paranóide [F60.0]

**Eixo III:** Antecedentes de Obesidade Mórbida

**Eixo IV:** Desemprego

**Eixo V:** AGF= 50 (momento da avaliação); AGF=60(actual)

## **Diagnóstico Diferencial**

De acordo com a informação recolhida durante as consultas, foi possível concluir que L. preenche os critérios de diagnóstico que são exigidos pelo DSM-IV-TR (2002), para uma Perturbação Depressiva Major.

Prevalecem em L. um humor depressivo e um desinteresse em todas ou quase todas as atividades. Verifica-se ainda em F. sentimento de desvalorização, diminuição de pensamento, concentração, indecisão e um humor depressivo há pelo menos 4 meses. L., sente desvalorização, não só por parte dos pais e sogros, mas também face a si próprio.

Uma Perturbação Depressiva Major, deve ser distinguida de uma perturbação do humor secundária a um estado físico geral. Deste modo esta é ponderada se a perturbação do humor for considerada uma consequência fisiológica direta de um estado físico específico como: hipotiroidismo, epilepsia (APA, 2002). No entanto, no caso de L., o seu estado depressivo não deriva de nenhum um estado físico. Logo não podemos considerar o caso de L., uma perturbação do humor secundário a um estado físico geral.

O diagnóstico de perturbação depressiva possui critérios semelhantes ao da Perturbação Distímica. Contudo, relativamente à perturbação distímica, o humor depressivo tem de estar presente mais de metade dos dias durante um período de pelo menos dois anos. Deste modo não se verifica no caso de L. uma Perturbação Distímica.

Os traços paranoides podem ser adaptativos, particularmente em ambientes ameaçadores. A Perturbação da Personalidade Paranóide deve ser diagnosticado apenas quando esses traços são inflexíveis, mal-adaptativos e persistentes e causam prejuízo significativo ou sofrimento subjetivo.

## **Conceptualização Clínica**

Tendo em conta as características dos sintomas depressivos de L., e considerando o padrão familiar de frequentes conflitos com os seus pais, uma vez que estes sempre o desvalorizaram, podemos considerar que o núcleo depressivo de L. tem como ponto de origem esta desvalorização. Bowlby (1980), na teoria da vinculação, relaciona a interação entre o sujeito e as figuras parentais, associando a origem da depressão à qualidade da relação

de vinculação. A falta de atenção, criaram um fundo melancólico ou depressivo, onde reina a auto-crítica, a baixa auto-estima e os sentimentos depressivos. Assim, à medida que os sintomas depressivos aumentaram, L. revelou uma maior necessidade de se isolar, diminuindo o relacionamento interpessoal e, deste modo, a possibilidade de atenuar a sintomatologia (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1997).

Face às situações stressantes que ocorrem no seu dia-a-dia (como a culpabilidade que os pais lhe empregam), L. acaba por não desenvolver mecanismos de auto-ajuda para responder aos estímulos negativos de forma adequada. Assim, tal como sugerem Beck, Rush, Shaw e Emery (1997), L., com depressão, experiencia uma série de emoções como a tristeza, perda de interesse pelas atividades quer laborais quer sociais que favorecem o início e a subsistência da depressão.

No caso de L. esta patologia está a interferir não só no seu relacionamento interpessoal, mas também no seu bem-estar, afastando-o dos que mais lhe estão próximos, uma vez que este prefere a solidão, por se sentir mais seguro. L. apresenta humor deprimido, perda de interesse e prazer, sentimento de inutilidade, isolamento e sentimento de culpa excessiva.

O modelo cognitivo para a depressão sugere uma abordagem nos níveis cognitivos, afectivos e comportamentais. Assim, quando ocorre a alteração nas cognições depressivas, simultaneamente, altera-se o humor e o comportamento (Young, Beck & Weinberger, 1999).

Face a situações que ocorreram na sua vida, L. não desenvolveu mecanismos que a ajudassem a responder a estímulos negativos de forma adequada, gerando uma série de emoções como a tristeza, desmotivação e perda de interesse pelas atividades diárias e sociais que favoreceram o início e a subsistência da depressão. A forma como o indivíduo interpreta um acontecimento relaciona-se com o modo como lhe vai responder (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1997).

As teorias que estudam a depressão apontam as cognições negativas como o foco central na depressão. Deste modo, emerge a “tríade cognitiva”, uma visão negativa de si, do seu ambiente e do futuro. L. apresenta esta visão negativa e desvalorizada: o meio redundante é visto como promotor destes sentimentos, considerando-se incapaz de os superar, e o futuro reflete a desesperança e descrença.

Segundo Beck (1997), devemos atribuir uma grande importância às cognições no aparecimento de comportamentos disfuncionais. L. sente-se deprimido, apresentando uma visão extremamente negativa de si mesmo, do mundo e do futuro. Será, pois, necessário atuar sobre as suas cognições para atentar a esse futuro e a uma concretização de uma vivência saudável e completa.

## **Intervenção**

Para uma intervenção adequada com L. optou-se pela utilização da terapia cognitivo-comportamental por ser uma terapia ativa, a qual visa ensinar o paciente a reconhecer pensamentos e crenças, principalmente as ideias distorcidas geradoras dos seus problemas. Esta propõe o reconhecimento das vinculações entre pensamento, afeto e comportamento, visa também, examinar as evidências a serviço de pensamentos que são automaticamente distorcidos, e ensina o sujeito a substituir esses pensamentos por interpretações mais lógicas e orientadas para a realidade, determinando afeto e comportamento mais positivos (Haag, Nunes & Duarte, 2008).

Os indivíduos com estas perturbações frequentemente interpretam de maneira disfuncional eventos triviais ou neutros do quotidiano como evidências de defeitos pessoais e têm um senso exagerado de responsabilidade pelas adversidades (Maia, 1999). A auto recriminação por estar doente e por não conseguir cumprir com as responsabilidades profissionais ou interpessoais, em consequência da depressão, é muito comum. As distorções cognitivas, que são erros sistemáticos na percepção e no processamento de informações, permeiam os estados depressivos. Esses pensamentos distorcidos, quando identificados na conceituação cognitiva do cliente, durante a avaliação, na terapia cognitivo comportamental são modificados por técnicas específicas em interação com o terapeuta. Para L. foi traçada uma intervenção com base na reestruturação cognitiva e ativação comportamental (Caballo, 2005). A reestruturação cognitiva realizou-se através de diálogo socrático; treinamento do utente em identificar os próprios pensamentos rápidos que passam por sua cabeça e que muitas vezes estão silenciosamente lhe trazendo sentimentos de menos-valia e desesperança; e ainda da compreensão e alteração de esquemas e crenças gerais fortemente arraigadas sobre si mesmo, os outros e o mundo.

Já quando estabelecemos o processo de ativação comportamental, L foi incentivado a retomar atividades que antes lhe proporcionavam alegria e prazer, e mesmo procuramos juntos por novas atividades, em uma busca gradual pelo bem-estar. Uma das estratégias utilizadas foi a procura ativa de emprego, e o início de desporto, atividade que L. refere como prazerosas.

As pessoas com estas perturbações geralmente não procuram tratamento por iniciativa própria. L. Foi incentivado pela esposa a procura aconselhamento psicológico, e esta acompanhou-o em variadas consultas.

Embora a Perturbação Depressiva Major seja demorada a tratar, existem cada vez mais evidências de que algumas formas de psicoterapia podem ajudar muitas pessoas. Em alguns casos, medicamentos podem ser um complemento útil para a terapia. L. Recusa a toma de qualquer medicamento, inclusive as vitaminas diárias que deve incluir na sua dieta no âmbito do bypass gástrico. Está neste momento a ser acompanhado quinzenalmente, demonstrando algumas melhorias ao nível de distorções de pensamento.

## **Reflexão do caso**

L. foi um caso que me deu bastante gosto acompanhar, e o acompanhamento psicológico demonstrou-se muito importante para o utente, fazendo-o ultrapassar a sua patologia. Foi o caso que mais satisfação me fez sentir, não só pelos resultados positivos, mas também pela consciencialização de que L. se sentia finalmente compreendido e aceite.

Relativamente a L. este possui uma personalidade caracterizada pela tendência à desconfiança, seja de estar a ser explorado, passado para trás ou traído, mesmo que não haja motivos razoáveis para pensar assim. L. vive obcecado e preso aos medos e suspeitas, que têm uma conotação subjetiva de realidade para o paciente. A afetividade é restrita, sendo considerado por muitos como um indivíduo frio ou distante. Todos nós, algum dia, já tivemos medo de errar, de tomar alguma decisão e mais tarde chegar à conclusão de que ela não foi a decisão mais acertada.

Para essas pessoas é necessário, imprescindível, que tudo dê certo nos seus mínimos detalhes, e esta situação repete-se, praticamente, em todos os momentos da vida destas

peças que não aceitam errar. É claro que todos nós desejamos que tudo sempre dê certo, mas, na maioria das vezes, feliz ou infelizmente, as coisas nunca acontecem conforme planejamos, perdemos tempo e deixamos de viver momentos preciosos por estarmos ocupados com pensamentos e planos. Em termos gerais, e no final do processo terapêutico foi possível observar uma diminuição das verbalizações de desvalorização pessoal e humor deprimido, tendo aumentado a auto-confiança de L. O maior cuidado pessoal foi também evidente, L. passou a ter um maior cuidado pessoal. Neste momento, L. permanece em consultas de follow-up de forma a consolidar competências, tendo referido que já não está tão pessimista e que já consegue ver as coisas de outra forma.

## 7. Grelha de casos acompanhados

Género	Idade	Motivo de Consulta	Diagnóstico	Nº de Consultas	Instrumentos Aplicados	Orientação
F	56	Episódios depressivos	Perturbação estado Limite da Personalidade	8	BDI, MMPI, STAI, Rey	Cognitivo Comportamental
F	10	Autoflagelação	Em Avaliação	4	Wisc III, Rey, MPCR	Cognitivo Comportamental
F	6	PHDA	PHDA	10	Wisc III, CDI, CAS, CBCL, TRF, Desenho da Família	Cognitivo Comportamental
F	11	PHDA	PHDA	6	Wisc III, CDI, CAS, CBCL, TRF, Desenho da Família	Cognitivo Comportamental
F	8	Ansiedade	Perturbação de Ansiedade Generalizada	9	Wisc III, CDI, CAS, CBCL, TRF, Desenho da Família	Cognitivo Comportamental
F	57	Fibromialgia	Perturbação Depressiva reativa	10	BDI, Stay	Cognitivo Comportamental
M	9	Asperger	Asperger	8	Desenho Família,	Cognitivo Comportamental
M	12	PHDA	Em avaliação	5	Wisc III, CDI, CAS, CBCL, TRF, Desenho da Família	Cognitivo Comportamental
F	44	Depressão	Perturbação Depressiva Major	4	BDI, Stay, MMPI	Cognitivo Comportamental
F	47	Depressão	Perturbação Depressiva Major	6	BDi, Stay, MMPI	Cognitivo Comportamental
M	43	Psicose	Perturbação Depressiva Major	10	BDI, MMPI, Rey, Matrizes Raven	Cognitivo Comportamental

## 8. Intervenção em Grupo

O programa de Intervenção em grupo foi desenvolvido no ACES Cávado III Barcelos/ Esposende, dirigido a um grupo específico de mulheres com diagnóstico de depressão e ansiedade. A intervenção foi construída em conjunto com o orientador local e colega de estágio, uma vez que o objetivo era dar resposta a pessoas com a mesma patologia.

Para que o Programa de Intervenção em grupo resulte é fundamental ter um modelo teórico de referência, que permita orientar a formulação e operacionalização dos objetivos, no modo a facilitar o ajustamento psicossocial e/ou a mudança de comportamento face à problemática em questão. Teremos por base de orientação o Modelo Cognitivo-Comportamental, que servirá de base aos programas de Intervenção. Deste modo, segundo a teoria cognitiva os indivíduos dão significados a acontecimentos de vida, e constroem esquemas fixos sobre estes, nesta situação concreta de intervenção em pessoas depressivas e ansiosas, investir-se-á na mudança das possíveis distorções cognitivas significativas que tenham construído em relação si, aos outros e ao meio. Perante o aparecimento de um problema ou mudança no estado dos indivíduos, estes terão motivação para a resolução dos problemas e restabelecimento do seu estado normal de funcionamento. Assim sendo, optou-se pelo Modelo de autorregulação do comportamento da doença de Leventhal, para proporcionar aos utentes um esquema que lhes permitisse construir significados acerca da doença com vista à adoção de medidas de comportamento para a prevenção e tratamento das mesmas (Odgen, 2004). A intervenção teve um formato de média duração com oito sessões de periodicidade semanal e com a duração de duas horas onde foram respeitadas as três fases fundamentais de desenvolvimento da intervenção. Foram selecionadas 15 utentes do sexo feminino, para cada um dos grupos terapêuticos uma vez que estas patologias tem mais incidência em utentes do sexo feminino.

Numa primeira fase, a fase inicial, foi realizada uma primeira consulta individual onde foi aplicado o *Inventário da Depressão de Beck* (BDI), o *Inventário de Ansiedade Estado-Traço* (STAI forma Y 1 e 2) para avaliar o índice depressivo e ansioso para a integração no grupo terapêutico. Nas primeiras sessões procedeu-se à apresentação dos participantes e do programa, bem como da compreensão do problema e optou-se por uma componente mais educativa.

Numa segunda fase, a fase intermédia, incluíram-se aspetos relacionados com a psicoeducação acerca da temática depressão e ansiedade, mas procurou-se a implementação de uma componente mais interventiva incluindo a aprendizagem e o treino de estratégias de *coping*, isto é lidar com o problema de modo a voltar ao estado de equilíbrio (Odgen, 2004). Aliadas a estas aprendizagens foi dada importância ao desenvolvimento de estratégias para repor níveis

de atividade (profissional, familiar, referentes aos cuidados consigo próprios, de tempos livres) saudáveis que proporcionem bem-estar; rever pontos problemáticos da vida de cada um, que possam ter contribuído para a reação depressiva; ensinar estratégias para lidar com o humor depressivo; reduzir/eliminar sintomas problemáticos, projetar linhas de vida que permitam a auto-satisfação e realização pessoal.

Na fase final foi promovida uma reflexão e debate final sobre as aprendizagens conseguidas ao longo do processo de intervenção e identificação de situações nas quais poderia haver aplicação prática e foi promovida a manutenção do exercício pessoal de aplicação das competências adquiridas (Fernandes, 2009), assim como se estimou o sucesso da fase de *coping* e prevenção de recaídas (Odgen, 2004).

Para avaliação final, foram aplicados novamente os instrumentos iniciais para respectiva avaliação do estado geral das utentes, as quais tiveram uma melhoria significativa, com remissão sintomatológica.

## **8.1. Descrição das Sessões**

### **1ª Sessão**

- Tema: “Conhecer”
- Objetivos:
  - Apresentação dos objetivos terapêuticos e da calendarização das sessões;
  - Apresentação dos elementos do grupo;
  - Rever pontos da vida de cada um que possa contribuir para a sintomatologia depressiva;
  - Compromisso de confidencialidade e declaração de informação.
- Intervenientes:
  - Utes;tes;
  - Estagiário de Psicologia, dinamizador da ação;
- Duração prevista: 120 minutos
- Material ou Equipamento:
  - Projetor;
  - Computador;
  - Informação de cada sessão;
  - Declaração de conhecimento de informações relativas ao funcionamento da intervenção em grupo;

- Folha de presenças;
- Folha de contactos:
- Aplicação Prática: Foi utilizado um *role playing*, em que foi dado cerca de um minuto para a utente se apresentar á colega do lado, que posteriormente a apresentava aos restantes elementos do grupo.

## 2ª Sessão

- Tema: “Vou Compreender-me”
- Objetivos:
  - Esclarecimento sobre a sintomatologia depressiva e ansiosa;
  - Identificar sintomas depressivos e ansiosos e possíveis causas;
  - Identificar as perdas experimentadas e os sintomas associados a essas perdas;
  - Identificar auto comportamentos destrutivos;
  - Perceber que alteração de comportamento está associada à depressão;
  - Avaliar o auto entendimento de cada um sobre comportamentos e estratégias para lidar com a sintomatologia depressiva e ansiosa;
  - Trabalho inter-sessões – esquema dos cinco maiores sintomas depressivos – o que sinto, o que penso;
- Intervenientes:
  - Utentes;
  - Estagiário de Psicologia, dinamizador da ação;
- Duração prevista: 120 minutos
- Material ou Equipamento:
  - Projetor;
  - Computador;
  - Folha de presenças;
  - Folha de tarefa inter-sessões.
- Aplicação Prática: Psicoeducação sobre sintomatologia depressiva e ansiosa, auto-registos de esquemas de pensamento, sintomas, causas comportamentos e estratégias para lidar com a depressão e ansiedade; Técnica de Relaxamento.

## 3ª Sessão

- Tema: Aprendo a relaxar

- Objetivos:
  - Discussão das tarefas inter-sessões;
  - Identificar novas estratégias de enfrentamento para gestão da ansiedade;
  - Técnica de relaxamento *Mindfulness*.
- Intervenientes:
  - Utentes;
  - Estagiário de Psicologia, dinamizador da ação;
    - Duração prevista: 120 minutos
- Material ou Equipamento:
  - Colchões e mantas;
  - Projetor;
  - Computador;
  - Folha de presenças.
- Aplicação Prática: Psicoeducação sobre estratégias de coping adaptativas para a ansiedade; Técnica de Relaxamento *Mindfulness*

#### **4ª Sessão**

- Tema: As minhas estratégias
- Objetivos:
  - Desenvolvimento de estratégias para lidar com o humor depressivo;
  - Desenvolvimento de estratégias para repor níveis de atividade profissional, familiar, referentes ao cuidado consigo próprio e de tempos livres.
- Intervenientes:
  - Utentes;
  - Estagiário de Psicologia, dinamizador da ação;
- Duração prevista: 120 minutos
- Material ou Equipamento:
  - Folha – as minhas estratégias;
  - Projetor;
  - Computador;
  - Folha de presenças.

- Aplicação Prática: Psicoeducação sobre conceitos sobre auto conhecimento, auto respeito, auto confiança, amor próprio e auto estima; delineamento de estratégias para lidar com o humor depressivo; Técnica da cadeira vazia.

### **5ª Sessão**

- Tema: Cuidar de mim
- Objetivos:
  - Reduzir sentimentos de raiva e irritabilidade;
  - Experienciar sentimentos através de modalidades artísticas.
- Intervenientes:
  - Utentes;
  - Estagiário de Psicologia, dinamizador da ação;
    - Duração prevista: 120 minutos
- Material ou Equipamento:
  - Folha – as minhas estratégias;
  - Projetor;
  - Computador;
  - Folha de presenças.
- Aplicação Prática: Técnica da cadeira vazia.

### **6ª Sessão**

- Tema: As minhas linhas de vida
- Objetivos:
  - Projetar linhas de vida que permitam a autossatisfação e realização pessoal;
  - Implementar um discurso positivo para reforçar sentimentos de autoaceitação e autoconfiança.
- Intervenientes:
  - Utentes;
  - Estagiário de Psicologia, dinamizador da ação;
    - Duração prevista: 120 minutos
- Material ou Equipamento:
  - Folha – as minhas estratégias;
  - Projetor;

Computador;

- Folha de presenças.
- Aplicação Prática: Delineamento de estratégias de autossatisfação, autorrealização e implementação de discurso positivo através de role playing.

### **7ª Sessão**

- Tema: Eu cuido-me
- Objetivos:
  - Técnicas de higiene do sono;
  - Informação sobre alimentação saudável;
  - Aplicação do BDI, Stai-Y1 e Stai Y-2.
- Intervenientes:
  - Utentes;
  - Estagiário de Psicologia, dinamizador da ação;
    - Duração prevista: 120 minutos
- Material ou Equipamento:
  - Folha – as minhas estratégias;
  - Projetor;
  - Computador;
  - Folha de presenças;
  - Inventário de Depressão de Beck;
  - Stai Y-1 E Stai Y-2-
- Aplicação Prática: Psicoeducação sobre higiene do sono, alimentação saudável e aplicação dos instrumentos de avaliação sintomatológica.

### **8ª Sessão**

- Tema: Consegui
- Objetivos:
  - Reflexão e debate final sobre as aprendizagens conseguidas ao longo do processo de intervenção;
  - Promoção do exercício pessoal de aplicação das competências adquiridas.
- Intervenientes:
  - Utentes;
  - Estagiário de Psicologia, dinamizador da ação;
    - Duração prevista: 120 minutos

- Material ou Equipamento:
  - Projetor;
  - Computador;
  - Folha de presenças
- Aplicação Prática: reflexão e debate final sobre as aprendizagens conseguidas ao longo do processo de intervenção e identificação de situações nas quais poderia haver aplicação prática e promoção da manutenção do exercício pessoal de aplicação das competências adquiridas com vista à prevenção de recaídas.

## 9. Ação de Formação

A ação de formação foi realizada na Associação de Pais e Amigos de Crianças de Barcelos, com o título “Gestão de *Stress*”, com a duração de 2 horas, uma vez que a sua realização não era possível no ACES Cávado III por falta de disponibilidade de espaço.

Optou-se por fazer então uma ação de formação centrada na gestão do *stress* para funcionários da APAC, uma instituição de apoio a crianças com necessidades educativas especiais.

Saber gerir o *stress* é uma competência de excelência, no contexto organizacional. Com efeito, são muitos os factores que despoletam níveis diferenciados de stress e, que por conseguinte causam consequências negativas. O stress em excesso ou uma má gestão afecta a saúde e bem-estar dos colaboradores, bem como o rendimento das organizações.

Foi privilegiada uma formação centrada na gestão de *stress*, no sentido do formando desenvolver técnicas e competências que lhe permita adoptar, no seu local de trabalho e na sua vida pessoal, comportamentos eficazes de carácter eminentemente prático, com o objectivo de prevenir, gerir e identificar potenciais situações geradoras de stress, assim como esclarecimento, de alguns tópicos teóricos ligados ao *stress*.

Segundo Lazarus e Folkman (1984), um dos principais factores de *stress* no mundo profissional está ligado às relações interpessoais, o indivíduo com stress sofre redução da capacidade de comunicação com os profissionais com os quais se relaciona. Essa alteração pode assumir diversas formas. Uma delas é o isolamento. Outra característica comum e bem conhecida é a agressividade. Ela ocorre quando o indivíduo está submetido a grandes constrangimentos. Uma das qualidades do bom administrador é ser capaz de absorver o *stress*, mas, para que isso aconteça, ele precisa ter o próprio stress sob controlo.

A tarefa de procurar sinais de *stress* numa empresa começa pela observação atenta dos seus funcionários. Se o comportamento deles é marcado pela velocidade, agressividade ou queda de produtividade, a empresa está com *stress*.

No trabalho, que é onde vivemos grande parte de nossa vida, tudo o que nos satisfaz ou que nos aflige torna-se muito evidente. Sendo assim a harmonia no trabalho deve ser sempre cultivada e um pouco de criatividade pode ser o suficiente para evitar situações de *stress*.

O *Coping* consiste no esforço cognitivo e comportamental para dominar, reduzir ou tolerar as exigências internas ou externas criadas em situação de *stress*.

Há duas estratégias de *Coping*: centrada nas emoções e centrada no problema. Certos estilos de *Coping* têm sido referenciados como estando relacionados com uma melhor saúde e bem-estar, parecendo os estilos de *Coping* centrados no problema mais saudáveis, comparativamente aos estilos centrados na regulação das emoções (Lazarus & Folkman, 1984).

Apesar das organizações pouco poderem fazer para minorar os problemas que os indivíduos possam ter fora do trabalho, uma das sugestões mais referidas para lidar com este problema é a existência de serviços de apoio e aconselhamento psicológico nos locais de trabalho, de modo a reduzir a tensão e o mal-estar, bem como os seus efeitos indesejáveis sobre a produtividade e o rendimento profissional.

As técnicas de relaxamento atuam na diminuição de ativação (arousal) e conseguem incrementar a capacidade de relaxamento, aspectos que se vêm alterados pela ocorrência do síndrome. Este nível elevado de ativação e a dificuldade de relaxamento aumentam os sentimentos de esgotamento emocionais, inerentes ao *burnout*. Neste sentido, o relaxamento seria incompatível com o *stress* (aumento da frequência respiratória, da frequência cardíaca, da pressão sanguínea, da tensão músculo-esquelética, etc) e permitiria reverter estes efeitos. Posto isto, adoptamos como exemplo prático/teórico, a técnica de relaxamento progressivo de Jacobson (1964) que consiste na contração muscular seguida de relaxamento, de diversos grupos musculares, iniciando nos membros, depois o tronco e a cabeça (ver anexo).

### **9.1. Avaliação da Ação de Formação**

Segundo informação da Diretora Clínica da Instituição, espera-se que esta formação contribua para uma melhor gestão de eventos stressores característicos do dia a dia dos profissionais da Instituição. Com vista a perceber o impacto da ação de formação nos

formandos, foi atribuída uma folha de avaliação no final na última sessão. A avaliação foi efectuada de forma qualitativa e a informação revela que, de um modo geral, os profissionais consideraram que os temas tratados foram pertinentes e os conteúdos bem apresentados com exemplos que possibilitaram a clarificação dos mesmos. Além disso, esta atividade decorreu como planeado, tendo gerado um clima propício ao relaxamento dos participantes, contribuindo para o enriquecimento quer dos participantes quer do formador. A maioria dos profissionais avaliou a sessão com Muito Bom e Excelente.

## **10. Conclusão**

Quando uma intervenção é indispensável, terá que se eleger como já mencionado uma teoria de base sólida e bem fundamentada, terá que se delinear objectivos e estratégias de modo a que não aconteça um afastamento do objectivo principal, portanto é fundamental uma boa avaliação prévia, com instrumentos validados, bem como, com resultados comprovados.

O sucesso da terapia cognitivo-comportamental passa por uma boa avaliação, que consiste na recolha e interpretação de informação de cariz psicológico que descreve as características, comportamentos, capacidades e dificuldades dos indivíduos e passa indubitavelmente pela compreensão do indivíduo no seu todo, considerando o seu contexto psicológico, biológico e social.

A participação em Ações de sensibilização e Jornadas de Psicologia foram também um contributo bastante importante no decorrer desta aprendizagem.

Não obstante, a ênfase nas atividades de intervenção e acompanhamento individual, além de ser uma carência da população depressiva em geral, no contexto deste estágio fundamenta-se também na escassez de psicólogos clínicos e da saúde verificada no ACES-Cávado III-Barcelos/Esposende.

Deste modo, foi um desafio concretizar os objetivos deste estágio para que possamos contribuir para resultados positivos nestes utentes, aliada a um enriquecimento pessoal singular.

## Referências Bibliográficas

- ACES (2011) *Plano de desempenho anual*. ACES Cávado III- Barcelos/ Esposende.
- Barata, J. (2003). *Mexa-se...Pela sua saúde* (7ª Ed).Publicações Dom Quixote: Lisboa.
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B., & Emery, G. (1997). *Terapia Cognitiva da Depressão*. Tradução. Sandra Costa. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and Loss*. New York: Basic Books.
- Caballo, V.E. (2005). *Manual para Evaluación Clínica de Los Transtornos Psicológicos*. Madrid. Ediciones Pirámide.
- Campos, A. (2009). *Intervenções psicológicas para pessoas idosas*. <http://www.sobrap.org.br/wp-content/uploads/2009/07> acedido em 23.03.2013
- Chaves, E. (1999). *Hiperactividade e Dificuldade de Aprendizagem – Análise e Técnicas de Recuperação*. Vila Real: Serviços gráficos da UTAD.
- Chneiweiss, L., Albert. E. (SD) *Depressão e Ansiedade: Atitudes práticas*. Servier Portugal: Lisboa.
- Cunha, M. (2006). *Ansiedade e Perturbações de Ansiedade na Infância e Adolescência: Uma Revisão Teórica*. *Interacções* 10, 70-97.
- Coordenação Nacional para a Saúde Mental (2008) *Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016-Resumo Executivo - 2007-2016\_\_resumoexecutivo.pdf*.acedido em 15.10.2012.
- Fernandes, S. (2009). *Preditores Psicossociais do Ajustamento à Doença e Tratamento em Mulheres com Cancro na Mama: O Papel do Estado Emocional, das Representações de Doença, do Optimismo e dos Benefícios Percebidos*. Tese de Doutoramento não publicada. Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho.

- Fernandes, A.C. (2011). *Apontamentos da disciplina de Intervenção Clínica e da Saúde em Grupos da Universidade Católica Portuguesa de Braga*.
- Goldstein, S., & Goldstein, M. (1998). *Managing Attention Deficit Hyperactivity Disorder in children: A guide for practitioners* (2nd ed.). New York: John Willey & Sons, Inc.
- Hallstrom, C., McClure, N. (2000). *Ansiedade e Depressão: Perguntas e Respostas*. Climepsi Editores: Lisboa.
- Jongsma, A. & Peterson, L. (2003). *The Complete Adult Psychotherapy. Treatment Planner* (3ª Ed). Practice Planners: New Jersey.
- Lara, E. (2006). *25 Perguntas frequentes sobre a Depressão*. Permanyer Portugal: Lisboa.
- Ogden, J. (2004). *Psicologia da saúde*. Climepsi Editores: Lisboa.
- Mahowald, M. (2001). O que causa a sonolência excessiva durante o dia: Avaliação para distinguir a privação do sono das perturbações do sono. *Postgraduate Medicine* 16 (2). 13-20.
- Parker, Harvey C. (2003). *Desordem por Défice de Atenção e Hiperactividade. Um guia para pais, educadores e professores*. Colecção Necessidades Educativas Especiais. Porto: Porto Editora.
- Paiva, T. (2008) . *Bom sono, boa vida*. Oficina do Livro: Cruz Quebrada.
- Pelham, W. E., Wheeler, T., & Chronis, A. (1998). Empirically supported psychosocial treatments for Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27(2) 190-205.
- Quartilho, M. (2003). Terapia Cognitivo-comportamental na Depressão. *In Vaz-Serra, A., Medicina – Temas Actuais: Depressão*. Atral-Cipan.

Simões, M.M.R. (1995). Política e Moral da Avaliação Psicológica: Considerações em Torno de Problemas Éticos e Deontológicos. *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*, 3,155-162.

Trindade, I., Teixeira, J. (1998), Intervenção Psicológica em Centros de Saúde: O Psicólogo nos Cuidados de Saúde Primários. *Análise Psicológica*.2, 217-229

Vaz Serra, A. (SD). *Depressão*. Atral Cipan: Coimbra.

Young, J., Beck, A., & Weinberger (1999). Depressão. Capítulo 6. In. *Transtornos Psicológicos*. 1999. 2.a Edição. Porto: Alegre Artmed.

# Anexos

---

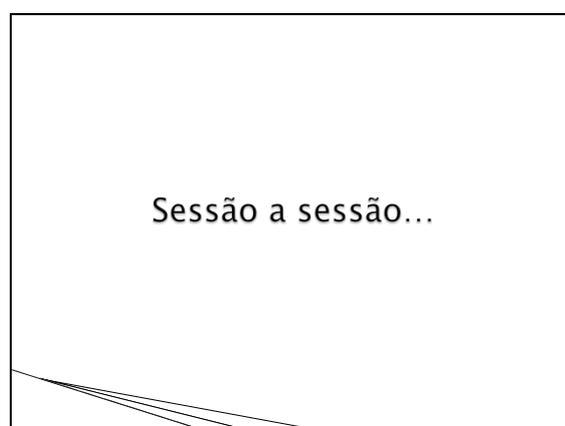
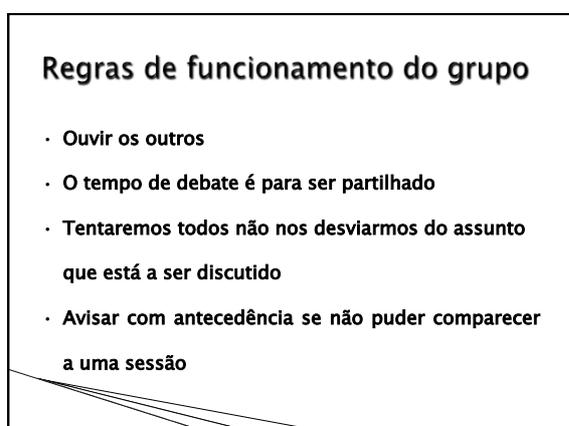
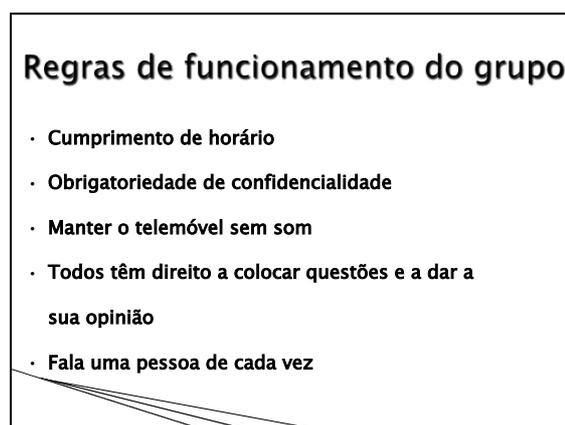
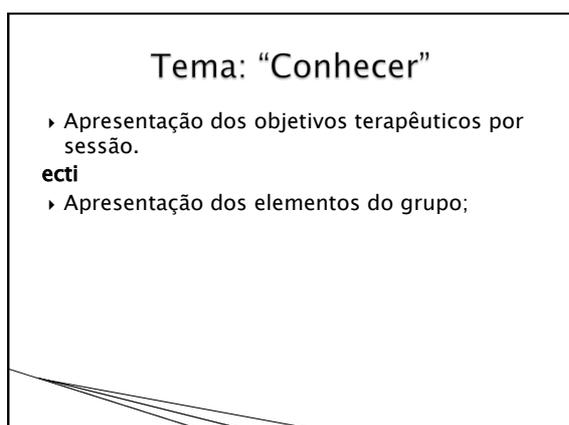
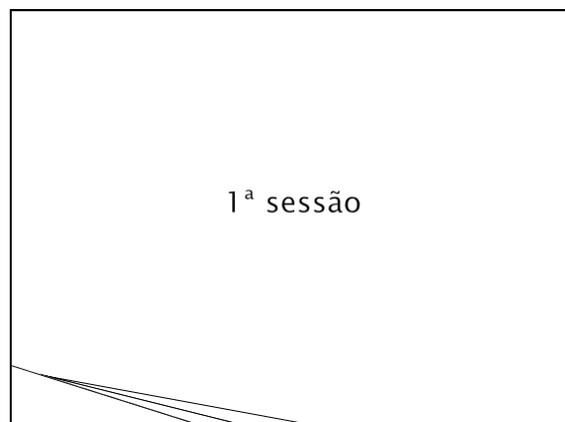
# Cronograma das atividades

---

<i>2011/2012</i>	<i>Out</i>	<i>Nov</i>	<i>Dez</i>	<i>Jan</i>	<i>Fev</i>	<i>Mar</i>	<i>Abr</i>	<i>Mai</i>	<i>Jun</i>
<i>Observação, caracterização e integração na instituição</i>									
<i>Acompanhamento Individual de casos</i>									
<i>Implementação de PII - Programas de Intervenção Individual</i>									
<i>Intervenção em grupo a utentes</i>									
<i>Avaliação Global da população de Utentes</i>									
<i>Acções e actividades de formação a colaboradores</i>									
<i>Produção do relatório de estágio</i>									

# Intervenção em Grupo Power- Points e Material de apoio às Sessões

---



2ª Sessão – 27/02/2013

- **Tema:** “Vou-me ajudar”
- **Objetivos:**
  - ✓ Esclarecimento sobre a sintomatologia depressiva;
  - ✓ Identificar sintomas depressivos e possíveis causas;
  - ✓ Identificar as perdas experimentadas e os sintomas associados a essas perdas;
  - ✓ Identificar auto comportamentos destrutivos;
  - ✓ Perceber que alteração de comportamento está associada à depressão;
  - ✓ Avaliar o auto entendimento de cada um sobre comportamentos e estratégias para lidar com a sintomatologia depressiva.

3ª Sessão – 13/03/2013

- **Tema:** “Aprendo a relaxar”
- **Objetivos:**
  - ✓ Discussão das tarefas intersessões;
  - ✓ Identificar novas estratégias de enfrentamento para gestão da ansiedade;
  - ✓ Técnica de relaxamento: *Mindfulness*.

4ª Sessão – 20/03/2013

- **Tema:** “As minhas estratégias”
- **Objetivos:**
  - ✓ Desenvolvimento de estratégias para lidar com o humor depressivo;
  - ✓ Desenvolvimento de estratégias para repor níveis de atividade profissional, familiar, referentes ao cuidado consigo próprio e de tempos livres.

5ª Sessão – 23/03/2013

- **Tema:** “Cuidar de mim”
- **Objetivos:**
  - ✓ Reduzir sentimentos de raiva e irritabilidade;
  - ✓ Experienciar sentimentos através de modalidades artísticas.

6ª Sessão – 03/04/2013

- **Tema:** “As minhas linhas de vida”
- **Objetivos:**
  - ✓ Projetar linhas de vida que permitam a autossatisfação e realização pessoal;
  - ✓ Implementar um discurso positivo para reforçar sentimentos de autoaceitação e autoconfiança.

7ª Sessão – 11/04/2013

- **Tema:** “Eu cuido-me”
- **Objetivos:**
  - ✓ Técnicas de higiene do sono;
  - ✓ Informação sobre alimentação saudável;
  - ✓ Aplicação do BDI, Stai-Y1 e Stai Y-2.

## 8ª Sessão - 17/04/2013

- > **Tema:** "Conseguí"
- > **Objetivos:**
  - ✓ Reflexão e debate final sobre as aprendizagens conseguidas ao longo do processo de intervenção;
  - ✓ Promoção do exercício pessoal de aplicação das competências adquiridas.

## Queremos conhecer-te...

- > Explica ao teu colega do lado quem és...

## Queremos conhecer-te...

- > Apresenta o elemento do grupo que acabaste de conhecer...

## Queremos conhecer-te...

- > Jogo do significado do nome;
- > Explica os pontos da tua vida que contribuem para a sintomatologia depressiva.

## A lagarta e a borboleta

A lagartinha andava apaixonada por uma linda borboletinha azul que por ali voava.

-Ah como eu queria namorar aquela borboletinha, se ao menos eu pudesse voar...

A borboleta sempre que via aquela lagarta verde, o seu coração dava pulos de alegria e pensava:

-Será que eu estou apaixonada por aquela lagartinha? Ah, se ao menos ela pudesse voar.

O tempo passou. A borboleta ao passar pelo mesmo lugar não encontrou a lagarta verde e pensou:

-Acho que encontrei alguma outra borboletinha para passear e não fui eu. Queria muito ter aquela lagartinha verde ao meu lado.

E saiu a voar, triste. Será que algum dia alguém voltará para ela se voltar a apaixonar?

Numa bela manhã de sol, a borboleta está a voar pelo céu azul quando, de repente, viu uma linda borboleta aproximando-se...

-Olá borboleta azul, lembras-te de mim?

-Sinceramente não. Conhecemo-nos?

-Sim, costumávamo-nos olhar.

-Desculpa mas não me lembro.

-Sou aquela lagarta verde que costumava ver-te voar e que sonhava um dia poder voar também.

-Não acredito! És aquela lagarta?

-Sou. Estás feliz com isso?

Claro que fiquei feliz, muito feliz! Sempre que te via sonhava que um dia pudéssemos voar juntos e viver lindos momentos.

-Então o nosso sonho foi realizado. Certo dia, acordei e senti-me estranha, e já estava dentro de um casulo. Os dias passaram e quando consegui sair do casulo estava tudo diferente, tinha deixado de ser lagarta e me transformado numa borboleta verde. Depois voei o mais rápido possível para te encontrar.

-Vamos ser felizes, pois o nosso desejo foi realizado.

-Sim, vamos ser muito felizes! Vem, vamos voar!

Será que as lagartas sabem que um dia vão voar?





**2ª sessão**

**Tema: “Vou compreender-me”**

**Sintomatologia depressiva**

- ▶ Humor depressivo
- ▶ Perda de peso
- ▶ Insónia ou hipersónia
- ▶ Agitação ou lentificação psicomotora
- ▶ Fadiga ou perda de energia
- ▶ Sentimentos de desvalorização o culpa inapropriada
- ▶ Diminuição da capacidade de concentração, ou decisão
- ▶ Pensamentos acerca da morte

**Sintomatologia Ansiosa**

- ▶ Sintomas gerais

**Identificação**

- ▶ Identificar sintomas depressivos;
- ▶ Identificar comportamentos destrutivos;
- ▶ Identificar as perdas associadas;
- ▶ Identificar possíveis causas;
- ▶ Identificar as alterações do comportamento se devem à depressão.

Os meus sintomas são:	As causas possíveis são:	Quais os efeitos negativos destes sintomas?	Perdas associadas:	Suporte de grupo:	Auto-regulação:

- ▶ Cada elemento do grupo vai sugerir uma estratégia ao colega para lidar com a sintomatologia depressiva e ansiosa.



### Como se sentiram?

- ▶ Como foi realizar a vivência?
- ▶ Conseguiram concentrar-se?
- ▶ Houve algum planeamento para solucionar o problema?
- ▶ Conseguiram ultrapassar o obstáculo??

### Tarefas inter-sessões

- ▶ Continuação do esquema iniciado na sessão;
- ▶ Reflexão sobre o relaxamento;
- ▶ Treinamento do relaxamento – 20 minutos diários (10 ao acordar e 10 antes de adormecer).

## Sessão 2 – Relaxamento

Procedimento:

Informar aos participantes: "Vocês vão fazer uma viagem a pé. Será um trajecto muito longo, por isso vocês não devem levar muito peso - só o básico necessário, pouca roupa, ténis confortável, bebida energética, protector solar e muita disposição. Até o final da viagem, deverão contemplar um grande objectivo que vocês esperam".

Deitem-se no chão. Fiquem o mais confortável possível.

Colocar uma música instrumental leve, porém ritmada, no início - dando ideia de caminhada, trajecto a percorrer.

"Você está a começar a sua viagem agora... Ainda está dentro da cidade, observa as ruas, os carros, as casas, as pessoas. É muito cedo, a brisa está fria, está um dia bonito".

"Agora está a deixar a cidade, vai por um caminho de asfalto... poucas casas, quase ninguém, excepto um ou outro carro que vai ou vem".

"A estrada, agora, é de cascalho, um pouco estreita, algumas árvores, vegetação rasteira mas bem verde... Começou a chover suavemente, mesmo com o sol, e você está contemplar um arco-íris".

"O sol está a ficar mais quente, já é quase meio-dia, você já não vê mais ninguém... Está a andar sozinho, precisa parar um pouco, mas não vê nenhuma árvore - está um grande descampado".

Agora, está a avistar ao longe, algumas árvores. Apressa o passo. Sabe que precisa chegar ao seu objectivo antes do anoitecer".

"Um som delicioso de água chega-lhe aos ouvidos- parece cascata. Começa a descer um caminho, onde já avista lá em baixo, muitas árvores e uma linda queda d'água formando um lago".

"Aproveite e tenha seu merecido descanso. Tome banho, delicie-se com as frutas e a água cristalina... Tenha tempo para si".

"As horas estão a passar, já são quase três da tarde e tem ainda uma caminhada pela frente. Um caminho de árvores e muita sombra...".

"A caminhada, a partir de então, oferece alguns riscos - cuidado com insectos e espinhos".

"O trajecto começa a ficar íngreme e você já avista a montanha, onde, lá em cima, está o seu objectivo... Muitas pedras, as dificuldades são maiores, mas o descanso que fez e o vislumbre da chegada à reta final lhe dão um ânimo novo".

"Já subiu mais da metade da montanha. Pára um pouco. Sente numa pedra. Olhe para baixo. Visualize tudo o que ficou para trás. Avalie o quanto você já fez".

"Continua... O vento, agora sopra mais frio. Já são mais de quatro da tarde e você já pode avistar o topo. Falta pouco".

"Está a alguns metros do topo da sua montanha, de chegar ao seu objectivo. O vento está muito forte, e tem que redobrar os seus cuidados. Está perto".

“Está avistando o topo da montanha... Mas tem uma surpresa para si: ao longo de toda a montanha, tem um muro... um muro mesmo! Mas o que é que um muro está a fazer no alto da montanha?”

“Lentamente voltem à sala de terapia, levantam-se muito lentamente e regressão à vossa cadeira! Terminou a vossa viagem.

**Dicas:** O processamento pode ser guiado pelas seguintes perguntas:

Como foi realizar a vivência

Conseguiram concentrar-se?

Houve algum planeamento para solucionar o problema?

Conseguiram ultrapassar o obstáculo?

Observar se os participantes conseguem reflectir sobre suas antigas atitudes.

  
**Gabinete de Psicologia**  
**ACES do Cávado III – Barcelos Esposende**  
**Grupo terapêutico**



**Aprende a Relaxar**

- \* Tarefa sessão anterior
- \* Treinaram o relaxamento?
- \* Como se sentiram?

**Ansiedade**

A ansiedade faz bem. Em pequenas doses, é o estímulo necessário para que o ser humano se prepare para situações stressantes e passe por elas com sucesso. Derivada do medo, cumpriu o seu papel de garantir a sobrevivência da espécie.

**Ansiedade**

Sintomas comuns:

- sudorese,
- taquicardia,
- tremor,
- medo excessivo ou até paralisante.
- numa crise grave, a pessoa pode sentir náuseas e falta de ar

**Ansiedade**

- \* Debate de grupo:
- \* Exposição in vivo (saltar durante uns segundos);
- \* Como combater?

## Truques

1) Praticar exercícios físicos ajuda a lidar com estados de ansiedade porque eleva a produção de serotonina, substância que aumenta a sensação de prazer. Essa alternativa costuma funcionar dependendo da disposição da pessoa, uma vez que nem todo mundo gosta de praticar exercícios.

Caminhar três vezes por semana, por pelo menos meia hora, já pode ajudar a lidar com a ansiedade. O momento da caminhada, também pode ser aproveitado para trabalhar a mente, sob a forma da meditação ativa. Quando você anda, pensa. A caminhada de meia hora é um movimento repetitivo e você acaba por pensar nos pontos geradores de ansiedade que precisa trabalhar;

## Truques

O ioga oferece ao praticante a possibilidade de aprender a controlar sua mente e seu corpo. Este controle, que é obtido através de uma combinação de técnicas respiratórias, corporais e de meditação. Tem como resultados o aumento da flexibilidade, fortalecimento dos músculos, aumento de vitalidade e maior controle sobre o estresse. Além do ioga, outra alternativa de controle da ansiedade são as massagens;

## Truques

O controle da respiração, alternando a respiração e inspirando lentamente pelo nariz, com a boca fechada. Ao inspirar deixar o abdome expandir-se, ou seja, estufar a barriga e não o peito. Depois, expirar lentamente, expelindo o ar pela boca. Isto pode ser feito em qualquer lugar, a qualquer hora. Além disso, quando você estiver em um ambiente silencioso e com possibilidade de ficar deitado, use uma técnica de relaxamento. O relaxamento combinado com a respiração diafragmática, certamente, reduzirá a respiração ofegante, a taquicardia e o tremor;

## Mindfulness



## Como se sentiram?

\* 3 Dicas:

Treino diário

Evitar pensamentos negativos

Um chocolatinho ☺☺☺



## **Relaxamento**

Deverá praticar pelo menos 2 vezes ao dia por 10 minutos. Idealmente, deve ser feito em um quarto de temperatura amena e ambiente tranquilo, na cama ou em um sofá ou cadeira com apoio para a cabeça.

1. Primeiro feche os olhos para não se distrair facilmente.
2. Inspire pelo nariz e expire pela boca.
3. Vagarosamente conte até 5 enquanto inspira, “1 e 2 e 3 e 4 e 5”.

Repita isto enquanto expira.

4. Inspire pelo nariz e expire pela boca.
5. Concentre-se na sua respiração.

Inspire.

Expire.

Inspire.

Expire.

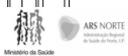
Continue sentado(a) com os olhos fechados, respiração lenta e regular e aprecie o conforto e peso do seu corpo.

Agora vamos afastar as ansiedades e preocupações.

1. Imagine uma flor branca num fundo preto.
2. Repare em cada pormenor dessa flor, cada pétala,
3. o seu contorno...
4. Imagine o seu cheiro.
5. Se a mente começar a divagar, traga-a de volta à flor.

Procure sentir novamente essa sensação, o conforto, a descontração, sem nenhuma preocupação de nada que se passe no mundo ou na sua vida.

Agora que está relaxado e tranquilo, abra os olhos e alongue os músculos do corpo. Deverá sentir-se agora bem mais calmo(a) e relaxado(a).

  
**Gabinete de Psicologia**  
**ACES do Cávado III – Barcelos Esposende**  
Grupo Terapêutico

4ª Sessão

  
“As minhas estratégias”

**Objetivos:**

- ✓ Desenvolvimento de estratégias para lidar com o humor depressivo;
- ✓ Desenvolvimento de estratégias para repor níveis de atividade profissional, familiar, referentes ao cuidado consigo próprio e de tempos livres.

Como me vejo?

Vou definir-me em apenas duas palavras...

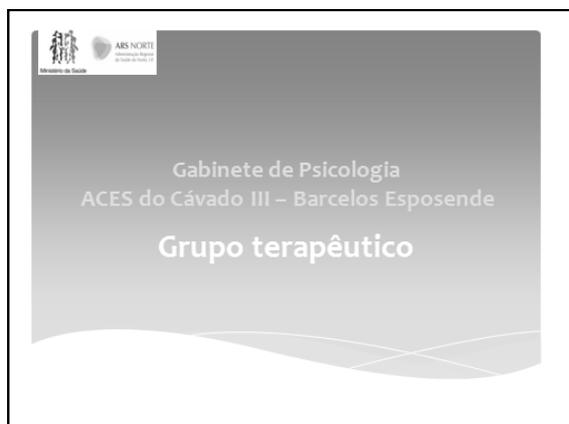
Como os outros me vêem?

- Triste?
- Alegre?
- Explosivo?
- Impulsivo?
- Paciente?
- Enérgico?

Como é a minha imagem?







## Discussão de grupo

- Exercícios de relaxamento;
- Partilha grupal sobre as últimas vivências / mudanças

## Técnica da Cadeira Vazia

- A cadeira representa a pessoa com quem precisa conversar;
- A pessoa(cadeira) devolve uma resposta.





## Sessão nº 6

*“As minhas linhas de vida”*

## Objetivos

- ✓ Projetar linhas de vida que permitam a autossatisfação e realização pessoal;
- ✓ Implementar um discurso positivo para reforçar sentimentos de autoaceitação e autoconfiança.

## Auto- satisfação

## Significado

✓ Satisfação que uma pessoa sente relativamente a si mesma, ao seu comportamento ou às suas ações. In Infopédia [Em linha]. Porto: Porto Editora, 2003-2013. [Consult. 2013-04-01].

Excelente  
 Muito bom  
 Bom  
 Regular  
 Fraco

*“A felicidade não está na satisfação dos desejos, e sim em não os ter. Rico é aquele que possui, mas feliz é aquele que nada deseja.”*

- São Tomás de Aquino -

## Realização

## Significado

- ✓ A auto-realização consiste no mais elevado nível da saúde psicológica.

Para nos sentirmos realizados necessitamos:

- ✓ *Mente aberta* para aceitar qualquer tipo de experiência e novidades;
- ✓ Tendência a viver plenamente cada momento;
- ✓ Capacidade para se orientar pelos próprios instintos e não pelas opiniões ou razões de outras pessoas;
- ✓ Senso de liberdade em pensamento e ação;
- ✓ Alto grau de criatividade; e
- ✓ A necessidade contínua de maximizar o seu potencial (Rogers).

## Estratégias



## Discurso Positivo



## Discurso Positivo

As pessoas não acreditam em quem hesita, apresenta insegurança, tem pessimismo, acha tudo difícil, não tem esperança etc. Como discurso negativo, normalmente usamos: reclamar, mostrar descontentamento, duvidar de tudo, ser exageradamente cético ou cínico.

Por outro lado, um discurso que inclua pensamentos e frases positivas transmite a ideia de dinamismo e competência.

Trata-se, isto sim, muito mais de evitar o discurso negativo e de desenvolver efetivas atitudes positivas, que venham a manifestar-se espontaneamente naquilo que se fala. O discurso positivo inclui: esperança, crença, entusiasmo, alegria, motivação etc. Esse contagia positivamente.

## Trabalho de Grupo

“Pensar uma situação, como por exemplo uma entrevista de emprego, a recepção de uma notícia menos boa, e adotar um discurso positivo”



# 1 ESTRATÉGIAS PARA VENCER O MAU HUMOR

As alternativas variam muito. Conheça as sugestões de neurologistas, psiquiatras e psicólogos para enfrentar as crises

## AS RECOMENDAÇÕES DA NEUROCIÊNCIA

Nas primeiras horas após o despertar, há uma preponderância da porção emocional do cérebro e é mais fácil responder com raiva ou mau humor às situações que ameaçam o bem-estar. Segundo o neurologista Fernando Gomes Pinto, acionar outras áreas do cérebro é importante para evitar essas manifestações

### Previna-se pela manhã

Acorde antes do horário de sair para garantir alguns minutos de paz e se preparar para o dia sem ansiedade

O banho matinal favorece o despertar e provoca uma sensação calmante antes de qualquer potencial conflito

Na noite anterior, organize tudo o que precisará ter à mão para sair de casa num mesmo lugar. Procurar a chave ou o pen drive em cima da hora de sair, e com risco de se atrasar, pode ser um gatilho do mau humor

Ficar com fome logo cedo é fatal para o humor. Por isso, coma para garantir o aporte de energia necessário ao corpo para enfrentar as primeiras horas do dia

### Ação de emergência

Experimente classificar seus pensamentos que desencadearam o mau humor.

"Esse exercício faz com que a impressão emocional do pensamento seja racionalizada, diminuindo o desconforto", assegura o neurologista Gomes Pinto. Você deve se perguntar se os seus pensamentos são:

Bons ou ruins

Seus ou dos outros

Temporários ou persistentes

Transformadores ou destrutivos

E o teor: triviais, necessários, românticos, filosóficos

### Em momentos de crise, acorde o cérebro

Apele para uma técnica conhecida como gerenciamento dos pensamentos. Ela desperta áreas do cérebro associadas à capacidade de pensar racionalmente, refreando a onda emotiva. Anote o passo a passo:

**A** Identifique o seu pano de fundo, ou seja, qual é o principal pensamento que acompanha você o dia inteiro e está lhe causando mal-estar

**B** Pense na sua real motivação e o que você, de fato, tem prazer em fazer. Exemplo:

O que você tinha em mente quando aceitou um projeto com uma colega muito chata? A que se destinaria aquele dinheiro?

**C** Troque os pensamentos persistentes pela sua motivação real, que deve passar a ocupar o pano de fundo do seu pensamento.

**Exemplo:** Em vez de pensar: "Não quero ir a essa reunião porque será pura perda de tempo", pense: "Essa reunião é um meio para conseguir o que eu quero. Vou fazê-la o mais rápido possível, sem desviar a atenção e sem dor emocional." O mau humor passa longe quando essa conjunção toma forma no seu pensamento

# 2 OS RECURSOS DA PSICOLOGIA

Conheça alguns caminhos sugeridos pela psicóloga Ana Maria Rossi, presidente da ISMA-BR, para as pessoas que se reconhecem como mal-humoradas e querem mudar seu padrão de comportamento

**A** Admitir o mau humor e o desejo de mudar são fundamentais. E não adianta perguntar aos outros porque as pessoas ao redor podem se sentir intimidadas em dar respostas sinceras para não piorar ainda mais a situação

**B** Mudanças não surgem por acaso e dependem do envolvimento e da persistência da pessoa para ocorrerem. O primeiro passo, para a psicóloga, é começar a ler sobre meios de aumentar a autoestima e também sobre otimismo, em geral afetados e debilitados pelo mau humor

**C** Para investir na reeducação dos seus padrões de pensamento, experimente o seguinte: para cada pensamento negativo ou baixo-astral, ache em sua mente duas situações ou pensamentos positivos. A psicóloga alerta que é necessário persistir nesse exercício para que ele se torne cada vez mais fácil e prazeroso

**D** Experimente fazer uma avaliação das condições ao seu redor e do seu humor de uma forma bastante prática e sem elocubrações. Siga a seguinte instrução: anote quantas coisas você faz no dia que não queria fazer e quantas gostaria de fazer e não faz. Se você faz mais coisas que não gostaria de fazer, existe aí campo fértil para o mau humor vicejar. Caso você tenha uma tendência a valorizar situações negativas, cuide-se porque realmente pode manifestar humor cada vez pior



## HIGIENE DO SONO

### HÁBITOS PESSOAIS

- Tenha uma hora para ir dormir e uma hora para acordar. O corpo acostuma-se com a hora de dormir e vai notar que (pode demorar um pouco) mas ao chegar a hora de ir para a cama, o corpo está cansado.
- Evite sestas durante o dia. Cada hora que você dorme durante o dia diminui uma hora à noite. Se você realmente não resistir, durma no máximo 30 minutos.
- Evite o consumo de álcool 4 a 6 horas antes de dormir. O álcool interfere no sono REM (no qual mexemos rapidamente os olhos), responsável por descansar a mente e a musculatura.

### HÁBITOS PESSOAIS (CONT.)

- Evite cafeína 4 a 6 horas antes de dormir (café, chás, coca-cola, chocolate, etc)
- Evite cigarros no mesmo intervalo. A nicotina tem efeito estimulante e dificulta o adormecer.
- Evite comidas pesadas, apimentadas ou muito doce no mesmo intervalo.
- Faça exercícios regularmente, mas NUNCA logo antes de dormir (2 horas antes).

### O QUARTO

- Mantenha o quarto arrumado
- Não à TV no quarto,
- Não a um relógio com mostrador à vista,
- Use lençóis e cobertores/edredons confortáveis. Evite superaquecer.
- Mantenha o quarto bem ventilado, nem quente demais, nem frio demais. Um quarto fresco (não gelado) ajuda a adormecer mais fácil.

### O QUARTO (CONT.)

- Tente bloquear ruídos e luzes que possam distraí-lo.
- Cama é para dormir ou para ter relações sexuais. Não se estuda na cama, não se lê na cama, não se trabalha na cama. Condicione-se a que ao ver a cama, seu corpo saiba que é hora de dormir.

### A HORA DE IR PARA A CAMA

- Coma um lanche leve antes de dormir. Ex. leite morno e uma banana podem ajudar a dormir.
- Relaxamento
- Não leve seus problemas para a cama. Algumas pessoas costumam ter uma "hora da preocupação".
- Estabeleça um ritual para adormecer. Por exemplo, se todos os dias você tomar um banho morno antes de dormir, condiciona o corpo a reconhecer estes rituais como "gatilhos" para começar a desligar sua mente.



### A HORA DE IR PARA A CAMA (CONT.)

- Se não adormecer dentro de 30 minutos levante-se (faça uma atividade monótona (NÃO trabalhe e NÃO estude) e volte para a cama quando tiver sono sono. Mesmo que você só volte à cama às 3 horas da manhã, depois de 3 dias fazendo este ritual (e não dormindo durante o dia), o corpo vai estar cansado e irá dormir.
- Se acordar a meio da noite e não conseguir adormecer faça o mesmo.



### AO ACORDAR

- Levante-se assim que acordar. Se voltar a adormecer, corre o risco de acordar depois bruscamente a meio de um ciclo de sono.
- Levante-se calmamente. Leve o tempo que for necessário para despertar e entrar na realidade.
- Exponha-se progressivamente à luz, de preferência à luz do dia, que ajuda a regular o seu relógio biológico. Espreguice-se lentamente, para relaxar e aquecer os músculos.



### AO ACORDAR (CONT.)

- Boceje tanto quanto lhe apetecer, para se oxigenar.
- Tome um duche revigorante.
- Tome um pequeno-almoço completo e equilibrado. O pequeno-almoço deverá cobrir 25 % das necessidades energéticas do dia.



### DURANTE O DIA

- Pratique uma actividade física, mas nunca ao fim do dia.
- Tenha cuidado com os medicamentos que toma. Em caso de dúvida, consulte o seu médico ou farmacêutico.



### DURANTE O DIA (CONT.)

- Diminua o consumo de estimulantes no final do dia.
- Evite as sestas demasiado longas.
- Evite as situações stressantes e aprenda a gerir o stress.



### ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

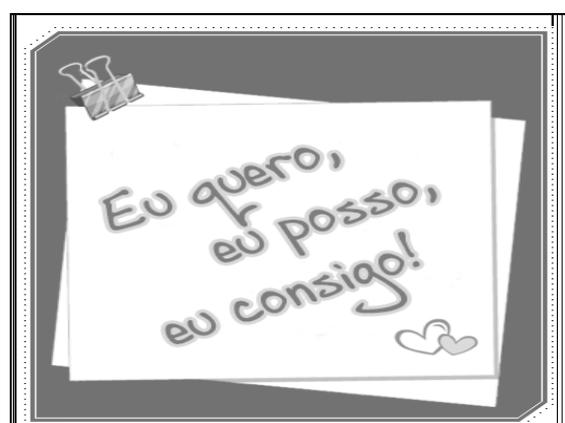
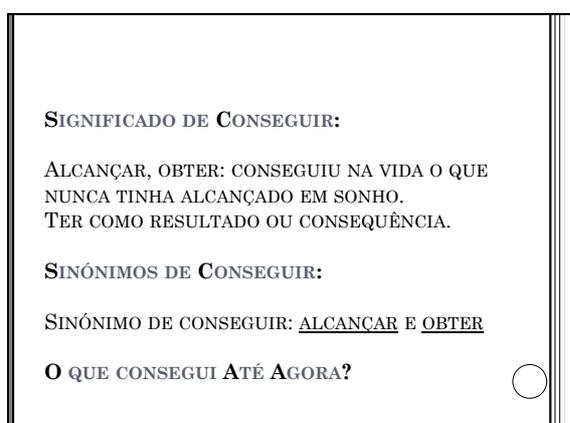
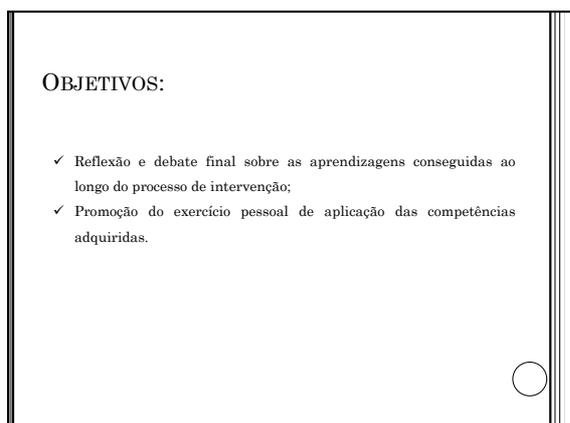
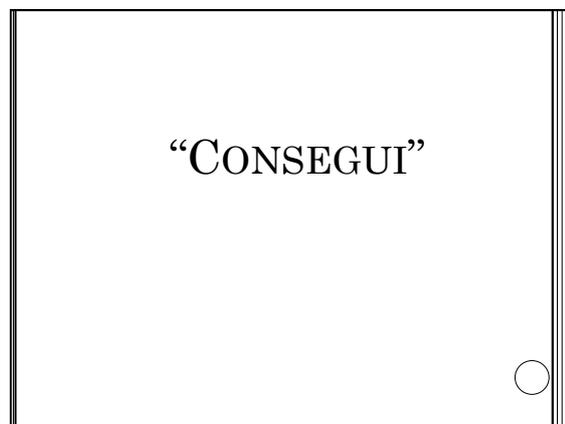
- Ver anexo



### APLICAÇÃO DE INSTRUMENTOS

- BDI
- STAI Y1
- STAI Y2





**PROPONHA-SE A FAZER O SEGUINTE:**

- 1-PASSE MAIS TEMPO NA NATUREZA
- 2-LEIA UM BOM LIVRO
- 3-VEJA PROGRAMAS DE TV OU FILMES DE COMÉDIA
- 4-TOME UM BOM BANHO (TENDE APRECIAR ESSE MOMENTO)
- 5-OIÇA MÚSICA QUE GOSTE
- 6-ENVOLVA-SE EM ALGUMAS PEQUENAS TAREFAS
- 7-ESCREVA NO SEU DIÁRIO
- 8-FAÇA ALGUMAS COISAS ESPONTÂNEAS
- 9-VÁ A UM CENTRO DE MASSAGENS
- 10-RELEMBRE-SE DO QUE GOSTA EM SI



**ADOTE HÁBITOS SAUDÁVEIS DE VIDA**

**DURMA O TEMPO SUFICIENTE (EM MÉDIA OITO HORAS DE SONO).**

**EXPONHA-SE A UM POUCO DE SOL TODOS OS DIAS.**

**PRATIQUE TÉCNICAS DE RELAXAMENTO.**



**APRESENTO ALGUMAS MANEIRAS FÁCEIS DE SE EXERCITAR:**

SUBA ESCADAS, AO INVÉS DE IR DE ELEVADOR  
ESTACIONE O SEU CARRO NUM LUGAR DISTANTE DO SITIO PARA ONDE PRETENDE IR

DÊ UM PASSEIO AO FIM DO DIA

ARRANJE UM COMPANHEIRO PARA O EXERCÍCIO FÍSICO

APROVEITE ANDAR ENQUANTO ESTÁ AO TELEFONE



**DESAFIE OS PENSAMENTOS NEGATIVOS**

**PENSE FORA DE SI MESMO.**

**FAÇA UM REGISTO DOS SEUS PENSAMENTOS NEGATIVOS MAIS SEVEROS.**

**SUBSTITUA PENSAMENTOS NEGATIVOS POR POSITIVOS.**

**SOCIALIZE COM PESSOAS POSITIVAS E BEM HUMORADAS.**



**GANHAR CONSCIÊNCIA DA SUA EXPERIÊNCIA EMOCIONAL:**

**AS EMOÇÕES VÃO E VÊM RAPIDAMENTE, SE VOCÊ PERMITIR.**

**AS SENSações FÍSICAS DO SEU CORPO PODEM DAR-LHE PISTAS PARA AS SUAS EMOÇÕES.**

**VOCÊ, NÃO TEM QUE ESCOLHER ENTRE PENSAR E SENTIR.**



# Ficha de Avaliação da Intervenção

---

## AVALIAÇÃO DAS ACTIVIDADES

### **1.CLASSIFIQUE A TERAPIA DE GRUPO QUANTO:**

Este questionário tem como principal objetivo a recolha de informação acerca da atividade que frequentou. A SUA OPINIÃO É IMPORTANTE, no sentido de realizar correções e melhorias em sessões a desenvolver no futuro.

É confidencial e anónimo.

Em caso de dúvida, peça ajuda à pessoa que está a administrar o questionário.

	Muito Bom	Bom	Suficiente	Insuficiente	Mau
Pertinência dos conteúdos apresentados					
Utilidade dos conteúdos apresentados					
Tempo atribuído aos temas					
As instalações utilizadas para a intervenção					
A metodologia apresentada na intervenção					
Os meios de suporte à intervenção					

### **2.CLASSIFIQUE O FORMADOR QUANTO:**

	Muito Bom	Bom	Suficiente	Insuficiente	Mau
Conhecimentos técnicos					
Informação adicional, clarificação e explicação					
Utilização de linguagem clara e adequada					
Disponibilidade quando solicitado					
Relacionamento com o grupo					
Motivação e encorajamento dado ao grupo					

### **3. O que achou da atividade “Sessão de Relaxamento”?**

---

---

---

### **4. Acha que aprendeu alguma coisa com a atividade? O quê?**

---

---

---

Comentários/sugestões \_\_\_\_\_

---

---

# Levantamento de necessidades de formação da Instituição

---



Associação de  
Pais e Amigos  
de Crianças

## LEVANTAMENTO DE NECESSIDADES DE FORMAÇÃO

ANO:

Nº \_\_\_\_\_

- PLANO ANUAL DE FORMAÇÃO  
 NÃO INSERIDA NO PLANO DE FORMAÇÃO

### DESIGNAÇÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO:

“Gestão de Stress”

### RAZÕES JUSTIFICATIVAS DA NECESSIDADE DA AÇÃO DE FORMAÇÃO:

Esta ação de formação pretende habilitar os formandos a compreender os mecanismos do stress, a avaliar e modificar o seu modo pessoal de resposta aos desafios do quotidiano, a aplicar técnicas de redução da tensão nervosa e de programação positiva para a excelência.

As mudanças bruscas no estilo de vida e a exposição a ambientes cada vez mais complexos, associados à incapacidade lidar com as situações, conduz a estados altamente stressantes. A gestão eficaz do stress é, assim, uma competência fundamental para qualquer pessoa apostada em manter a sua qualidade de vida independentemente das circunstâncias com que é confrontada no dia-a-dia.

ASSINATURA DO PROPONENTE: \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### IDENTIFICAÇÃO DOS COLABORADORES A PARTICIPAR NA FORMAÇÃO:


### OBJETIVOS A ATINGIR:

- Compreender a natureza e as causas do stress;
- Distinguir entre stress positivo e negativo;
- Reconhecer o impacto do stress na qualidade de vida e na saúde;
- Identificar os sintomas de stress;
- Identificar as particularidades do stress profissional;
- Conhecer e dominar técnicas práticas de gestão de stress.

### CALENDARIZAÇÃO E DISTRIBUIÇÃO DA CARGA HORÁRIA

4 de Junho de 2013 às 14h30

Duração: aproximadamente 1h30m

### FORMA E MOMENTO DA REALIZAÇÃO DA AVALIAÇÃO DA EFICÁCIA DA FORMAÇÃO:

### IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL PELA AVALIAÇÃO DA EFICÁCIA:

Dr<sup>a</sup> Vânia Gonçalves

### CUSTO/ ENTIDADE FORMADORA / LOCAL DA REALIZAÇÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO:

0

### APROVAÇÃO PELA DIREÇÃO:

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

# Folha de Presenças da Ação de formação

---

**Folha de Presenças / Sumário**

Tema: "Gestão de Stress "

Sessão nº: 1

Formador: António Carlos Ferreira Teixeira

Duração: 2h

Sala: \_\_\_\_\_

Local: APAC

Data: 04/06/13

Horário: 14h30-16h00

Nº	Nome	Assinaturas
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		

**SUMÁRIO**

Blank area for the summary.

**MEIOS UTILIZADOS**

Blank area for the means used.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

# Documento de apoio á Formação

---

M A I O 2 0 1 3

# GESTÃO DE STRESS



## STRESS

São vários os sinais e sintomas que nos despertam para a presença de stress no organismo, nomeadamente um aumento significativo da ansiedade e/ou depressão, insónia, inquietação, dificuldade de concentração e alguns sintomas físicos (aumento da frequência cardíaca, cólicas abdominais, mal estar gástrico, etc.).

Fisiologicamente, o *stress* é resultado de uma reação que o organismo tem, quando estimulado por factores externos desfavoráveis. Esta reação tem um componente interna que ocorre no interior do indivíduo e que se torna invisível ou mesmo indetectável por parte de quem nos rodeia e uma componente externa, constituída por um conjunto de sintomas e sinais exteriores, facilmente observáveis pelos outros.



### Deixo algumas sugestões para praticar a arte de relaxar:

1. Defina quais as atividades em que você acha que poderia relaxar, e escolha atividades que você realmente goste.
2. Não tenha medo de tentar algo novo e diferente (o cérebro agradece). Estará a dar oportunidade a si mesmo de descobrir novas formas de se relacionar com o seu corpo e assim usufruir das riquezas intermináveis que ele pode produzir.
3. Verifique a existência de atividades de lazer onde vive e provavelmente que pouco frequenta (cinemas, praias, etc...)
4. Um amigo que o acompanhe nas horas de lazer costuma ajudar na descontração e no compromisso de persistir nas atividades de relaxamento.
5. Procure praticar exercícios leves como caminhar, andar de bicicleta, dançar, nadar, praticar jardinagem, etc.
6. Para aqueles com uma condição física mais desenvolvida, o exercício mais intenso pode ser mais eficiente. Atividades como correr, jogar ténis, levantar, pesos, basquetebol, futebol, etc... podem produzir um agradável efeito relaxante, após um treino puxado.
7. Caso tenha interesse, procure praticar algumas técnicas de relaxamento mental para criar a sensação de paz e tranquilidade de corpo e mente.
8. Outras técnicas de relaxamento mental incluem a leitura de um bom livro ou deixar-se envolver na tranquilidade de uma música suave, ou concentrar-se na contemplação.
9. Atividades criativas como pintura, desenho, cerâmica, carpintaria, tricôt e mesmo arte culinária, por prazer, podem dar-lhe também um sentido de realização, paralelamente ao tranquilizante relaxamento de se concentrar em algo que deseja fazer.
10. Também pode aliviar o cansaço do dia-a-dia do trabalho com um banho bem demorado, logo que chegar a casa.

# Ficha de Avaliação da Ação de Formação

---

## AVALIAÇÃO DAS ACTIVIDADES

### **1.CLASSIFIQUE A ACÇÃO DE FORMAÇÃO QUANTO:**

Este questionário tem como principal objetivo a recolha de informação acerca da atividade que frequentou. A SUA OPINIÃO É IMPORTANTE, no sentido de realizar correções e melhorias em sessões a desenvolver no futuro.

É confidencial e anónimo.

Em caso de dúvida, peça ajuda à pessoa que está a administrar o questionário.

	Muito Bom	Bom	Suficiente	Insuficiente	Mau
Pertinência dos conteúdos apresentados					
Utilidade dos conteúdos apresentados					
Tempo atribuído aos temas					
As instalações utilizadas para a intervenção					
A metodologia apresentada na intervenção					
Os meios de suporte à intervenção					

### **2.CLASSIFIQUE O FORMADOR QUANTO:**

	Muito Bom	Bom	Suficiente	Insuficiente	Mau
Conhecimentos técnicos					
Informação adicional, clarificação e explicação					
Utilização de linguagem clara e adequada					
Disponibilidade quando solicitado					
Relacionamento com o grupo					
Motivação e encorajamento dado ao grupo					

### **3. O que achou da atividade “Sessão de Relaxamento”?**

---

---

---

### **4. Acha que aprendeu alguma coisa com a atividade? O quê?**

---

---

---

Comentários/sugestões \_\_\_\_\_

---

---

# Técnica de Relaxamento

---

## Técnica de relaxamento

1. Comece por respirar lentamente...inspire fundo pelo nariz e expire pela boca...
2. Coordene a sua respiração com os exercícios musculares de modo a que inspire quando contrai os músculos e expire quando os relaxa...
3. Durante as fases de contração dos músculos, concentre-se nas sensações que sente (calor, sensação de esticar o músculo, etc.) e tente imaginar o músculo a contrair-se.
4. Quando pedir para relaxar os músculos, deixe-os relaxar rapidamente e expire ao mesmo tempo. Durante essa fase preste atenção às sensações de relaxamento, moleza, leveza, etc.
5. Fique atento aos sentimentos de paz interior, tranquilidade, conforto e à vontade que ocorrem quando relaxa completamente.

Agora, faça uma respiração profunda e sinta-se a relaxar...

Descanse, mantenha-se tranquilo...sinta o corpo leve, solto...

Concentre a sua atenção na respiração, no ar a entrar e a sair dos pulmões...

Note a diferença de temperatura de quando o ar entra e sai.

Concentre-se no seu **pé direito**, em cada um dos 5 dedos e encaracole os dedos na direcção do chão e conte até 3...

Agora abra o mais que puder os dedos do pé e estique-os...relaxe.

Descontraia os músculos dos pés e sinta o calcanhar solto...

Concentre-se na sua perna direita e estenda a perna para a frente...tente chegar o mais longe possível e conte até 7...comece a descontrair...relaxe e sinta a barriga da perna direita a soltar-se...

Agora a coxa direita...faça força com o calcanhar no chão e aperte a coxa...conte até 7...relaxe e sinta os músculos a descontraírem, libertos, soltos...

Vamos fazer o mesmo exatamente o mesmo com a perna esquerda...

Concentre-se no seu pé esquerdo, em cada um dos 5 dedos e encare os dedos na direção do chão e conte até 3...

Agora abra o mais que puder os dedos do pé e estique-os...relaxe.

Descontraia os músculos dos pés e sinta o calcanhar solto...

Concentre-se na sua perna esquerda e estenda a perna para a frente...tente chegar o mais longe possível e conte até 7...comece a descontraírem...relaxe e sinta a barriga da perna direita a soltar-se...

Agora a coxa esquerda...faça força com o calcanhar no chão e aperte a coxa...conte até 7...relaxe e sinta os músculos a descontraírem, libertos, soltos...

Agora descontraia as suas duas pernas...

Aperte as nádegas... (contar até 7) ...relaxe...

Relaxe os músculos das nádegas, a anca e toda a região pélvica...

Contraia agora os músculos do estômago e imagine que está a fazer força para aguentar uma pessoa em cima... descontraia e expire todo o ar que tem...

Continue a respirar serenamente...

Inspire fundo, encha o peito de ar e sinta o seu coração a bater suavemente...relaxe e liberte o ar...

Sinta o abdómen e os músculos da barriga a descontraírem...

Descanse, sinta-se calmo(a), em paz...

Relaxe e descontraia a sua coluna vertebral...lentamente, desde a região sagrada até à cervical...

Sinta que aumenta o espaço entre as vértebras e que elas se encaixam direitinhas umas nas outras...

Concentre-se na sua mão direita e aperte-a fortemente serrando o punho... conte até 7 e relaxe...solte cada um dos cinco dedos...

Abra agora a mão, estique o pulso e os dedos como se quisesse chegar à parede... (contar até 7) ... relaxe...

Sinta o pulso a relaxar e o antebraço a descontrair...

Estenda o braço para a frente como se estivesse a espreguiçar-se e conte até 7...relaxe...estenda de novo o braço mas para cima, como se quisesse alcançar o céu...agora estenda o braço para o lado...estique-o o mais que puder...descontraia e deixe cair o braço numa posição confortável...

Sinta o cotovelo e todo o braço direito soltos...

Vamos fazer o mesmo com o braço esquerdo...

Concentre-se na sua mão esquerda e aperte-a fortemente serrando o punho... conte até 7 e relaxe...solte cada um dos cinco dedos...

Abra agora a mão, estique o pulso e os de os como se quisesse chegar à parede... (contar até 7) ... relaxe...

Sinta o pulso a relaxar e o antebraço a descontrair...

Estenda o braço para a frente como se estivesse a espreguiçar-se e conte até 7...relaxe...estenda de novo o braço mas para cima, como se quisesse alcançar o céu...agora estenda o braço para o lado...estique-o o mais que puder...descontraia e deixe cair o braço numa posição confortável...

Sinta o cotovelo e todo o braço esquerdo soltos...

Concentre-se nos ombros... e puxe-os para cima como se fossem tocar às orelhas...deixe cair os ombros e relaxe...solte-os, sinta-os relaxados, descontraídos...

Agora descontraia os seus dois braços, solte o seu pescoço...

Abra os cantos da boca num sorriso aberto, como se fosse tocar as orelhas...

Aperte os lábios um contra outro...abra ligeiramente a boca, soltando os maxilares...e relaxe-os...

Feche os olhos com força, franza o nariz e os olhos...conte até 7...descontraia os olhos...

Sinta a boca e o nariz a descontrair, sinta-se a respirar em perfeita harmonia pela narina direita e pela narina esquerda...

Franza a testa e levante as sobrancelhas como se elas quisessem tocar no meio da cabeça...relaxe os músculos da testa da nuca, todo o couro cabeludo e o cabelo...sinta que o seu rosto tem uma fisionomia suave, uma aparência serena que revela tranquilidade e paz interior...

Sinta todo o corpo numa profunda sensação de bem estar...relaxe...

(os...indicam pausas)

Imagine que vai a caminhar por um jardim...passeando calmamente...contemple o que está à sua volta...aprecie as flores, as árvores, os animais...sinta o cheiro das flores, o canto dos pássaros, a temperatura suave e uma brisa muito agradável...continue a caminhar até encontrar um local que é ideal para relaxar...sente-se aí, ou deite-se, como preferir e fique assim, a relaxar, a descansar (fique aí alguns minutos, os que quiser)...

Este mundo onde agora, por magia cada um de vós se encontra...onde tudo é encantado e provoca admiração...onde tudo é fantástico e também, tão real...é o mundo das fábulas...olhem à vossa volta...movimentem-se livremente e observem tudo o que vos rodeia...observem a vossa roupa...as cores da vossa roupa...sintam os cheiros que vos rodeiam...vivam a vossa fábula...como quiserem, desde que se sintam em paz.

Deixe-se estar deitado com os olhos fechados durante uns minutos e saboreie o momento. Note que o seu corpo está confortável e livre de tensão.

Lentamente, despeçam-se do mundo fantástico da fábulas...vá-se levantando desse local e comece a fazer o caminho de volta pelo jardim...

Concentre-se na sua respiração, faça uma respiração profunda...inspire e expire profundamente 3 ou 4 vezes...inspire e expire...

Lentamente vá mexendo as mãos, os pés...espreguice-se e vá fazendo todos os movimentos que o seu corpo pedir...

Você está agora de novo nesta sala...muito devagar vá abrindo os olhos e então pode levantar-se, com cuidado em particular com a cabeça (que é muito pesada)... sinta-se muito bem sinta-se relaxado...em paz.

Quando todos os participantes estiverem de olhos abertos o psicólogo convida-os a sentarem-se em círculo e verbalizarem tudo o que visualizaram durante o exercício.

Saiba que sempre que quiser pode ir até esse local, ideal para descansar.

Pode sentir-se a fazer o caminho de regresso, até ao local onde está deitado(a), a fazer esta técnica de relaxamento...