



**DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DE ACONSELHAMENTO
UNIVERSIDADE AUTÓNOMA DE LISBOA
“LUIS DE CAMÕES”**

**INTERVENÇÃO E ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO EM
CONTEXTO DE CLÍNICA PRIVADA**

Relatório de Estágio para a Obtenção de Grau de Mestre em Psicologia Clínica e de
Aconselhamento

Autora: Samanta Cristina Fernandes da Cruz Braga Araújo

Orientadora: Professora Doutora Rute Sofia Ribeiro Brites Lopes Dias

Número da Candidata: 20160909

Março de 2022

Lisboa

Agradecimentos

A realização do estágio académico e simultaneamente a elaboração deste relatório constituíram momentos fundamentais na consolidação das experiências e aprendizagens que foram sendo acumuladas ao longo da licenciatura e do mestrado. Durante todo o percurso académico, foram várias as pessoas que contribuíram para o meu desenvolvimento não só enquanto pessoa, mas também como futura psicóloga. Assim, expresso aqui os meus profundos e sinceros agradecimentos:

A todos os professores pela partilha de experiências e de conhecimentos. Um especial agradecimento, à Prof.^a Doutora Mónica Pires e à Prof.^a Doutora Odete Nunes, pelo seu apoio e compreensão durante o estágio e orientação nas aulas de supervisão.

À Prof.^a Doutora Rute Brites, por ter sido para mim uma importante referência ao longo de toda a licenciatura, e também pelo seu constante apoio, profissionalismo, disponibilidade, exigência e orientação que permitiram a concretização deste relatório.

À Doutora Ana Pinto Coelho, pela confiança e pela disponibilidade em aceitar o meu estágio na sua empresa.

À minha orientadora de estágio, Doutora Ana Sousa, pelo acompanhamento, disponibilidade, rigor e profissionalismo. Obrigada pela partilha e aprendizagens proporcionadas ao longo do estágio.

Às minhas amigas de universidade, por todos os momentos partilhados, por toda a amizade, espírito de entre ajuda e por todas as palavras de encorajamento nas horas difíceis.

Aos meus sogros, por sempre me tratarem como uma filha e nunca me terem faltado com apoio.

Aos meus queridos pais, pelos valores transmitidos, pelo seu incentivo e carinho constante.

À minha irmã e melhor amiga, pela amizade, pelos conselhos e desabafos, pela motivação e apoio incondicional em todos os momentos deste percurso.

Ao meu marido Miguel e aos meus filhos, David e Tiago, por todo amor e suporte ao longo deste desafio. Obrigada por nunca me terem deixado desistir e por estarem sempre ao meu lado.

Resumo

O presente relatório de estágio corresponde ao trabalho final exigido para a conclusão do mestrado e obtenção do grau académico de Mestre, do curso de Psicologia Clínica e do Aconselhamento, ministrado pela Universidade Autónoma de Lisboa, entre os anos letivos de 2019/2020.

O estágio decorreu numa empresa em Lisboa, em contexto de clínica privada, cujo principal objetivo é a promoção do bem-estar e da saúde mental, bem como a prevenção e o tratamento de perturbações mentais e emocionais.

Tratando-se de um período de aprendizagem e desenvolvimento profissional, o estágio curricular, possibilitou a ligação entre a teoria adquirida durante o curso e a prática em contexto profissional. Neste sentido, as atividades desenvolvidas durante o período de estágio permitiram não só aplicar e refletir sobre os conhecimentos e aprendizagens adquiridas em contexto académico, como contribuíram também para garantir a aquisição de competências pessoais e profissionais imprescindíveis para a prática da profissão.

Assim, pretende-se com este relatório, descrever todo o trabalho desenvolvido na empresa durante o decurso do estágio, no âmbito da psicologia clínica, bem como realizar um enquadramento teórico das problemáticas mais recorrentes da população alvo, das quais se destacam a ansiedade e a depressão.

Este trabalho, procede ainda à apresentação e análise de dois casos clínicos, utilizando como referência, a terapia cognitivo-comportamental. Para ambos os casos, será apresentada uma síntese das sessões de acompanhamento psicológico, uma avaliação psicológica, com os respetivos instrumentos e resultados, bem como uma discussão clínica e uma reflexão pessoal sobre os mesmos.

Palavra-Chave: Estágio, Psicologia Clínica, terapia cognitivo-comportamental, Depressão, Ansiedade

Abstract

This internship report corresponds to the final work required for completing the graduation and to obtain the academic master's degree in Clinical Psychology and Counseling, taught by the Universidade Autónoma de Lisboa, between the academic years 2019/2020.

The internship took place in an institution in Lisbon, in a private clinic context, whose main objective is the promotion of well-being and mental health, as well as the prevention and treatment of mental and emotional disorders.

Being a period of learning and professional development, the curricular internship allowed for the connection between the theory acquired during the course and the practice in a professional context. In this sense, the activities developed during the internship period allowed not only to apply and reflect on the knowledge and learning acquired in the academic context, but also contributed to ensure the acquisition of personal and professional skills that are essential for professional practice.

Thus, this report aims to describe all the work developed in the institution, during the internship period, within the scope of clinical psychology, as well as to carry out a theoretical framework of the most recurrent problematics of the target population, of which we highlight anxiety and depression.

This work also presents and analyzes two clinical cases, using cognitive-behavioral therapy as a reference. For both cases, it's presented a summary of the psychological follow-up sessions, a psychological evaluation with the respective instruments and results, as well as a clinical discussion and a personal reflection on them.

Key-words: Internship, Clinical Psychology, Cognitive-Behavioral Therapy, Depression, Anxiety.

Índice

<i>Agradecimentos</i>	<i>II</i>
<i>Resumo</i>	<i>III</i>
<i>Abstract</i>	<i>IV</i>
<i>Índice de Figuras</i>	<i>VII</i>
<i>Índice de Abreviaturas</i>	<i>VIII</i>
<i>Índice de Anexos</i>	<i>IX</i>
<i>Introdução</i>	<i>10</i>
Parte I. Contextualização do Estágio	11
1.1. Caracterização do local de estágio.....	11
1.2. Papel do Psicólogo Clínico.....	13
1.3. Papel do Psicólogo na empresa.....	15
Parte II. Revisão da Literatura	18
1.1. Perturbações mais recorrentes no local de estágio.....	18
1.2. Perturbação Depressiva.....	18
1.2.1. Aspectos Gerais e Epidemiologia.....	18
1.2.2. Classificação e Diagnóstico.....	22
1.2.2.1. Perturbação depressiva major.....	24
1.2.2.2. Perturbação Depressiva Persistente.....	25
1.2.3. Etiologia.....	27
1.2.4. Terapêutica.....	28
1.2.4.1. Tratamento médico.....	29
1.2.4.2. Tratamento Psicológico.....	30
1.2.4.3. Tratamento Social.....	32
1.3. Ansiedade.....	33
1.3.1. Aspectos Gerais e Epidemiologia.....	33
1.3.2. Classificação e Diagnóstico.....	37
1.3.2.1. Perturbação de Ansiedade Generalizada (PAG).....	38
1.3.2.2. Perturbação de Pânico.....	41
1.3.3. Etiologia.....	43
1.3.4. Terapêutica.....	46

1.4.	Caracterização da intervenção	48
1.4.1.	Fundamentação teórica da intervenção	48
Parte III.	Trabalho de Estágio	51
1.1.	Objetivos	51
1.1.1.	Objetivos Gerais.....	51
1.1.2.	Objetivos específicos	51
1.2.	Atividades desenvolvidas durante o estágio	52
1.2.1.	Observação Clínica	52
1.2.2.	Participação em reuniões clínicas	54
1.2.3.	Participação em ações de formação	54
1.2.4.	Participação em grupos terapêuticos de apoio	54
1.2.5.	Avaliação psicológica e neuropsicológica	56
1.2.6.	Acompanhamento psicológico	66
1.3.	Apresentação e discussão dos casos clínicos observados durante o estágio....	68
1.3.1.	Caso Clínico da “S.”	69
1.3.2.	Caso Clínico da “M”	80
1.4.	Cronograma de atividades desenvolvidas	91
Parte IV.	Conclusão.....	92
1.1.	Reflexão Pessoal	92
<i>Bibliografia.....</i>	<i>94</i>	

Índice de Figuras

Figura 1 - Prevalência anual de perturbações psiquiátricas em Portugal e em outros países (%).....	18
Figura 2 - Proporção de utentes com registo de perturbações depressivas entre os utentes inscritos ativos em CSP (%), por Região de Saúde (2011-2016).	19
Figura 3 - Modelo de intervenção para o tratamento da depressão	30
Figura 4 - Prevalência das Perturbações Psiquiátricas nos Adultos (exceto perturbações psicóticas esquizofreniformes e delirantes), por gravidade, em Portugal (2013).....	33
Figura 5 - Categorias e descritores cognitivos da ansiedade	45

Índice de Abreviaturas

ACI – *Activision Coaching Institute*

APA – *American Psychiatric Association*

BAI – *Beck Anxiety Inventory*

BDI – *Beck Depression Inventory*

DCL – Défice Cognitivo Ligeiro

DGERT – Direção Geral do Emprego e das Relações de Trabalho

DRE – Diário da República Eletrónico

DSM-V – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, 5ª Edição

CBI – *Copenhagen Burnout Inventory*

CID-11– Classificação Internacional das doenças, 11ª Edição

ECT – Eletroconvulsoterapia

FCR - Figura Complexa de *Rey*

ICF – *International Coaching Federation*

ITC – *International Tests Commission*

MMSE – *Mini-Mental State Examination*

MOCA – Montreal Cognitive Assessment

NICE – National Institute for Health and Clinical Excellence

OPP – Ordem dos Psicólogos Portugueses

PA – Perturbação de Ansiedade

PAG – Perturbação de Ansiedade Generalizada

PAS – Perturbação de Ansiedade Social

PP – Perturbação de Pânico

SCL-90 – *Symptom Checklist-90*

SNC – Sistema nervoso central

TC – Terapia cognitiva

TCC – Terapia cognitivo-comportamental

UAL – Universidade Autónoma de Lisboa

WAIS – *Wechsler Adult Intelligence Scale*

WISC III – *Wechsler Intelligence Scale for Children*

WHO – *World Health Organization*

Índice de Anexos

Anexo 1 – Consentimento informado

Anexo 2 – Instrumentos de Avaliação – Caso “S.”

Anexo 3 – Instrumentos de Avaliação – Caso “M.”

Introdução

O relatório que se segue, insere-se no âmbito do estágio curricular académico, com vista à obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e de Aconselhamento, conferido pela Universidade Autónoma de Lisboa (UAL), e tem por objetivo apresentar todo o trabalho e atividades desenvolvidas durante o mesmo.

O estágio realizou-se em contexto de clínica privada, no departamento de psicologia de uma empresa localizada na área metropolitana de Lisboa e decorreu entre o dia 11 de dezembro 2019 e o dia 07 de março de 2020, totalizando 257 horas. Embora estivesse previsto terminar em julho, o estágio teve que ser interrompido antecipadamente na sequência do surto de COVID-19.

Tendo optado pela vertente profissionalizante, o estágio constituiu-se como uma experiência imprescindível de aprendizagem, ao permitir a interligação entre a teoria e a prática clínica em contexto profissional. De facto, possuindo um carácter essencialmente prático, no qual foi possível trabalhar e refletir sobre diferentes problemáticas, procedimentos e contextos de intervenção, o estágio proporcionou a possibilidade de aplicar conhecimentos prévios e de adquirir novas competências técnicas e relacionais essenciais para o exercício da função enquanto futura psicóloga. Este período foi também fundamental para observar diferentes condutas e práticas profissionais bem como para tomar consciência de questões éticas e deontológicas ligadas à profissão de psicólogo.

O presente relatório, encontra-se estruturado em quatro partes fundamentais. A primeira parte refere-se à contextualização do local de estágio, na qual se procede à caracterização da empresa e da sua população alvo, bem como a um breve enquadramento sobre o papel do psicólogo em contexto clínico e em específico na empresa onde decorreu o estágio.

A segunda parte, diz respeito à revisão de literatura sobre as problemáticas mais recorrentes na empresa e abordadas durante o estágio profissional. A terceira parte do relatório, destina-se à caracterização da intervenção, na qual se descrevem as atividades desenvolvidas ao longo do estágio e se efetua uma análise crítica sobre o trabalho realizado. Esta parte do relatório é ainda dedicada à reflexão e fundamentação teórica de dois casos clínicos estudados. A quarta e última parte, contém uma reflexão pessoal sobre a experiência do contexto de estágio.

Parte I.Contextualização do Estágio

1.1. Caracterização do local de estágio

A empresa promotora do estágio académico profissionalizante, foi constituída em setembro de 2014 e situa-se na área metropolitana de Lisboa. Os seus serviços englobam 4 grandes áreas de atuação: *Coaching*, *Mentoring*, Formação e Psicologia Clínica.

Ao nível do *Coaching*, é a empresa que em Portugal representa e gere a *Activision Coaching Institute* (ACI) - uma das escolas com maior reputação no mercado português e internacional, sendo também acreditada pela *International Coach Federation* (ICF)¹.

Ainda a este nível, disponibiliza vários tipos de programas de *coaching*, entre os quais *Coaching* Psicológico, área que envolve um processo de orientação de pessoas e de equipas com o propósito de alcançar resultados tanto no âmbito profissional como pessoal. É um processo que tem por objetivo desenvolver a capacidade de autodescoberta, o potencial e a performance individual, bem como a capacidade de ultrapassar obstáculos. Baseia-se na relação entre facilitador-cliente e no apoio à gestão de metas pessoais com o intuito de promover mudanças positivas de comportamento (Fernandes et al, 2016).

Ao nível do *Mentoring*, a empresa dedica-se à conceção, desenho e acompanhamento da implementação de programas de *mentoring* e ao desenvolvimento de competências nos mentores.

Os programas de *mentoring* desenvolvidos, destinam-se a clientes individuais ou a empresas e podem assumir várias formas, relação *one-to-one* ou relação *one-to-many*, dependendo do objetivo. Porém, independentemente de o objetivo ser o desenvolvimento pessoal, profissional, a criação de um negócio, melhorar a performance ou simplesmente trocar ideias, para a empresa, o *mentoring* é uma metodologia de desenvolvimento pessoal com o propósito de agregar conhecimento e orientação.

Ao nível da Formação, trata-se de uma empresa certificada pela Direção Geral do Emprego e das Relações de Trabalho (DGERT), o que significa que os seus procedimentos e práticas estão de acordo com um referencial de qualidade específico para a formação. Em

¹ A ICF, é a maior organização de *coaches* profissionais com 32 000 Membros a nível mundial, 26 800 dos quais credenciados, com membros distribuídos por 140 países, que trabalham em prol do objetivo comum de aumentar a consciência sobre o *coaching*, mantendo a integridade da profissão e formando-se continuamente com as mais recentes práticas e investigação. Com mais de duas décadas de existência, é uma organização mundial sem fins lucrativos que se dedica ao desenvolvimento da profissão de *coaching*, estabelecendo um elevado padrão ético, fornecendo certificação independente e construindo uma rede mundial de *coaches* credenciados que atuam numa variedade de disciplinas de *coaching*.

termos de formação, a empresa disponibiliza uma série de cursos, quer para clientes individuais, quer para empresas, em várias áreas comportamentais, tais como: Agilidade, Inovação e Liderança; *Soft Skills*; Criar equipas assertivas; Maximizar Performance; Criar visão inspiradora; entre outros.

Ao nível da Psicologia Clínica, a empresa criou no final de 2018 um departamento de psicologia, o qual tem por missão a promoção do bem-estar psicológico e da saúde mental dos seus utentes, bem como a prevenção e o tratamento de perturbações mentais e emocionais.

O departamento de Psicologia é constituído por uma equipa de quatro psicólogas credenciadas, altamente especializadas e aptas a intervir em várias patologias, nas suas repercussões emocionais, comportamentais e/ou cognitivas, recorrendo a diferentes abordagens e técnicas.

No desenvolvimento da sua atividade, os psicólogos da empresa regem a sua conduta por um conjunto de valores dos quais se destacam, a excelência, a integridade, a competência, o profissionalismo, o rigor e o respeito pela dignidade humana.

Tendo em consideração a sua missão, a oferta de serviços do departamento de psicologia é diversificada e abrange o acompanhamento psicológico individual em diferentes áreas de intervenção, a avaliação psicológica, a avaliação neuropsicológica, e intervenções terapêuticas em grupo.

Sempre que possível e de acordo com a disponibilidade da equipa, a empresa promove também internamente ações de prevenção e de promoção da saúde e do bem-estar (por exemplo, cursos de *mindfulness* para diminuir os níveis de ansiedade e prevenir a depressão).

Visando a qualidade dos serviços prestados, são realizadas semanalmente reuniões clínicas onde são apresentados e discutidos os casos clínicos que se encontram em fase de acompanhamento ou de avaliação. Pretende-se também com estas reuniões proporcionar um espaço de partilha de conhecimentos e de experiências bem como de reconhecimento de desafios provenientes da prática profissional, possibilitando aos participantes, sempre que necessário, receber apoio e aconselhamento no processo de resolução de problemas e de tomada de decisão. Nestas reuniões são também discutidas questões de organização e funcionamento do departamento.

O departamento de psicologia responde a solicitações da comunidade em geral, possuindo assim uma população bastante heterogénea, incluindo crianças, jovens, adolescentes, adultos e idosos, com as mais diversas patologias e que procuram e necessitam de apoio e cuidados de saúde mental. Porém, é exequível afirmar que o grupo com maior representatividade, são adultos, do sexo feminino.

O acesso ao departamento de psicologia pode ser realizado por iniciativa própria ou através do reencaminhamento de profissionais de saúde, tais como o médico de família, o psiquiatra ou outros profissionais de outras especialidades.

A duração e assiduidade das consultas varia consoante se trate de uma primeira consulta ou de outras subseqüentes, consoante se recorra ou não a técnicas psicométricas de avaliação, e até consoante o contexto em que decorre.

Existem dois gabinetes destinados às consultas psicológicas e uma sala de reuniões destinada às reuniões de equipa e intervenções terapêuticas em grupo. Com o intuito de fazer com que o cliente se sinta seguro e confortável, ambos os espaços foram cuidadosamente preparados e mobilados por forma a garantir um ambiente acolhedor e harmonioso. Todas as salas possuem boa luminosidade, temperatura adequada e são bem insonorizadas.

1.2. Papel do Psicólogo Clínico

A prevalência das perturbações mentais em Portugal, é preocupante. De acordo com o 1º Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental, estima-se que um em cada cinco portugueses (23%) sofra de uma doença mental. Esta prevalência é a segunda mais alta a nível europeu (Almeida & Xavier, 2013).

As perturbações de ansiedade (prevalência anual de 16.5%) e as perturbações de humor, como a depressão major (prevalência ao longo da vida de 16.7%), são os grupos que apresentam uma prevalência mais elevada no nosso país. Com valores muito inferiores encontram-se as perturbações de controlo de impulsos e de perturbações pelo abuso de substâncias, respetivamente com 3.5% e 1.6% de prevalência (Almeida & Xavier, 2009).

Segundo a Ordem dos Psicólogos [OPP] (2013), no seu relatório sobre “Investir na Saúde Mental através da Intervenção Psicológica”, para além das pessoas que apresentam uma perturbação mental diagnosticada, existem muitas outras cujos problemas de saúde psicológica são “subliminares”, ou seja, não preenchem os critérios de diagnóstico para uma perturbação psiquiátrica, mas estão em sofrimento e beneficiariam de uma intervenção. De acordo com o Inquérito Nacional de Saúde (2005/2006), em 2005 cerca de 27.2% da população residente em Portugal com 15 ou mais anos registava a existência provável de sofrimento psicológico. Se abrangermos ainda as famílias e os cuidadores das pessoas com doença mental, a maior parte dos portugueses sofre o impacto das doenças mentais, de alguma forma.

Face a este cenário, os benefícios de investir na saúde mental, nomeadamente, através de intervenções e serviços psicológicos, podem ser muito valiosos e traduzir-se em poupanças

económicas e em benefícios clínicos, sociais e económicos, a curto, médio e longo-prazo, dado que permitem: diminuir o número de pessoas que sofre de doença mental; diminuir o encargo económico com a doença; diminuir o absentismo e o presentismo laboral; diminuir o recurso a outros cuidados de saúde; diminuir até 40% de custos médicos anuais; diminuir até 50% das consultas médicas; diminuir até 75% do tempo de hospitalização; diminuir até 65% da frequência de hospitalizações; diminuir até 45% das idas às urgências; poupar entre 20% a 30% dos custos económicos em cuidados de saúde; aumentar o acesso aos cuidados de saúde mental; aumentar a empregabilidade e a produtividade; aumentar a qualidade de vida e o bem-estar mental (OPP, 2013).

Neste contexto, os psicólogos clínicos, representam um grande potencial de resposta às necessidades de saúde e bem-estar mental e físico, ao criar serviços de prevenção, avaliação, supervisão e tratamento para um largo espectro de problemas e dificuldades (Goodheart, 2010).

Para Faria et al. (2020), o papel da Psicologia Clínica é irrefutável no desenvolvimento saudável de pessoas, grupos e sociedades. Se dúvidas houver sobre a pertinência da sua adequação, as referências são uníssonas no que diz respeito à necessidade de se valorizar a intervenção psicológica, quer por ser menos dispendiosa, quer por ser tão ou mais eficaz do que a psicofarmacologia (Layard et al., 2007; OPP, 2015).

Ainda de acordo com os autores Faria et al. (2020), o reconhecimento do ato do psicólogo em geral como um ato em Saúde evidencia esta progressiva valorização da intervenção psicológica no contexto da saúde nacional. O Projeto de Regulamento que define o Ato do Psicólogo (Aviso n.º 8456/2019, artigo 5º do *Diário da República*, 2.ª série, N.º 94, de 16 de maio de 2019) considera que:

- 1 - O ato do psicólogo consiste na atividade de avaliação psicológica, que abrange diferentes áreas e que inclui os procedimentos de construção e aplicação de protocolo de avaliação, a elaboração de relatórios de avaliação e a comunicação dos respetivos resultados, assim como de diagnóstico, análise, prescrição e intervenção psicológica, incluindo atividades de promoção e prevenção.
- 2 - Constituem ainda atos do psicólogo, quando praticados por psicólogos: a) Atividades de diagnóstico, análise, prescrição e intervenção psicoterapêutica não farmacológica; b) Intervenções específicas aos diversos contextos relativos a indivíduos, grupos, organizações e comunidades; c) A elaboração de pareceres no âmbito da psicologia, e toda a atividade de supervisão do ato psicológico, incluindo os desenvolvidos no contexto da função de docente e de investigação; d) As atividades técnico-científicas de ensino, formação, educação e organização para a promoção da saúde e prevenção da doença.

A proposta de regulamento das especialidades profissionais em Psicologia da OPP (2016), contribuiu também para o reconhecimento e manutenção da qualidade da atividade, ao conferir à Psicologia Clínica uma definição operacional em sintonia com as exigências científicas e profissionais atuais. De acordo com a OPP,

É especialista em Psicologia Clínica e da Saúde aquele a quem é reconhecida competência científica na aplicação dos conceitos, metodologias e técnicas da área da clínica e da saúde, nomeadamente no

diagnóstico, avaliação psicológica, planeamento, monitorização, intervenção psicológica, consultoria, avaliação da intervenção, conceptualização de caso e investigação dos seus clientes (OPP/DRE, 2016, p.41).

1.3. Papel do Psicólogo na empresa

Na empresa promotora do estágio académico, a ação do psicólogo insere-se no âmbito da Psicologia Clínica e da Saúde e é composta por diversas atividades dirigidas a diferentes problemáticas e a todas as faixas etárias, nomeadamente: avaliação psicológica, avaliação neuropsicológica, acompanhamento psicológico em diferentes áreas de intervenção e intervenções terapêuticas em grupo.

Indo ao encontro do Parecer 16/CEOPP/2015, a realização de uma avaliação psicológica na empresa, “corresponde a um processo compreensivo, que se concretiza através do recurso a protocolos válidos, atualizados e fundamentados do ponto de vista científico, e deve responder a necessidades objetivas de informação” (p.2). A avaliação psicológica é um processo que advém da “interpretação dos resultados dos instrumentos utilizados em função de um conjunto de variáveis como sejam o objetivo da avaliação, variáveis que os testes implicam, características da pessoa avaliada (incluindo diferenças individuais linguísticas, culturais ou outras) e situações ou contextos que podem reduzir a objetividade ou influenciar os juízos formulados” (p.2).

Em termos de prática clínica, a avaliação neuropsicológica tem provado ser útil no apoio ao diagnóstico, na decisão da terapêutica adequada e na monitorização do processo de tratamento e reabilitação. Neste sentido, uma avaliação neuropsicológica formal e estandardizada constitui-se como uma ferramenta essencial para a definição da prevalência, incidência e padrão de défices cognitivos globais ou específicos (Mendes, 2014).

Para realizar avaliações psicológicas e neuropsicológicas, o departamento de psicologia recorre a diferentes métodos e instrumentos de avaliação, tais como a observação, entrevistas, testes, questionários, escalas e inventários os quais são utilizados de forma contextualizada, nomeadamente: Teste do desenho da família, teste do relógio, Figura Complexa de *Rey*, Teste do Relógio, Escala de Montreal (MOCA), Escala de Memória de *Wechsler*, WAIS e WISC III, Matrizes Progressivas de *Raven* (PM 38), *Mini-Mental State Examination* (MMSE), *Copenhagen Burnout Inventory* (CBI), *Symptom Check List –90–R* (SCL-90), Questionário de Avaliação Semiológica para a Perturbação Stress Pós-traumático (CAPS), SKT (avaliação Cognitiva Sumária da Memória e Atenção), Inventário de Depressão Infantil (CDI), o Inventário de Depressão de Beck (BDI), o Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI). Para

além destes instrumentos, cada psicólogo tem acesso a uma caixa lúdica e diversos jogos que pode usar em consultas com crianças.

Ao nível do acompanhamento psicológico, o departamento de psicologia trabalha com diferentes áreas de intervenção, desde o acompanhamento de situações de vida nas quais as pessoas sentem que algo está a interferir com o seu bem-estar geral e com o funcionamento do seu quotidiano, quer a nível pessoal, social, familiar ou laboral, tais como luto, divórcio, stress, doença grave, problemas de autoestima, e desemprego, até ao tratamento de perturbações mentais e emocionais, sendo que entre as mais recorrentes, se encontram a depressão e problemas de ansiedade.

No local de estágio são utilizados diferentes modelos teóricos, consoante a profissional em questão, porém a psicóloga orientadora do presente estágio adota o modelo cognitivo-comportamental nas suas intervenções terapêuticas. Neste sentido, considerando que o objeto de estudo da psicologia clínica é definido pelo paradigma teórico que o terapeuta tem por base de conhecimento e formação, será evidente que, os objetos de estudo, assim como a escolha de técnicas e objetos de intervenção terapêutica também serão diferentes consoante a linha teórica utilizada (Leal, 2008).

No entanto, importa referir que, seja qual for o quadro teórico que o psicólogo clínico utilize com o intuito de referenciar e descodificar o que lhe é trazido como sofrimento, mal estar ou desadaptação, o mesmo deve seguir delineamentos de intervenção capazes de conduzir a uma diminuição, desvalorização ou reequilíbrio dos problemas que lhe são apresentados (Pais-Ribeiro & Leal, 1996).

A este propósito, Cordioli e Knapp (2008, citados por Campana, 2014), acrescentam que, independentemente da orientação teórica, a prática terapêutica tem sempre como principal objetivo o alívio de sintomas, o restabelecimento do equilíbrio psicológico, a diminuição ou eliminação de um estado patológico e a melhoria do bem-estar dos indivíduos.

Adicionalmente, Gonçalves (1994, citado por Ricou, 2014), salienta que todos os processos de intervenção, apesar de terem métodos e técnicas bem definidas e cientificamente validadas variam também, necessariamente, de psicólogo para psicólogo, uma vez que o fator humano tem um papel importantíssimo na sua aplicação. Tratar uma doença orgânica através de uma terapêutica somática terá uma significação concreta e bem identificada, enquanto uma intervenção focalizada essencialmente na relação, e que muitas vezes se centra ao nível emocional e perceptivo, terá um significado bem diverso. Ou seja, se é verdade que em qualquer área dos cuidados de saúde não existem doenças, mas sim doentes, esta expressão assume um maior significado quando se reporta a perturbações ao nível da saúde mental.

Neste contexto, o psicólogo clínico deve ser, antes de mais um profissional que no exercício das suas funções se submete a um conjunto de normas que devem espelhar o seu posicionamento ético, o código deontológico do seu grupo profissional e as regras de procedimento técnico do quadro teórico que perfilha (Leal, 2010).

A duração e assiduidade das consultas varia conforme a especificidade de cada caso clínico, podendo ser semanal ou quinzenal, e variar entre 50 a 90 minutos. Habitualmente o tempo médio de uma consulta psicológica é de 50 minutos cada, porém a duração poderá variar caso haja necessidade de aplicar técnicas psicométricas ou se trate de uma primeira consulta a qual pode ter uma durabilidade de 90 minutos.

Tratando-se de um contexto de clínica privada, o pedido de consulta psicológica pode ser bastante diversificado, pode ser feito por iniciativa do próprio, pela família, ou então por indicação da escola, de outro profissional de saúde, ou até de um amigo preocupado que sugere a ida a um psicólogo.

As psicólogas da empresa realizam também intervenções terapêuticas em grupo. O intuito deste tipo de intervenção é promover a saúde mental e o bem-estar dos participantes através da interação e dinâmicas de grupo, num contexto terapêutico. É um espaço livre de julgamentos e que promove sentimentos de pertença, aceitação e aprovação.

As intervenções terapêuticas em grupo, trabalham sobre várias temáticas, tais como depressão, ansiedade, luto, o papel do cuidador, divórcio, entre outras. Estas intervenções decorrem quinzenalmente e têm a duração de uma hora e meia a duas horas.

Para garantir o alcance dos objetivos terapêuticos e desenvolver o potencial máximo de cada paciente, a equipa tem ainda reuniões clínicas semanais, onde a equipa de psicólogas discute e apresenta os casos clínicos em acompanhamento. Nestas reuniões, a troca de experiências, o diálogo, o comprometimento e participação ativa são elementos fundamentais para o desenvolvimento individual e coletivo de todos os membros da equipa.

Tendo em vista a prevenção e a promoção da saúde, a equipa de psicólogas promove também ações de formação sobre diferentes temas relacionados com a saúde por forma a reforçar as competências e os recursos dos indivíduos e das comunidades e simultaneamente contribuir para o seu bem-estar e qualidade de vida.

Parte II. Revisão da Literatura

1.1. Perturbações mais recorrentes no local de estágio

A realização deste estágio curricular permitiu o contacto com diferentes perturbações e problemáticas. Dada a sua diversidade, optou-se por abordar apenas as problemáticas mais recorrentes no local de estágio, as quais são também as patologias presentes nos dois casos acompanhados durante o mesmo, nomeadamente, a depressão e a ansiedade.

Para uma melhor compreensão dos casos clínicos a apresentar, fazemos em seguida uma contextualização teórica de ambas problemáticas.

1.2. Perturbação Depressiva

1.2.1. Aspetos Gerais e Epidemiologia

A Organização Mundial de Saúde (WHO, 2018), estima que mais de 300 milhões de pessoas sejam afetadas pela depressão, em todo o mundo, tornando-a assim a principal causa de incapacidade a nível mundial.

Em Portugal, segundo dados do estudo epidemiológico nacional de saúde mental (Figura 1), as perturbações depressivas representam 7.9% do total das doenças mentais (Almeida & Xavier, 2013).

Figura 1 - Prevalência anual de perturbações psiquiátricas em Portugal e em outros países (%)

	Prevalência anual das perturbações psiquiátricas (%)				
	Perturbações da ansiedade	Perturbações depressivas	Perturbações da impulsividade	Perturbações do álcool	Todas
Portugal	16.5	7.9	3.5	1.6	22.9
Bélgica	6.9	6.2	1.0	1.2	12.0
França	12.0	8.5	1.4	0.7	18.4
Alemanha	6.2	3.6	0.3	1.1	9.1
Itália	5.8	3.8	0.3	0.1	8.2
Holanda	8.8	6.9	1.3	3.0	14.9
Irlanda do Norte	14.6	9.6	3.4	3.5	23.1
Espanha	5.9	4.9	0.5	0.3	9.2
Ucrânia	7.1	9.1	3.2	6.4	20.5
EUA	18.2	9.6	6.8	3.8	26.4

Fonte: Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental, 2013

A prevalência das perturbações depressivas também não é igual em todo o país, sendo possível identificar uma variação geográfica. Quando avaliada a prevalência em relação aos inscritos nos cuidados de saúde primários, o Algarve apresenta a prevalência mais baixa, enquanto que a região Centro exibe os valores mais altos (Figura 2).

Figura 2 - Proporção de utentes com registo de perturbações depressivas entre os utentes inscritos ativos em CSP (%), por Região de Saúde (2011-2016).

	Perturbações depressivas					
	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Norte	5.42	6.61	8.03	8.86	9.23	9.83
Centro	6.88	7.88	9.06	9.73	10.29	11.14
Lisboa e Vale do Tejo	3.71	5.23	5.74	6.63	7.50	8.00
Alentejo	6.05	7.23	8.74	9.62	10.30	11.13
Algarve	2.40	3.34	4.43	5.04	5.69	6.79

Fonte: Programa Nacional para a Saúde Mental, 2017

Diversos estudos sociodemográficos referem ainda que se trata de uma patologia que afeta todas as classes sociais e atinge todas as faixas etárias, desde a infância até à 3ª idade, no entanto, a maior ocorrência verifica-se em idades intermédias, tendendo a aumentar na adolescência e princípio de vida adulta. A prevalência desta perturbação é duas vezes maior em mulheres do que em homens, não difere entre raças e é mais comum em áreas rurais do que urbanas (Anunciação et al., 2019; Moniz, 2007; Souza & Torquato Júnior, 2018).

Quanto ao estado civil, observa-se uma maior taxa de perturbações depressivas em pessoas sem relacionamentos interpessoais íntimos, nomeadamente em pessoas solteiras, divorciadas ou separadas (Pereira & Saraiva, 2014).

A depressão pode variar em gravidade, desde a depressão ligeira até à grave dependendo da intensidade dos sintomas. No caso específico de Portugal, apenas 0.9% é de gravidade ligeira, 4.7% de gravidade moderada e 2.3 % de gravidade grave (DGS, 2013). E embora ocorra muitas vezes episodicamente, pode ser também recorrente ou crónica. Anderson et al (2015) referem que aproximadamente 80% dos indivíduos que receberam tratamento para um episódio depressivo terão um segundo episódio depressivo ao longo de suas vidas, numa média de quatro.

A este respeito, Wilkinson et al., (2005), afirmam que quanto mais tempo a depressão do doente persistir, sobretudo quando ela é diária, maior será a probabilidade de estar presente uma perturbação depressiva. A maioria dos episódios de depressão que dura mais de duas semanas tornam-se doenças depressivas. No entendimento do autor, se a doença depressiva se instalar

tenderá a durar vários meses ou até anos, caso não seja tratada. Além disso, o número de episódios anteriores prediz a probabilidade de desenvolvimento de um episódio depressivo subsequente.

Apesar de qualquer pessoa estar suscetível a desenvolver depressão, existem alguns fatores de risco que potenciam o seu aparecimento, tais como, desemprego, situação económica desfavorável, acontecimentos de vida (morte de um ente querido, rutura de um relacionamento, solidão) ou até a ocorrência de doenças físicas.

Em termos gerais, a OPP (2015) considera que a depressão pode ser até mais debilitante do que a maior parte das doenças físicas, prevendo-se que constitua a segunda maior causa do encargo com a doença em 2030. Segundo Barbosa et al. (2016), quando comparada às principais condições médicas crónicas, a depressão só tem equivalência em incapacitação às doenças isquémicas cardíacas graves.

Pela sua elevada prevalência mundial e pelo grau de invalidação funcional que provoca, em termos familiares, sociais e profissionais, a depressão, origina enormes encargos individuais, sociais e económicos, constituindo nos dias de hoje, um dos principais desafios que se colocam à Saúde Pública e sobre o qual é urgente e imperativo intervir (OPP, 2015).

Para Bastos et al. (2014), a depressão é uma doença grave, com elevada prevalência na população geral e que condiciona incapacidade e prejuízo no funcionamento global do indivíduo, nomeadamente nos domínios: afetivo/emocional; cognitivo; somático, motor e comportamental.

Clinicamente, as perturbações depressivas caracterizam-se por tristeza, perda de interesse ou prazer, sentimentos de culpa ou de baixa autoestima, perturbações do sono ou do apetite, sensação de cansaço e baixo nível de concentração. A depressão pode ser de longa duração ou recorrente, prejudicando substancialmente a capacidade de uma pessoa funcionar no trabalho ou na escola ou lidar com a vida diária. Na sua forma mais grave, a depressão pode levar ao suicídio (Carvalho, 2017; WHO, 2017; Wilkinson et al, 2005).

Uma das principais complicações da depressão, e sem dúvida a mais grave, é o suicídio. A depressão aparece associada à capacidade reduzida de iniciativa ou persistência em atividades. Esta condição, somada à menor capacidade de suportar o “peso” dos stressores por parte do Sistema Nervoso Central (SNC), diminui sensivelmente a capacidade de resposta emocional. Por esta razão, os indivíduos com depressão apresentam um risco aumentado para suicídio ou tentativas de suicídio. O risco de ocorrência destes comportamentos parece variar entre 2.2% e 8.6% de acordo com o grau de gravidade do quadro depressivo subjacente (Powell et al., 2008).

Segundo Peixoto et al. (2018), a depressão é uma doença psiquiátrica complexa e heterogénea que se caracteriza sobretudo por humor deprimido (sentimentos persistentes de tristeza e anedonia definida), perda de interesse ou energia, sentimentos de culpa ou de baixa autoestima, perturbações do sono e do apetite, perda da libido, diminuição da concentração, sensação de fadiga, baixo nível de concentração e ideação suicida.

Para Wilkinson et al. (2005), a doença depressiva é um aumento exagerado de sensações diárias que acompanham a tristeza. Trata-se de uma perturbação de humor, de gravidade e duração variáveis, que é frequentemente recorrente e acompanhada por uma variedade de sintomas físicos e mentais, que envolvem o pensamento, os impulsos e a capacidade crítica.

A este propósito, Guimarães et al., (2019), atestam que muitas pessoas confundem depressão com tristeza, sendo a tristeza um sentimento natural do ser humano e a depressão, um sentimento duradouro, persistente, inexplicável, profundo.

Cordioli (2010, citado por Sousa, 2015), também alerta para o facto do termo depressão ser erradamente utilizado para descrever estados emocionais não patológicos. Na sua opinião, sentimentos de tristeza são comuns em situações de perda, separações, insucessos ou conflitos, e caracterizam um estado emocional normal, não patológico. Na depressão, contrariamente ao que acontece numa reação normal a uma adversidade, os sintomas referidos não desaparecem espontaneamente e o sofrimento acentuado compromete o funcionamento quotidiano do indivíduo.

Para Bastos et al., (2014), diferenciar mudanças de humor consideradas normais, com graus de alteração menos graves, mas clinicamente significativos, de depressão pode ser problemático, dado que nesta patologia existe uma continuidade entre a tristeza normal, que todos sentimos, e o patológico.

Segundo Porto (1999), o termo depressão é muitas vezes utilizado para designar tanto um estado afetivo normal (a tristeza), quanto um sintoma, uma síndrome e uma (ou várias) doença (s). Enquanto sintoma, a depressão pode manifestar-se nos mais variados quadros clínicos, entre os quais: perturbação de stress pós-traumático, demência, esquizofrenia, alcoolismo, doenças clínicas, etc. Pode ainda surgir como resposta a situações stressantes, ou a circunstâncias sociais e económicas adversas. Enquanto síndrome, a depressão inclui alterações do humor (tristeza, irritabilidade, falta da capacidade de sentir prazer, apatia), alterações cognitivas, psicomotoras e vegetativas (sono, apetite). Finalmente, enquanto doença, a depressão tem sido classificada de várias formas, entre as quais: perturbação depressiva major, melancolia, distimia, depressão integrante da perturbação bipolar tipos I e II, entre outras.

Bastos et al. (2014) consideram também essencial diferenciar depressão como sintoma e depressão como doença, dado que, outras patologias psiquiátricas podem apresentar um estado depressivo como parte do seu quadro nosológico (e.g. sintomas depressivos em perturbações da linha ansiosa).

Face ao exposto, Bastos et al. (2014) referem que, no atual estado de conhecimento, o diagnóstico de depressão e os seus diferentes subtipos deve ser feito através da análise dos seus sinais e sintomas, da forma como se associam e evoluem no tempo, e do impacto que têm no funcionamento psicossocial do indivíduo.

1.2.2. Classificação e Diagnóstico

A ausência de consenso e de uma base sólida para os diversos modelos etiológicos da depressão deu origem à implementação, a nível internacional, de classificações atóricas, baseadas em critérios operacionais (Bastos et al., 2014).

Embora a classificação das perturbações depressivas, apresentada pelos sistemas internacionais de classificação das doenças mentais atualmente em vigor, a CID-11 (Classificação Internacional das Doenças, 11.^a edição) da WHO (2022), e o DSM-V (Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, 5.^a edição), da *American Psychiatric Association* (APA), continue a registar algumas diferenças, nomeadamente ao nível dos termos usados para descrever as diferentes categorias das perturbações depressivas, é no entanto possível estabelecer uma ligação entre a duração e os sintomas presentes nas principais categorias destes dois sistemas classificativos.

Para efeitos deste relatório, iremos abordar apenas os critérios de diagnóstico da Perturbação Depressiva, de acordo com o DSM-V. Assim, na categoria das perturbações depressivas podemos incluir:

- Perturbação de desregulação do humor disruptivo;
- Perturbação depressiva major;
- Perturbação depressiva persistente (distímia);
- Perturbação disfórica pré-menstrual;
- Perturbação depressiva induzida por substância/medicamento;
- Perturbação depressiva devida a outra condição médica;
- Perturbação depressiva com outra especificação;
- Perturbação depressiva não especificada.

O fator unificador de todas estas perturbações é a presença de sentimentos de tristeza, vazio ou humor irritável, acompanhada de alterações somáticas e cognitivas, as quais interferem de forma significativa na capacidade de funcionamento da pessoa. As perturbações diferem entre si ao nível da duração, timing e etiologia (Sousa, 2015).

De acordo com o DSM-V, uma perturbação depressiva pode ainda variar, mediante o número de sintomas, a sua intensidade e o impacto destes ao nível do funcionamento da pessoa, consoante três graus de gravidade:

- Ligeiro – presença de poucos sintomas, ou nenhum, para além do mínimo requerido para a realização do diagnóstico. A pessoa com perturbação depressiva de grau ligeiro consegue gerir minimamente o seu mal-estar, sendo os défices no funcionamento social ou ocupacional considerados como menores.
- Moderado – o número de sintomas presentes, a sua intensidade e o défice provocado no funcionamento social ou ocupacional estão entre os especificados para o grau de ligeiro e o grau de grave.
- Grave – a quantidade de sintomas excede substancialmente o número mínimo requerido para se efetuar o diagnóstico. A pessoa que sofre com uma perturbação depressiva de grau grave não consegue gerir o mal-estar elevado que sente e os sintomas que vivencia interferem com o seu funcionamento social e ocupacional.

Considerando as diferentes categorias e subcategorias propostas pelo DSM-V, para distinguir as várias perturbações depressivas, no presente relatório iremos dar maior ênfase, à perturbação depressiva major e à perturbação depressiva persistente (distímia), na medida em que representam a condição clássica neste grupo de perturbações e a forma mais crónica da depressão, respetivamente. Assim sendo, apresentamos de seguida cada uma delas com maior detalhe.

1.2.2.1. Perturbação depressiva major

Segundo a APA (2014) para se diagnosticar a perturbação Depressiva Major, tem de se perfazer os seguintes critérios:

- A. Estão presentes pelo menos 5 (ou mais) dos seguintes sintomas, durante um período de duas semanas consecutivas. Esses sintomas devem representar uma alteração de funcionamento prévio e pelo menos um dos sintomas é (1) humor deprimido ou (2) perda de interesse ou prazer.
 - 1. Humor deprimido durante a maior parte do dia, quase todos os dias;
 - 2. Diminuição do interesse ou prazer em todas, ou quase todas, as atividades, durante a maior parte do dia, quase todos os dias;
 - 3. Perda de peso, não estando a fazer dieta, ou aumento de peso significativos ou diminuição ou aumento do apetite quase todos os dias;
 - 4. Insónia ou hipersónia quase todos os dias;
 - 5. Agitação ou lentificação psicomotoras quase todos os dias;
 - 6. Fadiga ou perda de energia quase todos os dias;
 - 7. Sentimentos de desvalorização ou culpa excessiva ou inapropriada quase todos os dias;
 - 8. Diminuição da capacidade de pensar ou de concentração, ou indecisão, quase todos os dias;
 - 9. Pensamentos de morte recorrentes, ideação suicida recorrente sem plano específico ou tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio.
- B. Estes sintomas causam mal-estar clinicamente significativo ou défice social, ocupacional ou em qualquer outra área relevante do funcionamento do indivíduo.
- C. O episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância ou a outra condição médica.
- D. A ocorrência do episódio depressivo major não é mais bem explicado por perturbação esquizoafetiva, esquizofrenia, perturbação esquizofreniforme, perturbação delirante ou perturbações do espectro da esquizofrenia com outra especificação ou não especificada ou por outras perturbações psicóticas.
- E. Nunca existiu um episódio maníaco ou um episódio hipomaníaco.

1.2.2.2. Perturbação Depressiva Persistente

De acordo com a APA (2014) para se diagnosticar a perturbação Depressiva Major, tem de se atestar os seguintes critérios:

- A. Humor depressivo durante a maior parte do dia, mais de metade dos dias, pelo menos 2 anos, indicado pelo relato subjetivo ou pela observação dos outros. Nota: em crianças e adolescentes, o humor pode ser irritável e a duração deve ser de pelo menos 1 ano.
- B. Presença, enquanto deprimido, de 2 (ou mais) dos seguintes sintomas:
 - 1. Apetite diminuído ou aumentado.
 - 2. Insónia ou hipersónia.
 - 3. Baixa energia ou fadiga.
 - 4. Baixa autoestima.
 - 5. Falta de concentração ou dificuldade de tomar decisões.
 - 6. Sentimentos de desesperança.
- C. Durante um período de 2 anos (1 ano para crianças ou adolescentes) da perturbação, o indivíduo nunca esteve sem sintomas dos critérios A e B por mais de 2 meses de cada vez.
- D. Os critérios para a perturbação depressiva major podem estar continuamente presentes durante 2 anos.
- E. Nunca existiu um episódio maníaco ou episódio hipomaníaco e nunca foram preenchidos os critérios para perturbação ciclotímica.
- F. A perturbação não é mais bem explicada por uma perturbação esquizoafetiva persistente, esquizofrenia, perturbação delirante, ou perturbações do espectro da esquizofrenia com outra especificação ou não especificada ou por outras perturbações psicóticas.
- G. Os sintomas não são atribuíveis aos efeitos fisiológicos de uma substância ou a outra condição médica.
- H. Os sintomas causam mal-estar clinicamente significativo ou défice social, ocupacional ou em qualquer outra área importante do funcionamento.

Apesar da existência de critérios de diagnóstico bem definidos, estudos demonstram que médicos não-psiquiatras têm dificuldade em reconhecer e diagnosticar a depressão. Em serviços médicos gerais 30 a 50% dos pacientes com depressão não recebem o diagnóstico e, de modo

geral, apenas 35% dos doentes são diagnosticados e tratados adequadamente (Souza & Torquato Júnior, 2018).

Wilkinson et al. (2005) referem que entre os principais fatores que contribuem para o insucesso do diagnóstico da depressão estão:

- Depressões mascaradas por sintomas somáticos;
- Depressões que são consideradas como uma reação de desânimo face a problemas médicos;
- Depressões não diagnosticadas devido a processo de diagnóstico incompleto;
- Depressões minimizadas em presença de doenças físicas;
- Depressões erradamente diagnosticadas como demência em idosos;
- Depressões erradamente consideradas como atitudes negativas.

Para Fleck et al. (2009) e Anderson et al. (2015), os motivos para o subdiagnóstico da depressão advêm de uma série de fatores, relacionados quer aos pacientes quer aos médicos. Aos pacientes, porque muitas vezes estes possuem um preconceito em relação ao diagnóstico da depressão e revelam alguma descrença em relação ao tratamento. Os fatores relacionados aos médicos incluem falta de formação, falta de tempo, descrença em relação à efetividade do tratamento, reconhecimento apenas dos sintomas físicos da depressão e identificação dos sintomas de depressão como uma reação “compreensível”. Contudo, os pacientes não detetados têm perturbações menos graves e funcionam melhor do que os pacientes detetados.

Moniz (2007) refere que investigadores suíços e norte-americanos são unânimes em considerar que apenas um terço dos indivíduos, que sofre claramente de doença depressiva, consulta um médico e, em 80% dos casos, procura um médico generalista. Por outro lado, nem todos estes doentes se queixam do seu estado depressivo, optando, muitas vezes, por manifestar outras queixas associadas, que mascaram o quadro, conduzindo a deficientes avaliações e, como consequência, a diagnósticos errados.

Para se elaborar um diagnóstico de perturbação depressiva é fundamental que se realize uma anamnese (história de vida) da pessoa e se recolha os sintomas relatados pelo próprio e observados por terceiros (profissional, familiares). Adicionalmente, podem ser realizados testes psicológicos para auxiliar o processo e, ainda, despistar outras patologias. O diagnóstico deve ser sempre realizado por um/a profissional de saúde, preferencialmente da área da saúde mental (psicólogo/a ou psiquiatra). À semelhança do que acontece com outras doenças mentais, é importante efetuar-se um diagnóstico diferencial, tendo em conta que para além de existirem vários tipos de depressão, as perturbações depressivas podem ser confundidas, ou até ocorrer

em simultâneo (comorbidade), com outras patologias do foro físico ou mental, como o caso das perturbações de ansiedade (Durão, 2020).

1.2.3. Etiologia

A depressão é uma perturbação clinicamente heterogénea cuja etiologia e patofisiologia não foram ainda rigorosamente definidas.

Para, existem múltiplos fatores etiológicos na perturbação depressiva, resultantes da combinação de fatores ambientais (dieta, álcool, ritmos biológicos), individuais relacionados à personalidade, e dos relacionamentos pessoais, que desencadeiam a doença em indivíduos biologicamente vulneráveis. Neste contexto, considera-se que a depressão é o resultado de vários processos psicológicos, ambientais, genéticos e biológicos que interagem entre si (Canale & Furlan, 2006; Pereira & Saraiva, 2014; Souza e Torquato Júnior, 2018).

Também para Wilkinson (2005), não existe uma causa exata para a depressão. Existe sim, um importante elemento genético na predisposição para a depressão, associado a acontecimentos de vida desagradáveis e a algumas doenças físicas que contribuem para precipitar e manter a depressão, através de mecanismos bioquímicos e psicológicos.

Durão (2020) refere que a depressão pode ser causada por estímulos endógenos (relacionados com o próprio indivíduo) ou por estímulos exógenos (relacionados com as diversas circunstâncias adversas que rodeiam o indivíduo), pelo que pode ser considerada como sendo uma patologia biopsicossocial. A seu ver, existem alguns fatores que são considerados como de risco e podem influenciar o prognóstico da evolução e tratamento da doença, nomeadamente fatores de risco temperamentais, ambientais, genéticos e fisiológicos e modificadores de curso.

Segundo Bastos et al. (2014), a depressão parece também resultar de uma complexa interação entre fatores psicossociais e biológicos. Para os autores, estão ainda implicados na etiologia da depressão, vários aspetos como a vulnerabilidade genética, fatores do neurodesenvolvimento, eventos ambientais e modificações epigenéticas, que conduzem a alterações a nível neuroquímico, neuroendócrino, neuroestrutural e neurofuncional em diferentes regiões cerebrais.

Em termos gerais, é consensual que concorrem para a génese e curso recorrente da depressão um conjunto variado de fatores etiopatogénicos – biológicos, psicológicos e/ou sociais – que em rede e de modo interativo, conferem vulnerabilidade ou resiliência, precipitam ou não, e promovem a manutenção ou a resolução do quadro clínico condicionando o risco de

doença bem como a sua gênese e o curso (Goldberg & Huxley 1992, citados por Gusmão, 2005).

1.2.4. Terapêutica

Em termos gerais, o tratamento da depressão visa a remissão dos sintomas e a recuperação dos níveis normais de funcionamento e de bem-estar do doente.

De acordo com a literatura, o modelo predominante para o tratamento antidepressivo envolve três fases: a fase aguda, a de continuação e a de manutenção (Fleck, 2009).

A fase aguda, inclui os dois e três primeiros meses e tem como objetivo a diminuição dos sintomas depressivos ou, idealmente, a remissão completa dos sintomas associada a uma melhoria substancial do grau de funcionamento do doente. A fase de continuação, corresponde ao quarto e sexto meses que se seguem ao tratamento agudo e tem como objetivo manter a melhoria obtida, evitando recaídas dentro de um mesmo episódio depressivo. A fase de manutenção, consiste em evitar que novos episódios ocorram (recorrência). É, portanto, recomendada para pacientes com probabilidade de recorrência.

A escolha do tratamento deve ser sempre feita com base na sintomatologia clínica (por exemplo, gravidade, presença de stressores psicossociais), nos antecedentes pessoais e familiares de boa resposta a uma determinada classe de antidepressivos, na presença de comorbidades clínicas (diabetes, hipertensão, doenças cardíacas, obesidade, por exemplo) e psiquiátricas (ansiedade, abuso ou dependência de álcool e de outras substâncias psicoativas, transtornos de personalidade), e na preferência do paciente (Soares, n.d; Pereira & Saraiva, 2014).

A resposta ao tratamento é medida pela melhoria clínica do paciente (sintomatológica e funcional) e pode ser parcial ou total. Segundo Pereira e Saraiva (2014), para a maioria dos doentes, o tratamento da depressão demora no mínimo um ano, mas para alguns doentes o tratamento deverá ser prolongado por dois anos ou mais.

Por se tratar de uma patologia multifatorial, o tratamento antidepressivo deve ser entendido de uma forma global levando em consideração o ser humano como um todo, incluindo as dimensões biológicas, psicológicas e sociais (Souza, 1999).

Assim, embora a terapêutica da depressão englobe diversas abordagens, as três principais formas de intervenção são os tratamentos médico, psicológico e social (Wilkinson et al., 2005). Tratamentos esses que muitas vezes podem ser utilizados em simultâneo e de forma complementar.

1.2.4.1. Tratamento médico

Os medicamentos antidepressivos constituem a principal forma de tratamento médico das perturbações depressivas.

As principais indicações dos medicamentos antidepressivos são o alívio dos sintomas, o encurtamento da duração de um episódio de depressão e o tratamento de manutenção contra a recaída (Wilkinson et al., 2005).

Os antidepressivos são especialmente indicados quando o diagnóstico é de depressão moderada a grave (Wilkinson et al., 2005; Pestana et al, 2014).

A seleção do antidepressivo mais adequado requer a consideração de vários fatores como eficácia, tipo de depressão, segurança e tolerabilidade, características clínicas do doente com as suas comorbilidades, interação com outros fármacos, potenciais efeitos secundários e custo da terapêutica (Pereira & Saraiva, 2014). Assunção et al. (1998) acrescentam ainda que a decisão sobre qual o antidepressivo a usar deverá ser fundamentada na história clínica e psiquiátrica do indivíduo devendo a mesma ser colhida através de uma boa anamnese (Assunção et al, 1998, citados por Canale & Furlan, 2016). Adicionalmente, a OPP (2011) refere que a preferência do cliente e a resposta terapêutica antidepressora em situações anteriores devem ser também fatores a considerar aquando da seleção da terapêutica.

A má adesão ao tratamento encontra-se entre as causas mais comuns de insucesso. De modo a promover a adesão ao tratamento, é essencial estabelecer uma aliança terapêutica sólida com o doente (Pereira & Saraiva, 2014). O apoio, o encorajamento e as explicações do médico são poderosos auxiliares do tratamento farmacológico (Wilkinson et al., 2005).

A psicoeducação do doente é também primordial para garantir a adesão à terapêutica farmacológica. É fundamental que sejam dadas ao doente explicações e informações adequadas sobre a terapêutica e problemática, nomeadamente: informações sobre a natureza da doença e as fases da terapêutica; informações sobre os efeitos secundários; esclarecimentos sobre a importância da toma correta da medicação; entre outras (Pereira & Saraiva, 2014).

A psicoeducação pode ser feita através do fornecimento de informações durante a consulta, por material informativo e/ou como parte da intervenção em grupos terapêuticos de saúde mental (Guia de Referência Rápida Depressão, 2016).

Apesar dos seus inúmeros benefícios e mesmo existindo uma adequada adesão à terapêutica, verifica-se que 2/3 dos doentes não respondem, ou têm apenas resposta parcial à terapêutica (Bastos et al., 2014; Wilkinson et al., 2005).

As estratégias utilizadas quando um paciente não responde ao tratamento com medicamento antidepressivo consistem em: aumento da dose; mudança de antidepressivo; potencialização da terapêutica com outro fármaco que não um antidepressivo; associação de antidepressivos; eletroconvulsoterapia (ECT); e associação com psicoterapia (Bastos et al., 2014; Wilkinson et al., 2005).

Em termos de tratamento médico, a terapia electroconvulsiva (ECT) ocupa também um papel fundamental. A eletroconvulsoterapia é um procedimento rápido e eficaz recomendado para o tratamento das perturbações depressivas mais graves, nas quais existe um forte risco de suicídio. A ECT está também indicada para os indivíduos que continuam gravemente depressivos após tratamento farmacológico e quando outros métodos de tratamento não tenham produzido a resposta esperada (Pereira & Saraiva, 2014; Souza & Torquato Júnior, 2018).

Existem diversas propostas relativas às normas de intervenção no tratamento da depressão, destacando-se as linhas orientadoras propostas pelo NICE (*National Institute for Health and Clinical Excellence*) para a abordagem clínica da depressão. O NICE divide a abordagem da depressão consoante a sua gravidade sendo esta, por sua vez, dividida em quatro graus (Figura 3):

Figura 3 - Modelo de intervenção para o tratamento da depressão

Foco da intervenção	Natureza da Intervenção
1. Indício/suspeita de depressão	Avaliação, apoio, psicoeducação, monitorização ativa e encaminhamento para avaliação e intervenções posteriores.
2. Sintomas subclínicos, depressão ligeira a moderada	Intervenções psicossociais de baixa intensidade, intervenções psicológicas, medicação e encaminhamento para avaliação e intervenções posteriores.
3. Sintomas subclínicos, depressão ligeira a moderada com resposta inadequada a terapêutica, depressão grave	Medicação, intervenções psicológicas de alta intensidade, individuais ou em conjunto, tratamentos combinados, e encaminhamento para avaliação e intervenções posteriores.
4. Depressão grave complexa	Medicação, intervenções psicológicas de alta intensidade, terapia electroconvulsiva, tratamentos combinados, cuidados multiprofissionais e de internamento.

Fonte: Adaptado de NICE, 2009

1.2.4.2. Tratamento Psicológico

A abordagem médica tradicional ao tratamento da depressão tem sido criticada pelas suas limitações e por negligenciar as questões de natureza pessoal e social. Para colmatar esta

questão, desenvolveu-se uma série de tratamentos psicológicos especializados para a depressão, quer como adjuvantes do tratamento médico quer isoladamente (Wilkinson et al., 2005).

Na visão de Carvalho et al. (2017), é ilegítimo tentar caracterizar os medicamentos antidepressivos como comprimidos milagrosos ou concluir que a intervenção em estados depressivos se limita à prescrição de um medicamento. Sendo importante a medicação, como em outras áreas da medicina, ou até outros estados de sofrimento psicológico, é também importante a compreensão, a explicação, a intervenção psicológica individual e/ou familiar.

Segundo Cuijpers (2015) existe uma grande variedade de terapias psicológicas que demonstraram ser eficazes no tratamento das perturbações depressivas, nomeadamente a terapia cognitiva comportamental, psicoterapia interpessoal, terapia de ativação comportamental, terapia de resolução de problemas, aconselhamento e a terapia psicodinâmica. E apesar de distintas, a OPP (2015) refere que os diferentes tipos de psicoterapia são igualmente eficazes no tratamento da depressão, não havendo diferenças significativas entre si.

As recomendações da APA (2002) e do «*National Institute for Health and Clinical Excellence*» (NICE, 2009), para as intervenções psicológicas compreendem essencialmente, a Terapia Cognitivo-Comportamental (na sua versão presencial e informatizada, individual ou em grupo) e a Terapia Interpessoal.

Para Cuijpers (2015), as psicoterapias constituem instrumentos fundamentais no tratamento desta doença, não só pela sua eficácia, mas também pela sua contribuição para a redução dos encargos com a mesma, dado que as evidências científicas demonstraram que a psicoterapia continua a ser eficaz mesmo depois do seu término, pelo menos durante um ano.

Segundo Canale e Furlan (2016) as intervenções psicoterapêuticas promovem alívio sintomatológico, aumentam a vinculação ao tratamento em geral e auxiliam no processo de reorganização psíquica do paciente.

Para depressões ligeiras e moderadas, os estudos demonstram que a psicoterapia é tão efetiva quanto o tratamento farmacológico, contudo, a taxa de abandono é mais baixa no caso da psicoterapia e o número de recaídas é menor (Pereira & Saraiva, 2014). A este respeito, Ostergaard e Moldrup (2011, citados pela OPP, 2015) consideram que a psicoterapia produz efeitos que não podem ser conseguidos através de fármacos, tais como a melhoria da qualidade das relações interpessoais e as estratégias de *coping*.

Para depressões mais graves está indicado o tratamento combinado com psicoterapia e tratamento farmacológico (Pereira & Saraiva, 2014).

Investigações demonstram que, para adultos com depressão, a psicoterapia é tão eficaz como a farmacoterapia, não existindo diferenças significativas entre a eficácia da intervenção

psicológica e a eficácia da medicação antidepressiva na redução da sintomatologia depressiva e na melhoria do funcionamento social. As evidências apontam até para o facto de a combinação dos dois tratamentos produzir melhores resultados do que a utilização isolada da psicoterapia ou da farmacoterapia (OPP, 2015; Oliveira et al., 2015).

Cuijpers et al. (2014, citados por OPP, 2015), referem que embora os efeitos de ambos os tipos de tratamento tenham sido, anteriormente, difíceis de separar, os resultados atuais sugerem que estes efeitos são independentes e cumulativos, não interferindo uns com os outros e contribuindo de igual forma para a eficácia do tratamento combinado.

1.2.4.3. Tratamento Social

De um modo geral, o tratamento social inclui todos os esforços para melhorar o bem-estar do doente alterando os aspetos da sua vida social, especialmente os que se referem às relações familiares e às atividades profissionais e de lazer. Neste contexto, quase todos os tratamentos possuem em certo grau elementos sociais (Wilkinson et al., 2005).

Para Baptista et al. (2006), o suporte social, bem como o suporte familiar são muito importantes para a manutenção da saúde mental e gestão de situações stressantes.

Numa revisão da literatura efetuada por Baptista et al. (2006), os autores concluem que há evidências de que o suporte social pode ser considerado como um fator de redução de impacto de eventos stressantes e diversos transtornos psiquiátricos/psicológicos, tais como a depressão, transtornos ansiosos e esquizofrenia podendo mesmo estar associado ao desenvolvimento e tratamento desses problemas. As pessoas que sofrem destas problemáticas têm, de uma maneira geral, redes sociais de apoio mais pequenas e menos recíprocas, havendo uma menor troca de recursos (Barrón, 1996, citado por Rodrigues & Madeira, 2009).

Segundo Lima (1999), estudos epidemiológicos mostram que fatores como falta de cônjuge, isolamento social, e falta de uma pessoa confidente estão relacionados a uma maior ocorrência de perturbações depressivas, demonstrando assim que o suporte social assume um papel preponderante na vida do doente, traduzindo-se numa série de fatores protetores significantes e apropriados, que o ambiente é capaz de proporcionar aos indivíduos, habilitando-os a lidar com situações stressoras.

A educação e a religião também facultam oportunidades de apoio social aos que sofrem de perturbações depressivas (Wilkinson et al., 2005).

Investigações sugerem que a alteração de alguns aspetos relacionados com o estilo de vida, pode também ser útil no tratamento da depressão, pelo menos como tratamento adjuvante.

Fatores como, dieta, exercício físico, sono e exposição à luz solar têm sido estudados como potenciais focos de intervenção para melhorar a qualidade de vida dos doentes com esta patologia (Ripool et al, 2015).

1.3. Ansiedade

1.3.1. Aspetos Gerais e Epidemiologia

Segundo a WHO (2017), em 2015, o número total estimado de pessoas afetadas por perturbações de ansiedade era cerca de 264 milhões. Este total torna-se ainda mais relevante se considerarmos que representa um aumento de 14.9% face ao ano de 2005.

A este respeito, Baumeister e Härter (2007), salientam que entre as perturbações psiquiátricas, as perturbações de ansiedade são as mais prevalentes na população geral, com taxas de prevalência entre 5.6% e 18.1%.

E, conforme Almeida e Xavier (2013) demonstram, esta tendência prevalece também a nível nacional. De acordo com o estudo epidemiológico nacional de saúde mental, realizado em 2013, a prevalência de perturbações psiquiátricas em Portugal encontra-se entre as mais altas da Europa, e onde a população portuguesa mais se destaca dos outros países europeus é no grupo das perturbações de ansiedade, a qual apresenta uma taxa de prevalência de 16.5% (conforme exemplificado na figura 4). Na amostra portuguesa, dentro das perturbações de ansiedade, as mais frequentes são: fobias específicas (8.6%); perturbação obsessivo-compulsiva (4.4%); fobia social (3.1%); perturbação de stress pós-traumático (2.3%); perturbação de ansiedade generalizada (2.1); perturbação de ansiedade por separação (1.2%); perturbação de pânico (0.7%) e agorafobia sem perturbação de pânico (0.7%). Em termos de gravidade, as perturbações de ansiedade dividem-se nas seguintes categorias: ligeiras (31.9%); moderadas (48.7%) e graves (19.4%) (Figura 4).

Figura 4 - Prevalência das Perturbações Psiquiátricas nos Adultos (exceto perturbações psicóticas esquizofreniformes e delirantes), por gravidade, em Portugal (2013)

	Prevalência anual das perturbações psiquiátricas nos Adultos			Todas
	Perturbações Ligeiras	Perturbações Moderadas	Perturbações Graves	
Perturbações da ansiedade	5.3	8.0	3.2	16.5
Perturbações depressivas	0.9	4.7	2.3	7.9
Perturbações da impulsividade	9.7	2.2	0.7	3.5
Perturbações do abuso e dependência do Alcool	4.5	0.7	0.1	1.6

Fonte: 1º estudo epidemiológico nacional de saúde mental (2012) - Programa Nacional para a Saúde Mental – 2013

Em termos epidemiológicos, muitas das perturbações de ansiedade desenvolvem-se na infância ou adolescência e tendem a persistir se não forem tratadas (APA, 2014; Ströhle et al, 2018). Em termos de taxas de prevalência, as mesmas não variam substancialmente entre grupos etários, embora se observe uma tendência para uma menor prevalência entre os grupos etários mais velhos (WHO, 2017).

Tal como acontece com a depressão, as perturbações de ansiedade são mais comuns entre as mulheres do que entre os homens (na proporção aproximada de 2:1) (APA, 2014; Antony & Stein, 2012). Relativamente à associação com o grau de escolaridade, as pessoas com menores níveis evidenciaram um risco menor de ocorrência de patologia, estatisticamente significativo nas perturbações de ansiedade (Almeida & Xavier, 2013).

Porém, apesar de ser um fenómeno universal, vivenciado por todo o ser humano, inúmeras vezes ao longo de sua vida, a ansiedade, ainda não possui uma definição exata (Gama et al. 2008). Juárez et al. (2002) consideram que esta dificuldade em conceituar a ansiedade pode advir do facto da mesma poder ser experimentada por cada um de maneira particular e de acordo com a sua experiência.

Não obstante, diferentes rótulos verbais têm sido utilizados para descrever um estado emocional desagradável de apreensão ou tensão, acompanhado por sintomas de ativação fisiológica, como, por exemplo, palpitações, dificuldades em respirar, tonturas, suores, sensações de calor e frio ou tremores, desencadeados por uma ameaça real ou antecipada. Medo e ansiedade são os descritores mais utilizados, tanto na linguagem do dia-a-dia como na literatura psicológica (Batista et al., 2005). Contudo, embora estes dois estados emocionais se possam sobrepor, também divergem entre si, sendo que o medo pode ser descrito como sendo a resposta emocional a uma ameaça iminente real ou percebida, enquanto a ansiedade é a antecipação de uma ameaça futura (APA, 2014).

Em psicopatologia, tal como em Medicina, a distinção entre o normal e o patológico é determinante. Quer o medo, quer a ansiedade, podem representar, antes de mais, reações normais a situações adversas ou de perigo. De facto, se o medo permite ao indivíduo afastar-se de um risco objetivo, a ansiedade assume o mesmo papel protetor (Crujo & Marques, 2009). Não obstante e embora a ansiedade possa ser entendida como uma resposta adaptativa do organismo, pode tornar-se patológica quando deixa de ser adaptativa, isto é, quando o perigo a que pretende responder não é real ou quando o nível de ativação e duração são desproporcionais face à situação objetiva (Andrade & Gorenstein, 1998; Bragança & Marinho, 2018; Cabrera & Sponholz, 2002; Castillo et al., 2000; DeSousa et al., 2013).

Segundo Ayala (2012), todos os indivíduos experienciam a ansiedade como normal em algum momento da sua vida em situações de incerteza; o problema surge quando esta ansiedade normal e adaptativa aparece perante um perigo que não é real, ou quando a sua intensidade e duração são muito maiores do que a causa que lhe deu origem.

Para Cunha (2006) as perturbações de ansiedade são assim caracterizadas por uma ansiedade excessiva ou inapropriada que causa dificuldades significativas no funcionamento individual, e o seu principal aspeto diferenciador é a natureza do estímulo recebido e a resposta de ansiedade provocada. Neste contexto, a maneira mais prática de se diferenciar ansiedade normal de ansiedade patológica é avaliar a sua persistência ao longo do tempo, a intensidade dos sintomas e o seu respetivo impacto na vida diária, a desproporção ou a dificuldade de fazer face ao estímulo que a desencadeia, o seu carácter invasivo, os mecanismos psicológicos do indivíduo e os sintomas físicos apresentados (Bragança & Marinho, 2018; Castillo et al, 2000).

Para Cabrera e Sponholz (2002), a ansiedade patológica pode ser distinguida da ansiedade normal de acordo com os seguintes critérios:

- Autonomia: quando a ansiedade ocorre sem causa aparente ou, se existe um estímulo, a reação é desproporcional.
- Intensidade: Quando elevada, está relacionada com um alto nível de sofrimento ou com baixa capacidade de tolerá-lo.
- Duração: persistente ou recorrente.
- Comportamento: disfuncional, com prejuízo global do funcionamento.

De acordo com Peregrino (1996, citado por Loricchio & Leite, 2012), a ansiedade é um estado emocional desconfortável caracterizado por pressentimento de perigo iminente, atitude de espera em relação ao perigo, desestruturação ante o perigo, com sensação de estar desprotegido. O autor descreve ainda a ansiedade como um medo sem objetivo, uma situação ou uma imagem mental – e o indivíduo que a experimenta sabe que não se trata de uma ameaça objetiva. Na visão de Harrigan et al. (2004), a experiência da ansiedade resulta da perceção de um evento como pessoalmente ameaçador, quer física quer psicologicamente, o que desencadeia uma resposta fisiológica e várias tentativas de lidar com os estímulos excitantes. Os sentimentos de apreensão, tensão, nervosismo e/ou pavor, juntamente com a excitação fisiológica que estimula os sistemas cardiovascular, digestivo, sensorio, endócrino e músculo-esquelético, conferem à ansiedade o seu carácter único.

Andrade e Gorenstein (1998) descrevem a ansiedade como sendo um estado emocional transitório, caracterizado por sentimentos desagradáveis de tensão e apreensão,

conscientemente percebidos. No entendimento dos autores, quando experienciada de forma patológica, o termo ansiedade pode abranger sensações de medo, sentimentos de insegurança e antecipação apreensiva, conteúdo de pensamento dominado por catástrofe ou incompetência pessoal, aumento de vigília ou alerta, um sentimento de constrição respiratória levando à hiperventilação e suas consequências, tensão muscular causando dor, tremor e inquietação e uma variedade de desconfortos somáticos consequentes da hiperatividade do sistema nervoso autonômico.

Segundo Román e Fontecha (2008), é fundamental compreender a ansiedade como um sentimento ou estado emocional normal em certas situações e como uma resposta habitual a diferentes situações stressantes do dia-a-dia. Assim, um certo grau de ansiedade é mesmo desejável para a gestão normal das exigências da vida quotidiana. Só quando ultrapassa uma certa intensidade ou excede a capacidade adaptativa da pessoa, é que a ansiedade se torna patológica, e causa um desconforto significativo com sintomas que afetam os níveis físicos, psicológicos e comportamentais.

Segundo DiTomasso et al. (2009), os elementos comuns à experiência de ansiedade incluem as seguintes descrições: um estado emocional tenso, caracterizado por uma variedade de sintomas, tais como, dor no peito, palpitações, falta de ar; mal-estar doloroso da mente em relação a uma doença prevista; apreensão anormal; dúvida sobre a natureza de uma ameaça; crença em relação à realidade da ameaça, e dificuldades face a situações, internas e/ou externas, que são percebidas como excedendo a capacidade de utilização dos recursos pessoais disponíveis e aprendidos ao longo da vida.

Do ponto de vista, dos autores, a marca distintiva do paciente ansioso, é a presença de uma poderosa ameaça percebida e a ativação dos componentes físicos na ausência de uma ameaça real objetiva. A este propósito, Nascimento et al. (2020), mencionam que apesar do papel protetor da ansiedade em relação à saúde, esta pode levar a uma errada interpretação de sensações corporais, crenças disfuncionais sobre o estado de saúde e mecanismos de adaptação menos adequados, agravando os níveis de ansiedade.

Para Batista e Oliveira (2005), a ansiedade é um sentimento que acompanha um sentido geral de perigo, alertando as pessoas para o facto de haver algo a ser temido. Refere-se a uma inquietação que pode traduzir-se em manifestações de ordem fisiológica e cognitiva. Como manifestações fisiológicas pode-se mencionar agitação, hiperatividade e movimentos precipitados; como manifestações cognitivas salientam-se a atenção e vigilância redobrada a determinados aspetos do meio, pensamentos e possíveis desgraças. Essas manifestações podem

ser passageiras ou podem constituir uma maneira constante e permanente de reagir e sua intensidade pode variar de níveis diminutos até níveis excessivamente elevados.

Para Zamignani e Banaco (2005), a ansiedade define-se como fenômeno clínico quando: provoca um comprometimento ocupacional do indivíduo, impedindo a realização das suas atividades profissionais, sociais e acadêmicas; quando envolve um grau de sofrimento considerado pelo indivíduo como significativo e quando as respostas de evitamento e eliminação ocupam um tempo considerável do dia. Esses casos são tratados pela literatura médica e psicológica como perturbações de ansiedade.

As perturbações de ansiedade, caracterizam-se assim por um conjunto de sinais e sintomas somáticos e psicológicos que interferem no funcionamento cognitivo e comportamental do indivíduo (Oliveira, 2011) e diferem do medo ou ansiedade do desenvolvimento normal por serem excessivas ou persistirem para lá dos períodos do desenvolvimento adequados (tipicamente duram 6 meses ou mais) (APA, 2014).

Apesar do seu enorme custo em termos humanos, sociais e econômicos, a grande maioria das perturbações de ansiedade permanecem subdiagnosticadas, subavaliadas e, com frequência, inadequadamente tratadas, mesmo nos países economicamente mais evoluídos (Menezes et al, 2007; Stein & Seedat, 2004).

1.3.2. Classificação e Diagnóstico

Sendo as perturbações de ansiedade, as mais frequentes de entre as perturbações psiquiátricas, a sua classificação e respetivo diagnóstico assumem particular importância, dado que, não tratadas, estas patologias não só evoluem para a cronicidade como se vêm a complicar com comorbilidades como a depressão e, por vezes, o suicídio (Pereira & Manarte, 2014).

A este respeito, DeSousa et al., (2013), destacam que as perturbações de ansiedade interferem significativamente na vida do indivíduo diagnosticado e daqueles com quem ele convive, comprometendo as suas atividades quotidianas, os seus relacionamentos sociais e outras esferas da vida. Além disso, apresentam baixos índices de remissão espontânea, tendendo a tornar-se crónicas ou mesmo a evoluir para outras perturbações psiquiátricas quando não tratadas. Como tal, quanto mais cedo diagnosticadas, avaliadas e devidamente tratadas, melhores os prognósticos e menores os prejuízos para o indivíduo com perturbação de ansiedade. Um diagnóstico adequado, tanto em função da sua gravidade, quanto das comorbidade presentes, melhora o prognóstico dos pacientes ao fornecer mais informações sobre o curso, prevalência, possibilidades de tratamento, entre outros fatores.

De acordo com o DSM-V (APA, 2014) existem 11 categorias de Perturbações de Ansiedade, sendo estas: Perturbação de Ansiedade de Separação; Mutismo Seletivo; Fobia Específica; Perturbação de Ansiedade Social - Fobia Social; Perturbação de Pânico; Agorafobia; Perturbação de Ansiedade Generalizada; Perturbação de Ansiedade Induzida por Substância/Medicamento; Perturbação de Ansiedade Devido a outra Condição Médica; Perturbação de Ansiedade com Outra Especificação e Perturbação de Ansiedade Não Especificada.

Estas perturbações diferem entre si nos tipos de objetos ou situações que induzem medo, ansiedade ou comportamentos de evitamento, e na ideação cognitiva relacionada. É ainda de salientar, que as perturbações tendem a ter uma elevada comorbilidade entre si, podendo ser diferenciadas pelo exame minucioso dos tipos de situações receadas ou evitadas e do conteúdo presente nos pensamentos ou crenças associadas (APA, 2014).

Dada a sua diversidade e complexidade, Aires-Gonçalves e Coelho (2005), referem que são vários os fatores que podem dificultar o diagnóstico das perturbações de ansiedade, tais como, conhecimento insuficiente por parte dos médicos, pressão do tempo, multiplicidade de queixas apresentadas e de pedidos por parte dos doentes, o estigma da doença mental; o tipo de descrição feita pelo doente; a idade variável de apresentação de sintomas; um curso remitente; a comorbilidade com outras perturbações de ansiedade e doenças depressivas, e a diversidade de critérios de diagnóstico.

Para efeitos deste relatório iremos abordar mais profundamente, a Perturbação de Ansiedade Generalizada (PAG) e a Perturbação de Pânico (PP), pelo facto de fazerem parte do diagnóstico de um dos casos acompanhados durante o estágio curricular.

1.3.2.1. Perturbação de Ansiedade Generalizada (PAG)

De acordo com o DSM-V (APA, 2014) para se diagnosticar a perturbação Ansiedade Generalizada, tem de se ter em conta os seguintes critérios:

- A. Ansiedade e preocupação excessivas (apreensão expectante) que ocorrem em mais de metade dos dias durante pelo menos 6 meses, sobre vários acontecimentos ou atividades (tais como o desempenho laboral ou escolar).
- B. O indivíduo tem dificuldade em controlar a preocupação e em evitar que esta interfira na atenção sobre as tarefas que realiza.

C. A ansiedade e a preocupação estão associadas com 3 (ou mais) dos 6 sintomas seguintes (com pelo menos alguns sintomas presentes em mais de metade dos dias durante 6 meses). À exceção do caso de crianças para os quais crianças é requerido apenas um item:

1. Agitação, nervosismo ou tensão interior.
2. Fadiga fácil.
3. Dificuldades de concentração ou mente vazia.
4. Irritabilidade.
5. Tensão muscular.
6. Perturbações do sono (dificuldade em adormecer ou permanecer a dormir, ou sono insatisfatório).

D. A ansiedade, preocupação ou sintomas físicos causam mal-estar clinicamente significativo ou défice no funcionamento social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento.

E. A perturbação não é atribuível a efeitos fisiológicos de uma substância (por exemplo, droga de abuso, medicação) ou outra condição médica (por exemplo, hipertiroidismo).

F. A perturbação não é mais bem explicada por outra perturbação mental (por exemplo, ansiedade ou preocupação pela possibilidade de ter ataques de pânico na perturbação de pânico, avaliação negativa na perturbação de ansiedade social [fobia social), contaminação ou outras obsessões na perturbação obsessivo-compulsiva, separação das figuras de vinculação na perturbação de ansiedade de separação, recordações de acontecimentos traumáticos na perturbação de stress pós-traumático, ganho de peso na anorexia nervosa, queixas físicas na perturbação de sintomas somáticos, defeitos na aparência percebida na perturbação dimórfica corporal, ter uma doença grave na perturbação de ansiedade de doença, ou o conteúdo de crenças delirantes na esquizofrenia ou perturbação delirante).

Em termos gerais, a principal característica desta patologia é a existência de um padrão frequente de preocupação e ansiedade que é desproporcionado face às circunstâncias que são o foco da preocupação (Barlow, 2016; Bruce et al., 2001; Pereira & Manarte, 2014).

As preocupações associadas às perturbações de ansiedade generalizada para além de serem persistentes, excessivas e irreais em relação às atividades diárias, são muitas vezes multifocais (Lopes et al, 2021). Quanto maior a variedade de circunstâncias de vida acerca das quais o indivíduo se preocupa (finanças, desempenho no trabalho, saúde) maior a probabilidade de interferirem significativamente no seu funcionamento psicossocial (Pereira & Manarte, 2014).

Em termos epidemiológicos, a prevalência a 12 meses da perturbação de ansiedade generalizada é de 0.4% a 3.6%. O risco mórbido ao longo da vida é de 0.9%. A média de idades

de início da perturbação de ansiedade generalizada é de 30 anos, porém a idade de início é muito variável (APA, 2014).

Outro aspeto referido pela APA (2014) é que os sintomas da perturbação de ansiedade generalizada tendem a ser crónicos e recorrentes ao longo da vida, sendo que as taxas de remissão são muito reduzidas. Quanto mais cedo os indivíduos apresentarem sintomas que preencham os critérios para perturbação de ansiedade generalizada, maior a comorbilidade e a incapacidade que tendem a manifestar.

Adicionalmente, Dugas e Ladouceur (2003) referem que os profissionais de saúde mental relatam que vêm menos pacientes com PAG em comparação com outras perturbações de ansiedade. Esta situação pode dever-se essencialmente a dois fatores:

Em primeiro lugar, porque os indivíduos com PAG nem sempre procuram ajuda de imediato para o seu problema. Comparativamente a outras perturbações de ansiedade, como a perturbação de pânico, a PAG está associada a um mal-estar que apresenta menos sintomas e uma deterioração social inferior (Noyes et al., 1992 citados por Dugas & Ladouceur, 2003). Neste sentido, alguns pacientes costumam suportar os sintomas durante muitos anos antes de recorrer a um profissional de saúde mental (Rapee, 1991 citado por Dugas & Ladouceur, 2003). Da mesma forma 80% dos indivíduos com PAG não se recordam dos seus primeiros sintomas e mencionam ter estado preocupados e ansiosos durante toda a sua vida (Rapee, 1991, citado por Dugas & Ladouceur, 2003). Por este motivo, muitas vezes, os sintomas são interpretados como traços da personalidade que não podem ser modificados e, por isso, os indivíduos não procuram ajuda.

Em segundo lugar, porque a PAG aparece associada a elevados níveis de comorbilidade com outras perturbações psicológicas (Barlow, 2016), podendo nunca chegar a ser diagnosticada. A título de exemplo, Bruce et al. (2001) salientam que mais de 90% dos indivíduos que cumprem os critérios da PAG durante suas vidas também cumprem os critérios de pelo menos mais uma perturbação e estudos prospetivos indicam que a PAG é um fator de risco específico para o desenvolvimento de outros transtornos de saúde mental, principalmente depressão Major. A este propósito, Stahl (2013) e Castillo et al (2000) acrescentam que cada perturbação de ansiedade apresenta, ainda, várias sobreposições de sintomas com outras perturbações de ansiedade, o que pode também dificultar um correto diagnóstico, na medida em que não se consegue identificar o que é primário e o que não é.

1.3.2.2. Perturbação de Pânico

Segundo, o DSM-V (APA, 2014) para se diagnosticar a perturbação de pânico (PP), deve ter-se em consideração os seguintes critérios:

A. Ataques de pânico inesperados recorrentes. O ataque de pânico é um período abrupto de medo ou desconforto intensos que atinge um pico em minutos e durante o qual 4 (ou mais) dos seguintes sintomas se desenvolvem:

1. Palpitações, batimentos cardíacos ou ritmo cardíaco acelerado.
2. Suores.
3. Estremecimentos ou tremores.
4. Sensações de falta de ar ou de respirar.
5. Sensação de asfixia.
6. Desconforto ou dor no peito.
7. Náuseas ou mal-estar abdominal.
8. Sensação de tontura, de desequilíbrio, de cabeça vazia ou de desmaio.
9. Sensações de frio ou de calor.
10. Parestesias (sensações de entorpecimento ou formigueiros).
11. Desrealização (sensações de irrealidade) ou despersonalização (sentir-se desligado de si próprio).
12. Medo de perder o controlo ou de «enlouquecer».
13. Medo de morrer.

De salientar que o período abrupto pode ocorrer a partir de um estado calmo ou de um estado ansioso e que é possível estarem presentes sintomas culturais específicos (por exemplo, zumbido, dor no pescoço, dor de cabeça, grito ou choro descontrolados). Esses sintomas não devem ser contabilizados como um dos quatro sintomas requeridos (DSM-V).

B. Pelo menos um dos ataques foi seguido por um mês (ou mais) de um ou de ambos os seguintes:

1. Preocupação persistente em relação à possibilidade de ter novos ataques de pânico ou das suas consequências (por exemplo, perder o controlo, ter um ataque cardíaco ou «enlouquecer»).
2. Uma alteração significativa desadaptativa relacionada com os ataques (por exemplo, comportamentos dirigidos a evitar ataques de pânico, tais como evitamento da prática de exercício ou situações desconhecidas).

C. A perturbação não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância (por exemplo, droga de abuso, medicamento) ou outra condição médica (por exemplo, hipertireoidismo, doenças cardiopulmonares).

D. A perturbação não é melhor explicada por outra perturbação mental (por exemplo, os ataques de pânico não ocorrem apenas em resposta a situações sociais temidas, como na perturbação de ansiedade social; em resposta a objetos ou situações fóbicas específicas, como na fobia específica; em resposta a recordações de acontecimentos traumáticos, como na perturbação de stress pós-traumático; ou em resposta à separação das figuras de vinculação, como na perturbação de ansiedade de separação).

De acordo com Salum et al (2009), a perturbação de pânico (PP) pode ser caracterizada pela presença de ataques de pânico recorrentes que consistem numa sensação de medo ou mal-estar intenso acompanhada de sintomas físicos e cognitivos e que se iniciam de forma brusca, alcançando a sua intensidade máxima em até 10 minutos.

Segundo Viegas e Saraiva (2014) a perturbação de pânico implica a vivência inadequada de um elevado estado de excitação emocional que leva o indivíduo a experienciar sintomas físicos associados a situações quotidianas totalmente inofensivas, mesmo sem qualquer tipo de estímulo externo.

Dados epidemiológicos, demonstram que a prevalência estimada a 12 meses para a PP na população geral do mundo ocidental e em vários países europeus é de 2% -3% (Taylor, 2006; APA, 2014). A PP, manifesta-se sobretudo em adultos jovens na faixa etária entre os 20 anos e os 45, de ambos os sexos, com predomínio do sexo feminino na relação 3 para 1 (Viegas & Saraiva, 2014).

A frequência e a gravidade dos ataques de pânico são muito variáveis (APA, 2014; Viegas & Saraiva, 2014), podendo os sinais e sintomas também diferir de episódio para episódio (Viegas & Saraiva, 2014).

O curso natural da perturbação caso não seja tratada, é crónico, mas com períodos recorrentes de agravamento e melhoria. Somente uma minoria tem remissão completa sem recaídas subsequentes durante alguns anos (APA, 2014). Quanto mais cedo se inicia a doença, maior será o grau de cronicidade (Viegas & Saraiva, 2014).

Os ataques de pânico acarretam preocupações persistentes e instigam modificações importantes de comportamento em relação à possibilidade de ocorrência de novos ataques de ansiedade (Salum et al, 2009), pelo que, a perturbação de pânico está associada a níveis elevados de incapacidade social (ex.: receio de ser julgado negativamente pelos outros devido a sintomas de pânico observáveis), ocupacional (ex.: mudanças desadaptativas no

comportamento com o intuito de minimizar ou evitar ataques de pânico, como por exemplo, reorganizar a vida diária para assegurar que haverá alguém disponível na eventualidade de um ataque de pânico) e física (ex.: medo de que os ataques sejam indicadores da presença de uma doença ameaçadora da vida, tal como, doença cardíaca), a custos económicos elevados e ao maior número de consultas médicas entre as perturbações de ansiedade (APA, 2014). A este propósito, Salum et al (2009), referem que para além do sofrimento psíquico e do prejuízo funcional vivenciados pelos pacientes com PP, existe um conjunto de outros desfechos que, justificam o seu tratamento como um problema de saúde pública. Pacientes com PP têm maiores taxas de absentismo e menor produtividade no trabalho; maiores taxas de utilização dos serviços de saúde, procedimentos e testes laboratoriais; um risco aumentado, independente das comorbilidades, de ideação de suicídio e de tentativas de suicídio.

Em termos de comorbilidades, a perturbação de pânico coexiste com outras perturbações psiquiátricas, tais como a perturbação de ansiedade generalizada, as fobias e a perturbação depressiva major (Pereira & Manarte, 2014). Cerca de 1/3 dos pacientes com depressão apresenta perturbação de pânico. Ao longo da vida, cerca de metade dos doentes com perturbação de pânico desenvolverá depressão e cerca de metade dos doentes deprimidos desenvolverá perturbação de pânico (Taylor, 2006).

1.3.3. Etiologia

Para Lopes et al., (2005), a etiologia das perturbações de ansiedade é baseada na interação de fatores psicossociais e ambientais, podendo estar igualmente associada a uma vulnerabilidade genética, que se manifesta em alterações neuropsicológicas e neurobiológicas. Silva Filho e da Silva (2013), corroboram a teoria de que a etiologia da ansiedade é multifatorial, destacando-se, causas genéticas, neurobiológicas, psicológicas e ambientais. Román e Fontecha (2008) consideram que as causas das perturbações de ansiedade não são totalmente compreendidas, porém, segundo os autores estão também envolvidos fatores biológicos, ambientais e psicossociais.

Segundo Antony e Stein (2012), as perturbações de ansiedade provêm de uma interação complexa entre as nossas experiências (por exemplo, experiências negativas, modelagem, transmissão de informação, reforço do ambiente, parentalidade, relações com a família e pares, etc.), como processamos a informação (por exemplo, enviesamentos na interpretação, atenção e memória), e outras diferenças individuais (por exemplo, genética, neuroanatomia,

atividade neurotransmissora, atividade hormonal, personalidade, etc.). Na opinião dos autores, os nossos genes influenciam os tipos de experiências que temos, bem como a forma como processamos a informação.

De acordo com Durão (2020), a ansiedade pode ser desencadeada por diversos fatores e nem sempre o indivíduo consegue identificar a origem da angústia ou insegurança que sente. Este mal-estar pode ser provocado por estímulos endógenos (internos) ou exógenos (externos). Os fatores endógenos estão relacionados a questões biológicas, à própria herança genética (hereditária) do indivíduo ou a alterações do organismo (ex.: alterações hormonais ou desenvolvimento de doenças). Por outro lado, os fatores exógenos estão associados, aos eventos que vão ocorrendo ao longo da vida e que podem ser de ordem pessoal (ex.: dúvidas sobre religião, orientação sexual, estilo de vida...), familiar (ex.: conflitos, morte...), relacional (ex.: divórcio, recasamento...), profissional (ex.: possibilidade de desemprego ou de promoção) e social (ex.: alterações no estatuto socioeconómico).

Ströhle et al (2018), consideram que as perturbações da ansiedade estão entre as chamadas doenças genéticas complexas caracterizadas por uma interação patogénica complexa de fatores ambientais. Como descrito pelos autores, estudos familiares demonstraram que a hereditariedade das perturbações de ansiedade, ou seja, o grau de participação de fatores genéticos no seu desenvolvimento, situa-se na faixa dos 30-67%, sendo o resto da variação explicada por fatores ambientais negativos individuais, tais como os eventos da vida. Estes incluem, por exemplo: Abuso e negligência (emocional e/ou física); Violência sexual; Doença crónica; Lesões traumáticas; Morte de uma pessoa significativa; Separação e divórcio; Dificuldades financeiras.

Por outro lado, fatores ambientais positivos, estratégias de sobrevivência eficazes, estilos de ligação seguros, experiências de aprendizagem de apoio, e uma boa rede de apoio social podem aumentar a resiliência, mesmo na presença de fatores de risco genético.

Clark e Beck (2012), sugerem que embora existam vários fatores implicados no início da ansiedade, tais como, genéticos, biológicos, de desenvolvimento e ambientais, os indivíduos podem também possuir uma vulnerabilidade cognitiva à ansiedade, a qual contribui para o desenvolvimento da ansiedade patológica. Segundo os autores, vulnerabilidade cognitiva pode ser definida como um conjunto de cognições disfuncionais que se encontram latentes e que frente a um evento stressor contribuem para manter e/ou elevar a ansiedade mesmo quando o perigo é pouco frequente ou inexistente.

A este propósito, Falcone et al (2016), a partir de uma revisão narrativa da literatura sobre crenças cognitivas de ansiedade, identificaram 17 descritores cognitivos da ansiedade clínica e classificaram-nos em quatro categorias (ver figura 5):

Figura 5 - Categorias e descritores cognitivos da ansiedade

	Ameaça antecipada/ Antecipação de perigo	Tendência a se sentir em perigo, ou a considerar que a situação ou o objeto temido está iminente.
Vida Distorcida do Perigo	Dano potencial/ Superestimativa do perigo	Tendência a considerar uma situação neutra como perigosa, ou a considerar uma situação como mais perigosa do que realmente é. Apreensão frequente.
	Manutenção permanente de alerta do Perigo(hipervigilância) Atenção seletiva a falsas pistas de ameaça /Avaliação tendenciosa do perigo/dano Prejuízo do pensamento racional	Incapacidade de diferenciar situações neutras de situações ameaçadoras. Incapacidade de solucionar ou de raciocinar de uma maneira realista, frente a uma situação temida.
	Desqualificação/ Desvalorização da própria capacidade de enfrentamento/ Vulnerabilidade/ Percepção de incontrolabilidade	Tendência a se considerar vulnerável e incapaz de enfrentar a situação considerada perigosa.
Visão Distorcida dos Recursos ou Competências Pessoais	Percepção negativa de si/ Percepção de vulnerabilidade Autocrítica elevada	Tendência a subestimar a presença de recursos pessoais para enfrentar determinada situação. Preocupação com os erros, dúvida sobre a qualidade das próprias ações e insegurança.
	Cognição catastrófica	Tendência a fazer previsões negativas e ameaçadoras dos acontecimentos, considerando o pior cenário possível.
Catastrofização Negativismo e Superestimativa da Probabilidade	Negativismo/Pessimismo ou Expectativas negativas Superestimativa da probabilidade	Tendência a acreditar que as coisas não irão dar certo. Tendência a considerar que a situação temida irá acontecer em uma probabilidade maior do que a probabilidade real.
	Evitação/ Crença de que a única saída é fugir	Tendência a fugir da situação ou de evitar se confrontar com a mesma.
Preocupação, Evitação Cognitiva Ativa e Passiva	Processamento voltado de segurança/Ajuda	Estratégias que o indivíduo utiliza para afastar a ansiedade, ou para garantir que ele estará a salvo do perigo.
	Preocupação excessiva/ Ruminação/Apreensão Intolerância à imprevisibilidade/ incerteza Intolerância a afetos negativos	Presença frequente de pensamentos de ameaça. Incapacidade para aceitar situações ambíguas do ambiente. Incapacidade de tolerar as sensações de ansiedade.
	Importância de controlar os pensamentos/Necessidade excessiva de controle	Estratégia cognitiva para se livrar da ansiedade.

Fonte: Falcone et al (2016)

1.3.4. Terapêutica

Segundo, Pereira e Manarte (2014), o tratamento das perturbações de ansiedade deve assentar num diagnóstico semiológico rigoroso, numa avaliação completa que tenha em consideração a gravidade e a cronicidade do quadro clínico, a presença de comorbilidades psiquiátricas e não psiquiátricas, a existência do uso de substâncias, a história de resposta a tratamentos anteriores, o uso de medicação e as preferências do paciente.

Adicionalmente, Durão (2020) refere que se considerarmos que a ansiedade se pode apresentar de diferentes formas e que a sua etiologia pode ser multifatorial, não existe um único caminho no que diz respeito ao tratamento da ansiedade, mas sim vários, consoante a especificidade de cada caso. Do seu ponto de vista, às vezes, simples modificações nas rotinas do dia a dia permitem lidar melhor com a ansiedade e podem minimizar ou conduzir ao desaparecimento do problema. Porém noutros casos, poderá ser necessário recorrer a intervenções mais especializadas, nomeadamente: ao acompanhamento psicológico ou à psicoterapia para promover uma melhor compreensão da perturbação, e desenvolver estratégias para minimizar os seus sintomas; e/ou à farmacoterapia, com o objetivo de diminuir a sintomatologia imediata, especialmente nos casos mais agudos.

À semelhança de Durão (2020), são vários os autores que consideram que o tratamento das perturbações de ansiedade requer uma abordagem multimodal que inclua intervenções farmacológicas, intervenções psicoterapêuticas, ou ambas (Aires-Gonçalves & Coelho, 2005; Barlow, 2016; Castillo et al, 2000; Lopes et al, 2021, Mangolini et al, 2019; Marques & Borba, 2016; Pereira & Manarte, 2014; Silva Filho & da Silva, 2013; Ströhle et al, 2018). Ströhle et al (2018), refere, no entanto, que existe uma exceção. A seu ver, para o tratamento das fobias específicas está apenas recomendado o uso de intervenções psicoterapêuticas.

No que diz respeito ao tratamento psicoterapêutico, diversas são as abordagens que atuam no tratamento das perturbações de ansiedade, nomeadamente, a terapia cognitivo-comportamental, a terapia psicodinâmica, a terapia interpessoal, *mindfulness*, entre outras (Bandelow et al, 2018). Porém, a terapia cognitivo-comportamental (TCC) tem sido apontada por um grande número de estudiosos como sendo a abordagem mais eficaz e mais bem validada no tratamento das PA (Aires-Gonçalves & Coelho, 2005; Bandelow et al. 2018; Barlow, 2016; Castillo et al, 2000; Clark, & Beck, 2012; Knapp & Beck, 2008; Lopes et al, 2021; Marques & Borba, 2016; Oliveira, 2011; Pereira & Manarte, 2014; Silva Filho & da Silva, 2013; Ströhle et al, 2018).

A terapia cognitivo-comportamental (TCC), é um tratamento psicológico organizado e sistemático que consiste em ajudar o paciente a identificar e questionar pensamentos automáticos negativos, irracionais e crenças disfuncionais que contribuem significativamente para o surgimento de estados emocionais negativos, como a ansiedade. Esta conscientização do paciente irá permitir-lhe alterar esses padrões de pensamento de forma mais realista e adaptativa, por forma a obterem uma melhoria do seu estado emocional. A ideia básica na terapia cognitiva-comportamental é que o modo como pensamos influencia o modo como nos sentimos e comportamos; logo, mudar o nosso modo de pensar pode mudar como nos sentimos e comportamos (Clark & Beck, 2012; Clark & Beck, 2014). Na TCC, o papel do psicólogo é auxiliar o paciente a reconhecer os seus pensamentos e a modificá-los, examinando a veracidade das suas afirmações e observando as evidências que as contradizem (Conceição & Bueno, 2020). A pesquisa e a prática clínica mostram que a TCC é efetiva na redução de sintomas e taxas de recorrência, com ou sem medicação, em uma ampla variedade de transtornos psiquiátricos (Knapp & Beck, 2008).

Em termos de farmacoterapia, antidepressivos como os Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina (ISRS) e os Inibidores da Recaptação da Serotonina e Norepinefrina (IRSN) são considerados os medicamentos de primeira linha. O uso de benzodiazepínicos, por sua vez, não é recomendado para uso rotineiro (dado que pode provocar tolerância, habituação e dependência física), deve ser apenas usado para controle rápido dos sintomas de agitação e ansiedade grave. (*Ordem dos Farmacêuticos, 2011; NICE, 2019; Pereira & Manarte, 2014; Bragança & Marinho, 2018*). A medicação não cura as perturbações da ansiedade, mas pode ajudar a aliviar os sintomas. A medicação para a ansiedade é prescrita por médicos, tais como um psiquiatra ou um prestador de cuidados primários (*National Institute of Mental Health, 2021*).

No momento de delinear um plano terapêutico, o médico deve levar em consideração a eficácia, o custo, as interações, os efeitos adversos das medicações e após a remissão do quadro, o tratamento deve ser mantido de forma contínua por cerca de 6 a 12 meses a fim de garantir um controle mais eficaz da perturbação (Aires-Gonçalves & Coelho, 2005; Lopes et al, 2021). O objetivo do tratamento deverá ter em conta a remissão, que pressupõe o desaparecimento dos sintomas e a reabilitação psicossocial (Aires-Gonçalves & Coelho, 2005).

Adicionalmente, muitos tratamentos complementares e alternativos de formas leves de ansiedade têm vindo a ganhar popularidade devido à sua alegada inofensividade. Exemplos desses tratamentos incluem aromaterapia, acupunctura, medicina herbal, homeopatia, massagem terapêutica, yoga, prática de exercício, relaxamento, entre outras. Contudo, estas

terapêuticas carecem ainda de provas de eficácia. É possível que um efeito placebo e uma boa relação terapêutica entre o profissional e os pacientes estejam subjacentes aos seus resultados positivos. (Mangolini, 2019).

Não obstante, a existência de uma série de estratégias terapêuticas direcionadas para as perturbações de ansiedade, o número dos pacientes que não respondem adequadamente ao tratamento é ainda um desafio na prática clínica. A resistência ao tratamento farmacológico (e.g. resposta ausente ou insuficiente) atinge aproximadamente um em cada três pacientes com perturbações de ansiedade (Menezes et al, 2007).

A literatura, indica que apenas 60-85% dos pacientes com distúrbios de ansiedade respondem (pelo menos com uma melhoria de 50%) aos atuais tratamentos farmacológicos e psicológicos. Além disso, apenas cerca de metade dos pacientes com perturbações de ansiedade conseguem uma recuperação (definida como sintomas mínimos de ansiedade). Há também evidências que sugerem que os pacientes com perturbações de ansiedade, em particular perturbação de ansiedade generalizada (PAG) e perturbação de ansiedade social (PAS), têm altas taxas de recorrência e/ou sintomas de ansiedade persistente, especialmente se tiverem perturbação depressiva major como comorbilidade (Garakani et al. 2020).

1.4. Caracterização da intervenção

1.4.1. Fundamentação teórica da intervenção

No âmbito do estágio curricular, o referencial teórico que serviu de base às intervenções psicológicas foi o modelo cognitivo-comportamental.

A terapia cognitiva, surge no início dos anos 1960 a partir dos trabalhos pioneiros desenvolvidos por Albert Ellis e Aaron T. Beck, considerado o seu fundador, no entanto, os primeiros textos centrais sobre modificação cognitiva só surgiram na década de 1970 (Knapp & Beck, 2008; Sá & Batista, 2018).

O princípio fundamental da TC é que a maneira como os indivíduos percebem e processam a realidade influenciará a maneira como eles se sentem e se comportam. Neste contexto, o objetivo terapêutico da TC, consiste em reestruturar e corrigir esses pensamentos distorcidos e colaborativamente desenvolver soluções pragmáticas para produzir uma mudança emocional e comportamental duradoura. (Beck, J., 2013; Knapp & Beck, 2008).

De acordo com o modelo cognitivo, determinadas situações ativam pensamentos automáticos negativos ou catastróficos coerentes com crenças ou esquemas cognitivos disfuncionais subjacentes. Essas distorções cognitivas associadas a avaliações e interpretações

distorcidas têm como consequências alterações no humor, sintomas físicos e mudanças de comportamento (Cordioli & Grevet, 2019).

Os termos terapia cognitiva (TC) e o termo genérico terapia cognitivo-comportamental (TCC) são habitualmente usados como sinónimos para descrever psicoterapias baseadas no modelo cognitivo. O termo TCC é usado como um termo mais amplo que inclui um grupo de técnicas nas quais há uma combinação de uma abordagem cognitiva e de um conjunto de procedimentos comportamentais. (Knapp & Beck, 2008).

Em termos históricos, o modelo cognitivo, surge num contexto de insatisfação com as bases teóricas e empíricas da abordagem estritamente comportamental e das críticas à modalidade terapêutica predominante na década de 50 e 60 do século XX, a psicanálise (Sá & Batista, 2018).

Uma diversidade de abordagens da TCC emergiu ao longo das décadas subsequentes, atingindo diferentes graus de aplicação e sucesso, como é o caso da terapia racional emotiva comportamental (TREC), desenvolvida por Albert Ellis, a terapia do esquema, desenvolvida por Jeffrey Young, e a terapia comportamental dialética (DBT), desenvolvida por Marsha Linehan, entre outras (Knapp & Beck, 2008).

Para Knapp e Beck (2008), as diferentes abordagens em TCC compartilham bases comuns, embora haja diferenças consideráveis em princípios e procedimentos entre elas devido ao fato dos pioneiros responsáveis pelo seu desenvolvimento terem vindo de diferentes fundamentos teóricos. Porém apesar das diferenças entre as várias TCC, as características essenciais da TC persistiram, especialmente a ênfase na influência do pensamento distorcido e da avaliação cognitiva irrealista de eventos sobre os sentimentos e comportamentos do indivíduo.

Também Sá e Batista (2018), consideram que as diferentes abordagens em TCC partilham a mesma base teórica, contudo é possível identificar algumas distinções entre as várias TCC, nomeadamente no que diz respeito ao alvo da mudança terapêutica (diferentes conceitos dados às cognições, como pensamentos automáticos negativos, atitudes disfuncionais, esquemas, crenças irracionais), na especificidade de determinadas técnicas de intervenção e na ênfase colocada mais na mudança de conteúdos dos seus pensamentos ou na sua aceitação.

Entretanto, ao passo que TCCs em geral envolvem toda uma variedade de abordagens, a TC conforme desenvolvida por Beck, com seu conjunto próprio de princípios e metodologias e técnicas muito específicas, é razoavelmente uniforme (Knapp & Beck, 2008).

Em todas as formas de terapia cognitivo-comportamental derivadas do modelo de Beck, o tratamento envolve uma ênfase inicial na identificação e modificação de pensamentos automáticos que derivam de crenças nucleares disfuncionais. Partindo do pressuposto que as

crenças disfuncionais podem ser desaprendidas e novas crenças baseadas na realidade e mais funcionais podem ser desenvolvidas e fortalecidas durante o tratamento, o objetivo da TCC é facilitar a modificação direta das crenças nucleares do paciente, de modo a permitir a interpretação de situações ou problemas futuros de forma mais construtiva (Beck, J., 2013).

A partir da constatação do papel que o pensamento/cognição assume no modo como o indivíduo conhece, reage e interpreta os eventos fundamentais da sua experiência, três pressupostos básicos definem as características da TCC: a cognição afeta o comportamento; a atividade cognitiva pode ser monitorada e alterada; a mudança comportamental desejada pode ser feita através da mudança cognitiva (Sá & Batista, 2018).

Segundo J. Beck (2013), a TCC varia muito de acordo com cada paciente, dependendo da origem das suas dificuldades e do momento de vida atual, assim como do seu nível intelectual e de desenvolvimento, do seu gênero e origem cultural. Porém existem determinados princípios que estão na base da TCC e que se aplicam a todos os pacientes. Para J. Beck (2013), os princípios básicos da TCC são: desenvolvimento contínuo dos problemas dos pacientes; estabelecimento de uma aliança terapêutica sólida; colaboração e participação ativa entre o terapeuta e o paciente; orientação para os objetivos e foco nos problemas; ênfase no presente; investimento na psicoeducação; duração limitada no tempo; sessões estruturadas; ensinar os pacientes a identificar, avaliar e responder aos seus pensamentos e crenças disfuncionais; usar uma variedade de técnicas para mudar o pensamento, o humor e o comportamento.

A pesquisa e a prática clínica mostraram que a TCC é efetiva na redução de sintomas e taxas de recorrência, com ou sem medicação, em uma ampla variedade de perturbações psiquiátricas (ex.: Depressão, perturbações de ansiedade), problemas psicológicos (ex.: problemas conjugais, problemas familiares, luto) e problemas médicos com componentes psicológicos (ex.: insônia, obesidade) (APA, n.d; Beck, J. 2013; Knapp & Beck, 2008.). A sua eficácia tem sido também comprovada com crianças adolescentes que manifestam problemas de internalização (ex.: ansiedade e depressão) e externalização (ex.: agressividade e comportamento de oposição) bem como em problemas específicos (ex.: anorexia nervosa e enurese) (Kazdin & Weisz, 2003 citados por Sá & Batista, 2018).

De realçar ainda que a terapia cognitivo-comportamental tem sido adaptada a pacientes com diferentes níveis de educação e estatuto económico, bem como a uma variedade de culturas e idades. É utilizada atualmente em diversos contextos, tais como, cuidados primários e outras especializações da saúde, escolas, programas vocacionais e prisões, entre outros, e usada quer a nível individual quer em formatos de grupo, casal e família (Beck, J., 2013; Oliveira et al, 2013).

Parte III. Trabalho de Estágio

1.1. Objetivos

1.1.1. Objetivos Gerais

O estágio acadêmico é um requisito indispensável da formação profissional do psicólogo. Ao permitir o contacto direto com o contexto real de trabalho, a realização do presente estágio acadêmico teve por objetivos gerais, possibilitar a aplicação e aprofundamento das competências e dos conhecimentos teóricos decorrentes da formação acadêmica, bem como, assegurar a aquisição de competências e métodos de trabalho fundamentais a um exercício competente e responsável da atividade da psicologia, designadamente nas suas vertentes técnica, científica, deontológica e de relacionamento interpessoal.

1.1.2. Objetivos específicos

Os objetivos específicos do estágio prenderam-se com o desenvolvimento de competências fundamentais e imprescindíveis para a execução da profissão enquanto psicóloga clínica, nomeadamente:

- articular teoria e prática, com vista ao desenvolvimento de conhecimentos e competências específicas na área da psicologia e da saúde;
- adquirir competências específicas de observação e de acompanhamento psicológico;
- aprofundar conhecimentos de avaliação (através da seleção, aplicação, cotação, interpretação de resultados de vários métodos de avaliação e elaboração de relatórios de avaliação) e de diagnóstico;
- realizar intervenções psicológicas que respondam às necessidades do indivíduo, grupo ou família;
- observar e dinamizar grupos terapêuticos;
- melhorar competências comunicativas e relacionais, tais como a compreensão empática, a escuta ativa, e o cuidado incondicional positivo;
- atuar conjuntamente com a equipa;
- desenvolver uma postura ética, crítica e reflexiva a partir do exercício da profissão.

1.2. Atividades desenvolvidas durante o estágio

O primeiro dia de estágio foi dedicado à apresentação da equipa e à explicação do funcionamento da empresa e do departamento de psicologia. Após esta breve fase de integração foi possível desenvolver ao longo dos meses diversas atividades, entre as quais, observação de consultas psicológicas, avaliação psicológica, participação em intervenções psicológicas em grupo, em reuniões clínicas e ações de formação.

Durante o decorrer do estágio curricular foi ainda possível participar noutras atividades institucionais que, por sua vez, contribuíram também para o enriquecimento do estágio, nomeadamente, colaboração na reestruturação do site da empresa, o qual ainda não contemplava o departamento de psicologia e realização de pesquisas bibliográficas para preparação das sessões de grupo.

Com o intuito de permitir uma melhor compreensão sobre o trabalho desenvolvido, iremos expor em seguida cada uma das atividades desenvolvidas em maior detalhe.

1.2.1. Observação Clínica

A observação constituiu o primeiro momento de contacto com a prática clínica e foi um método utilizado desde o início até ao final do estágio. Pela sua transversalidade a todo o método clínico foi uma ferramenta de eleição, nas consultas de acompanhamento psicológico, nas intervenções terapêuticas em grupo, nas reuniões clínicas e nos momentos de avaliação psicológica e neuropsicológica.

Durante as consultas assumiu-se uma postura passiva, sem interferências, com o intuito de não influenciar o decorrer da mesma e garantir que o cliente se sentisse o mais à vontade possível. No final, realizava-se uma pequena reflexão/discussão sobre o caso em acompanhamento, nomeadamente, procedimentos de intervenção, hipóteses de diagnóstico e prognóstico, métodos de avaliação aplicáveis ou até esclarecimento de dúvidas.

Neste sentido, a observação presencial no espaço de consulta, desempenhou um papel fundamental não só no que diz respeito ao aprofundamento dos conhecimentos teóricos adquiridos durante o percurso académico, nomeadamente, modelos teóricos, patologias, instrumentos de avaliação, entre outros, como também no que se refere à aquisição de novos conhecimentos e competências profissionais.

Do ponto de vista acadêmico, considera-se que a observação da prática clínica, proporciona aos estagiários momentos de reflexão que contribuem para os preparar para assumirem no futuro uma atuação profissional direta junto dos seus próprios clientes/pacientes.

Partindo do princípio que as consultas de psicologia decorrem num contexto específico, tendo por base uma relação de confiança, a qual se assume como um instrumento central da intervenção psicológica, convém salientar que a participação nas consultas só foi possível após o preenchimento do consentimento informado por parte do cliente (ver anexo I) com o intuito de garantir a privacidade e confidencialidade de todo o processo.

De acordo com Arpini et al. (2018), a observação ocupa um lugar significativo como método clínico e de pesquisa. Porém, para Moreira e Ostermann (1993) para ser efetiva requer embasamento teórico, de forma a permitir ao observador saber antecipar e decidir, *a priori*, em quais aspetos da realidade focar a atenção. A seu ver, a observação neutra, sem teoria, não existe, o ato de observar é influenciado pelo conhecimento prévio e está impregnado de teorias. Faria et al. (2020) corroboram esta afirmação, aludindo que observar implica um foco prévio, uma orientação que permita identificar para onde olhar e com que finalidade. Esta seletividade é um traço importante da observação e é o que a distingue do olhar descomprometido.

Posto isto, e não obstante a sua importância, em momentos de observação clínica, é fundamental ter em consideração alguns fatores, nomeadamente: a singularidade do sujeito observado, o qual deve ser visto na sua globalidade e não reduzido apenas ao que se observa; o sentido que é atribuído ao que é interpretado; a implicação/subjetividade do observador e o risco de realizar uma objetivação excessiva, numa tentativa de eliminar o papel da subjetividade (Faria et al., 2020; Vieira Filho & Teixeira, 2003).

Para vários autores (Chahraoui & Bénony, 2003; Pedinielli, 1994, citados por Fernández & Pedinielli, 2006), a observação clínica consiste em "identificar fenómenos comportamentais significativos, (para) dar-lhes um significado, resituando-os na dinâmica, na história de um sujeito e no contexto" (p.47). Assim, o campo da observação clínica não se reduz à observação de perturbações (psicopatologia), nem à observação psicanalítica (realidade psíquica). Diz respeito a todos os comportamentos verbais e não verbais, interações, na sua referência à subjetividade e intersubjetividade.

1.2.2. Participação em reuniões clínicas

As reuniões clínicas de psicologia eram realizadas semanalmente e tinham como objetivo delinear e debater em equipa possíveis estratégias de intervenção acerca dos casos clínicos em curso, bem como proporcionar um espaço de partilha e reflexão sobre vários temas relacionados com a saúde mental. Era também durante estas reuniões que se estruturavam e organizavam as intervenções terapêuticas de grupo.

A participação nestas reuniões foi especialmente enriquecedora pois não se limitou apenas à observação da dinâmica da equipa. Com o objetivo de fomentar a aprendizagem foi proposto que a estagiária participasse ativamente nas mesmas, quer com opiniões ou dúvidas sobre os casos em acompanhamento, contribuindo desta forma para a obtenção de novos conhecimentos sobre as diferentes patologias acompanhadas pelo departamento e para aquisição de experiência na apresentação e discussão de casos clínicos.

1.2.3. Participação em ações de formação

Durante o estágio foi possível assistir a duas ações de formação:

- *Bullying e Cyberbullying*: Este curso teve como principal objetivo favorecer a reflexão sobre os comportamentos de *bullying* e *cyberbullying*. Pretendeu igualmente estudar ambos os fenómenos e as suas características, de forma a identificá-los e poder realizar a devida prevenção e/ou intervenção.
- *Intervenção Psicológica Online*: Este curso teve como objetivo elucidar os participantes sobre as vantagens e desafios da utilização de novas tecnologias na intervenção psicológica.

1.2.4. Participação em grupos terapêuticos de apoio

Os grupos terapêuticos de apoio caracterizam-se pela possibilidade de realização de atendimento psicológico para um maior número de pessoas. No local de estágio, a terapia de grupo consiste num tratamento psicoterapêutico realizado por uma ou duas psicólogas a um grupo de 5 a 10 participantes com uma problemática comum. De um modo geral os grupos são abertos, ou seja, a qualquer momento podem ser admitidos novos participantes, noutros o grupo é fechado, o que significa que existe uma data de admissão, a partir da qual não existe a inclusão de novos elementos. O grupo formado, reúne-se quinzenalmente durante cerca de 1h30 a 2h.

Os quadros clínicos alvo de intervenção são diversificados, podendo incluir temas como depressão, luto, ansiedade, entre outros.

As intervenções são delineadas tendo por base a abordagem cognitivo-comportamental e incluem sessões de psicoeducação. Para Colom e Vieta (2004), a psicoeducação constitui-se como uma ferramenta profilática adicional à terapia e traz benefícios inquestionáveis para o paciente. De acordo com os autores, a psicoeducação tem por objetivo dotar os pacientes de um enfoque teórico e prático que lhes permita compreender e lidar com as consequências e implicações da sua doença. A perda do estigma e a melhoria do *insight* sobre a doença são essenciais para o estabelecimento de uma boa adesão ao tratamento.

Lemes e Ondere Neto (2017), também destacam o papel profilático desta modalidade de tratamento. Para os autores, a psicoeducação é uma técnica que relaciona os instrumentos psicológicos e pedagógicos com o objetivo de ensinar o paciente e os cuidadores acerca da patologia física e/ou psíquica, bem como sobre o seu tratamento. Deste modo, é possível através dos grupos de apoio desenvolver um trabalho de prevenção e de conscientização em saúde.

As intervenções psicológicas em grupo, para além de possibilitarem a interação profissional-paciente, proporcionam também a interação paciente-paciente, contribuindo assim para promover a adesão e o desenvolvimento de habilidades sociais, através do contato com outras pessoas e a troca de experiências (Costa et al, 2016).

Outro dos benefícios deste tipo de intervenção deve-se ao facto do grupo poder representar um fator motivacional, dado que o contato com pessoas que apresentam problemas semelhantes pode contribuir para que o indivíduo entenda a importância de prosseguir com o tratamento, considerando os efeitos positivos obtidos pelos demais integrantes do grupo (Vinogradov e Yalom, 1992; Delitti e Derdyk, 2008; Del Prette e Del Prette, 2008 citados por Costa et al, 2016).

Enquanto estagiária, as atividades desenvolvidas nas intervenções psicológicas de grupo, focaram-se essencialmente na observação e na pesquisa de bibliografia para as sessões de psicoeducação. Adicionalmente e com o decorrer do tempo foi também possível participar ativamente em algumas das sessões de psicoeducação através da apresentação de slides e de vídeos sobre as patologias em análise e respetivo debate.

Tratando-se de um *setting* terapêutico, onde os conteúdos foram debatidos quer teoricamente, quer através da partilha de experiências, foi possível não só, obter um conhecimento mais aprofundado de algumas problemáticas psicológicas, nomeadamente sobre a depressão e a ansiedade, como também, observar os benefícios e os desafios da terapia de grupo, na qual o psicólogo necessita de adaptar as suas intervenções de acordo com as respostas

e maturidade não só de um paciente mas do grupo como um todo. Neste contexto, uma das competências fundamentais que um psicoterapeuta de grupo deve possuir é a capacidade de desenvolver a interação e fortalecer a ligação emocional entre os participantes, envolvendo-os pelo diálogo, abordando tópicos em comum, revelando-os tanto nas semelhanças quanto nas diferenças, conseguindo, desse modo, que venham a atuar como agentes terapêuticos (Bechelli & Santos, 2005). O intuito é, facilitar a participação e interação dos membros, de modo a que os mesmos possam verbalizar livremente os seus pensamentos e emoções (Bechelli & Santos, 2005). É um espaço destinado a proporcionar sentimentos de aceitação, pertença e aprovação.

Através da observação das sessões, tornou-se também evidente que ao conhecer outras pessoas que enfrentam dificuldades semelhantes às suas e ao ter a possibilidade de trocar experiências com as mesmas, o paciente compreende que, não está sozinho e que não é o único a passar por uma situação difícil. Isso permite-lhe desenvolver mais segurança para lidar com as suas próprias dificuldades.

1.2.5. Avaliação psicológica e neuropsicológica

A área de avaliação psicológica tem uma relevância histórica no desenvolvimento da Psicologia como ciência e como profissão, tanto no contexto internacional quanto no nacional (Bueno & Peixoto, 2018).

Sendo uma prática exclusiva da profissão de psicólogo (Dourado & Silva, 2016), a avaliação psicológica é uma das áreas mais importantes da psicologia, por possibilitar a compreensão do funcionamento psíquico e comportamental do indivíduo (Bruzzi, 2021). De acordo com Alchieri e Cruz (2004), a avaliação psicológica realizada no âmbito da intervenção profissional, pode ser definida como o conjunto de procedimentos planejados e orientados por um pedido proveniente da sociedade (indivíduos, grupos, instituições), conforme a atividade profissional do psicólogo (neuropsicólogo, psicólogo do trabalho, psicólogo escolar, entre outros), cuja finalidade é aferir características psicológicas relevantes por meio de técnicas e instrumentos psicológicos específicos, ou, ainda, produzir um diagnóstico.

Segundo Fernandez-Ballesteros et al. (2001), a avaliação psicológica pode definir-se como uma atividade científica e profissional de recolha, avaliação e integração de informação sobre um sujeito utilizando, sempre que possível, diferentes fontes de informação de acordo com um plano previamente estabelecido, com o intuito de responder a uma questão de encaminhamento, resolver um problema ou tomar uma decisão por meio do uso dos instrumentos de avaliação.

Para Pais-Ribeiro (2013), a avaliação psicológica, na sua vertente prática, inclui três grandes fases; os procedimentos, os processos, e o uso dos resultados. No procedimento e processo deve-se garantir que as técnicas de avaliação e/ou os instrumentos utilizados são os mais válidos para responder à questão para que a avaliação foi concebida; da mesma forma, a aplicação das técnicas deve respeitar critérios éticos que estão universalmente definidos para a avaliação psicológica. Por último, o uso dos resultados deve ter em conta as consequências da avaliação, que devem responder apropriadamente à questão que deu origem à avaliação psicológica, e o respeito ético no uso desses resultados.

Segundo Hutz, (2015), a avaliação psicológica é um processo complexo, com aplicações em todas as áreas da psicologia, que tem por objetivo produzir hipóteses, ou diagnósticos, sobre uma pessoa ou um grupo. Essas hipóteses ou diagnósticos podem ser sobre o funcionamento intelectual, sobre as características da personalidade, sobre a aptidão para desempenhar uma ou um conjunto de tarefas, entre outras possibilidades.

Dentre os principais instrumentos utilizados em um processo de avaliação psicológica estão os testes psicológicos, a entrevista nas suas diferentes modalidades e a observação (Mäder, 2016).

A este propósito, Hutz (2015), alerta para o facto de ser habitual considerar-se que a aplicação de testes psicológicos e a avaliação psicológica são sinónimos. A seu ver, a aplicação de testes é parte (e nem sempre ou não necessariamente) da avaliação psicológica. Embora uma avaliação psicológica possa ser feita, em certos casos específicos, usando apenas testes psicológicos, essa não é a regra. Não obstante, os testes psicológicos representam uma contribuição fundamental para a área da avaliação psicológica dado que permitem o diagnóstico e a intervenção em diferentes contextos, sendo utilizado em nível universal para todas as faixas etárias (Wechsler et al., 2019).

Com o intuito de compreender a situação atual do uso de testes psicológicos em Portugal, foi realizado em 2019 um questionário online sobre práticas, atitudes e problemas identificados no uso de testes. Após análise dos resultados foi possível concluir que a generalidade dos psicólogos portugueses que participaram no estudo (cerca de 90%) utiliza habitualmente testes ou questionários psicológicos na sua prática (Seabra-Santos et al., 2019).

De acordo com a *International Tests Commission* (ITC, 2003), a qual estabelece as diretrizes internacionais para a utilização de testes, estes constituem uma das técnicas mais utilizadas pelos psicólogos no exercício da sua profissão. Porém, tal como acontece com as técnicas usadas no âmbito de outras áreas científicas, os testes podem ser utilizados de forma adequada ou inadequada, pelo que, várias organizações nacionais e internacionais têm vindo a trabalhar

no desenvolvimento de normas, princípios e/ou diretrizes que permitam regular e otimizar as atividades científicas e as práticas do avaliador (Fernandez-Ballesteros et al., 2001).

O principal objetivo das diretrizes formuladas pela ITC (2003), é contribuir para uma melhor utilização dos testes, descrevendo a forma mais adequada de os utilizar. Estas diretrizes pretendem igualmente constituir um conjunto de princípios subjacentes à identificação das competências necessárias aos utilizadores de testes (conhecimentos, capacidades, aptidões e outras características pessoais) e ao estabelecimento de critérios de exigência para avaliação de potenciais utilizadores de testes.

Segundo as diretrizes da ITC (2003), em termos de responsabilidades os utilizadores competentes devem: atuar de forma ética e profissional; assegurar-se da sua competência para a utilização de testes; responsabilizar-se pela utilização dos testes e pela respetiva recomendação; garantir que os materiais de teste se encontram em segurança e controlar o acesso aos mesmos; assegurar a confidencialidade dos resultados obtidos nos testes.

Os utilizadores devem ainda assegurar-se da pertinência da utilização de testes numa situação de avaliação; selecionar testes tecnicamente válidos e adequados a cada situação; ter em mente as disposições existentes em matéria de imparcialidade na utilização de testes; preparar e aplicar os testes adequadamente; cotar, analisar e interpretar os resultados do teste com rigor; comunicar os resultados de forma clara e rigorosa; estar atento a possíveis alterações nos testes de modo a garantir a sua validade e fidelidade (ITC, 2003).

Durante o estágio, a participação nos processos de avaliação psicológica e neurológica, foram numa primeira fase meramente observacionais. Nesta fase, foi possível observar a aplicação de diferentes tipos de instrumentos de avaliação por parte da equipa de psicólogas. Simultaneamente, foi também facultado o acesso aos diferentes instrumentos de avaliação disponíveis na empresa, de modo a que me pudesse inteirar sobre os objetivos e procedimentos dos mesmos.

Numa segunda fase, procedeu-se a avaliações psicológicas sob a supervisão da psicóloga orientadora do estágio. Após esta fase, deu-se início à fase de avaliação psicológica e neurológica de forma autónoma.

Após a aplicação dos testes, procedia-se à cotação e interpretação dos mesmos e os resultados eram entregues às psicólogas para elaboração do respetivo relatório clínico.

Durante o período de estágio foi possível realizar várias avaliações, utilizando diferentes instrumentos, nomeadamente: *Mini-Mental State Examination* (MMSE), Escala de Montreal (MoCA), Figura Complexa de Rey, para avaliação cognitiva e rastreamento de quadros

demenciais; Inventário de Depressão de Beck (BDI) e Inventário de ansiedade de Beck (BAI) para avaliação da psicopatologia e da personalidade.

Iremos em seguida descrever cada um destes instrumentos em maior pormenor:

Mini-Mental State Examination (MMSE)

O *Mini-Mental State Examination* (MMSE), elaborado por Folstein et al (1975), trata-se do instrumento de rastreio cognitivo breve mais utilizado em contexto clínico e de investigação, o mais amplamente validado para diversas populações e o mais referenciado na literatura (Freitas et al. 2014). Podendo ser usado isoladamente ou incorporado a instrumentos mais amplos, o MMSE permite a avaliação da função cognitiva e rastreamento de quadros demenciais (Lourenço & Veras, 2006).

Para Santana et al. (2016), o MMSE, trata-se de um teste simples que pode ser aplicado em 5-10 minutos usando lápis/papel. O teste é constituído por 30 questões (pontuadas com valor 0 - quando o indivíduo não responde ou dá uma resposta incorreta ou 1 - quando o examinado fornece uma resposta correta) organizadas em seis domínios cognitivos: Orientação – 5 itens de orientação temporal e 5 de orientação espacial; Retenção – repetição de 3 palavras ('Pêra, Gato, Bola'); Atenção e Cálculo – série de 5 subtrações de 3 iniciando-se no número trinta; Evocação – o examinando tem de evocar espontaneamente as três palavras retidas; Linguagem – inclui dois itens de Nomeação (Lápis e Relógio), um de Repetição de uma frase ('O rato roeu a rolha'), um de Compreensão de ordem verbal com três passos (Pegar numa folha com a mão direita, dobrar ao meio e colocar num local a designar), um de Compreensão de ordem escrita ('Feche os olhos'), um de Escrita espontânea - uma frase com sentido e gramaticalmente correta; Capacidade Construtiva (cópia de dois pentágonos intersectados por dois ângulos). O teste permite obter uma pontuação máxima de 30 pontos, sendo que as pontuações mais elevadas indicam melhores desempenhos.

De acordo com a literatura, o desempenho neste teste é influenciado por diversas variáveis demográficas, destacando-se a escolaridade e, em alguns estudos, a idade. Em Portugal, os primeiros estudos de adaptação transcultural, normalização e validação foram realizados por Guerreiro e colaboradores na década de 90, e definiram-se valores de corte diferenciados de acordo com a literacia (15 pontos em indivíduos analfabetos; 22 para 1 - 11 anos; 27 para > 11 anos) (Santana et al., 2016).

Entre as limitações apontadas ao MMSE na literatura, encontra-se ainda: a baixa sensibilidade de deteção de estádios de declínio cognitivo mais ligeiros; a reduzida

complexidade de algumas das tarefas abrangidas na prova, podendo influenciar o desempenho, sobretudo nos indivíduos com escolaridade mais elevada; a relativa incapacidade para diferenciar distintas condições clínicas; e, finalmente, a ausência de tarefas para a avaliação das funções executivas, o que compromete a sua sensibilidade na identificação de condições clínicas como a demência frontotemporal (DFT) ou o défice cognitivo de origem vascular (Freitas et al. 2014).

Escala de Montreal (MoCA):

O *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA) é um instrumento de rastreio cognitivo mais sensível que o *Mini-Mental State Examination* (MMSE) aos estádios mais ligeiros de declínio, nomeadamente ao défice cognitivo ligeiro (DCL), que frequentemente progride para demência (Freitas et al, 2010; Zeltzer & Marvin, 2011).

Para Freitas et al., (2010) o MoCA representa um método rápido, prático e eficaz na distinção entre desempenhos de adultos com envelhecimento cognitivo normal e adultos com défice cognitivo, para além de se mostrar útil na avaliação de estádios intermédios de défice cognitivo, nomeadamente do défice cognitivo ligeiro (DCL) e da Doença de Alzheimer ligeira e moderada.

Koski et al. (2009, citados por Freitas et al, 2010) referem que o MoCA pode, ainda, fornecer uma estimativa quantitativa da capacidade cognitiva, e não apenas qualitativa (no sentido de identificar um desempenho normal ou a presença de défice), ampliando e potenciando deste modo a sua utilidade para monitorizar a magnitude das alterações das capacidades cognitivas associadas à evolução da patologia ou resultantes de estratégias de intervenção. O MoCA é uma ferramenta neuropsicológica que requer aproximadamente 10 a 15 minutos para avaliar os seguintes domínios cognitivos: atenção e concentração, função executiva, memória, linguagem, capacidade visuoespacial, raciocínio abstrato, cálculo e orientação (Cesar et al, 2019; Cecato et al, 2014; Freitas et al, 2014).

As funções executivas são avaliadas através de uma tarefa adaptada do *Trail Making Test* (1 ponto) e de dois exercícios de análise de semelhanças para a avaliação da capacidade de abstração (2 pontos). A capacidade construtiva é avaliada através da cópia do cubo (1 ponto) e do desenho do relógio (3 pontos). A memória a curto prazo é aferida através da aprendizagem de uma lista de 5 palavras, em dois ensaios não pontuáveis, com subsequente evocação diferida após 5 minutos (5 pontos). A atenção, concentração e memória de trabalho são analisadas através da repetição de uma sequência numérica em sentido direto (1 ponto) e em sentido

inverso (1 ponto), de uma tarefa de cancelamento (1 ponto), e ainda de uma tarefa de subtração em série (3 pontos). A nomeação de três animais pouco familiares (3 pontos), a repetição de duas frases sintaticamente complexas (2 pontos) e a prova de fluência verbal fonémica (1 ponto) contribuem para a mensuração das aptidões de linguagem. Por fim, quatro itens de orientação no tempo e dois itens de orientação no espaço compõem o domínio da orientação temporal e espacial (6 pontos) (Freitas et al, 2014).

Em termos de cotação, deve adicionar-se um ponto para um indivíduo que tenha 12 anos ou menos de educação formal, para um possível máximo de 30 pontos. Uma pontuação igual ou superior a 26 é considerada normal (Cesar et al, 2019; Cecato et al, 2014) Uma pontuação final total inferior a 26 é indicativa de uma ligeira deficiência cognitiva (Zeltzer & Marvin, 2011). Recentemente, Nasreddine e colaboradores desenvolveram duas versões alternativas do MoCA (versão 7.2 e 7.3). O intuito destas versões é diminuir os possíveis efeitos de aprendizagem resultantes da administração repetida da prova. Esta mais valia é fundamental em contexto clínico, não só pela necessidade de controlo frequente da evolução das manifestações cognitivas, mas também pelo seu contributo para a investigação de novas terapêuticas (Freitas et al, 2014). Embora tenha sido originalmente desenvolvido para a avaliação cognitiva global, a sua precisão na identificação do declínio cognitivo mais ligeiro contribuíram para o uso cada vez mais generalizado do MoCA, e para a multiplicação e o alargamento dos estudos de validação a outras condições clínicas, nomeadamente: Défice Cognitivo Vascular e outras condições clínicas cerebrovasculares; Doença de *Parkinson*; Doença de *Huntington*; perturbações do sono; população oncológica; HIV; perturbações de abuso de substâncias; e défice visual (Freitas et al, 2014).

Figura Complexa de Rey

A Figura Complexa de Rey (FCR), pode ser designada por *Rey-Osterrieth Complex Figure Test* (ROCF), *Complex Figure Test* (CFT) e *Rey Figure* (RF) (Strauss et al., 2006).

Desenvolvido por André Rey em 1942 e padronizado por Paul Osterrieth em 1945, a Figura Complexa de Rey, é um dos testes neuropsicológicos mais usados e corroborados na área da neuropsicologia (Jamus & Mäder, 2005; Cruz et al, 2011). A razão para tal, está relacionada com o facto de o teste permitir avaliar um conjunto diversificado de processos cognitivos tais como, a memória visual e episódica, as capacidades motoras, visuoespaciais e construtivas e ainda aspetos do funcionamento executivo como, o planeamento, a organização e a resolução

de problemas (Strauss et al., 2006; Foss et al, 2010, Jamus & Mäder, 2005; Cruz et al, 2011; Espirito-Santo et al, 2015).

As FCR dispõem de duas formas. A forma "A" da figura é dirigida à avaliação de pessoas com idade entre os 5 e os 88 anos. A forma "B" pode ser empregue na avaliação de crianças mais pequenas, com idade entre os 4 e os 7 anos. O teste é constituído por uma figura geométrica complexa e abstrata. O objetivo do autor foi desenvolver uma figura geométrica sem significação evidente, de realização gráfica fácil, e com uma estrutura de conjunto complicada com o objetivo de solicitar uma atividade preceptiva analítica e organizadora (Rey, 1999 citado por Cruz et al, 2011).

A aplicação da FCR engloba duas partes. Inicialmente solicita-se que o paciente reproduza a cópia da figura, numa folha branca na posição horizontal e depois, sem aviso prévio, é solicitado ao mesmo que a reproduza de memória. O intervalo entre essas duas partes do processo de aplicação varia de acordo com o interesse de investigação do aplicador, porém não deve exceder 3 minutos (Rey, 1999 citado por Cruz et al, 2011).

Alguns autores sugerem que o examinando utilize alternadamente lápis coloridos, durante a cópia, e que o examinador solicite a troca de lápis de acordo com a sequência dos elementos copiados. O objetivo dessa troca de lápis é avaliar o desenvolvimento da estratégia de cópia do examinando (Jamus & Mäder, 2005).

A figura compõe-se de 18 itens, os quais juntos formam o todo da figura, sendo pontuada de 0 a 36 pontos, que variam de acordo com a precisão e o bom posicionamento de cada item da figura tanto na memória quanto na cópia (Rey, 1999 citado por Cruz et al, 2011). Na forma A, a pontuação para cada elemento varia entre 0, 0,5, 1 ou 2, consoante a presença e exatidão dos elementos da figura. Na forma B, aplicada às crianças mais pequenas cota-se através dos elementos existentes, posição dos elementos, tamanho dos elementos (proporcionalidade) e sobreposição dos vários elementos. Existe uma folha de cotação para ambas as formas desta prova.

Cabe ainda salientar que, segundo Espirito-Santo et al. (2015), as pontuações obtidas na FCR sofrem a influência de variáveis sociodemográficas, neuropsicológicas e emocionais, as quais devem ser tidas em consideração quando se considera o uso deste teste.

Inventário de Depressão de Beck:

A primeira versão do inventário de Depressão de Beck (BDI) foi desenvolvida por Beck, Ward, Mendelson, Moch e Erbaugh em 1961, como sendo uma escala de autorrelato, composta

por 21 itens, destinada a avaliar a intensidade dos sintomas depressivos (Beck et al. 1961). Os itens do inventário derivam de observações clínicas de pacientes depressivos em sessões de psicoterapia as quais permitiram a sumarização de atitudes e sintomas típicos da síndrome depressiva, agrupando-se nas seguintes categorias: humor depressivo, pessimismo, sentimento de fracasso, anedonia, sentimentos de culpa, sentimento de punição, autodepreciação, auto-acusação, ideação suicida, choro fácil, irritabilidade, isolamento social, indecisão, mudança da imagem corporal, dificuldade no trabalho, insônia, fatigabilidade, perda de apetite, perda de peso, preocupação somática e perda de libido. Cada uma destas categorias referentes aos sintomas ou atitudes de depressão, possuía 5 ou 4 opções de respostas as quais foram elaboradas de modo a refletir o seu grau de severidade, desde o neutro até à máxima severidade. Sendo que cada item poderia ser avaliado numa escala que ia do zero (sintoma ausente) ao três (sintomas graves) em termos de severidade (Beck et al., 1961).

O BDI-II foi revisto por Beck, et al. em 1996, com o objetivo de ser mais consistente com os critérios de diagnóstico para as perturbações depressivas fornecidas pelo Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais – 4ª Edição (DSM-IV) (Arnau, et al. 2001; Argimon et al, 2016; Paranhos et al. 2010; Gandini et al, 2007; Anunciação et al, 2019). Porém o objetivo do instrumento mantém-se o mesmo, medir a intensidade da depressão, tanto em pacientes psiquiátricos como em sujeitos da população geral (Argimon et al, 2016; Paranhos et al. 2010; Gandini et al, 2007; Anunciação et al, 2019; Bos et al, 2008).

O BDI-II foi desenvolvido para ser administrado em adolescentes e adultos e, por isso, pode ser usado por qualquer pessoa com mais de 13 anos de idade (Argimon et al, 2016). Sendo considerada uma ferramenta importante no diagnóstico, no prognóstico e na evolução da sintomatologia dos pacientes, bem como na uniformização da comunicação entre profissionais (Silva et al, 2018), o BDI-II já foi adaptado para diversos idiomas e validado em diferentes países (Jackson-Koku, 2016; Anunciação et al, 2019). O BDI-II, foi adaptado à população portuguesa por Campos & Gonçalves (2011).

O instrumento revisto inclui modificações em 17 respostas, incluindo opções para aumentos e diminuições do apetite, peso e sono. Além disso, quatro itens foram abandonados (alteração da imagem corporal, dificuldade de trabalho, perda de peso e preocupação somática) e substituídos por quatro novos itens (agitação, inutilidade, perda de energia e dificuldade de concentração). A resposta temporal para as respostas foi também aumentada de uma semana para duas semanas para ser consistente com o critério temporal do DSM-IV (Arnau, et al. 2001).

Em relação à estrutura dimensional, o BDI-II foi investigado em vários estudos utilizando a análise de fatores. Este método permite identificar fatores que podem representar dimensões ou conceitos de um sistema conceptual mais amplo.

Em amostras clínicas, após análise dos componentes principais, gerados pela validade fatorial, chegou-se a dois fatores: fatores somático-afetivos (fator 1) e fatores cognitivos (fator 2). Em amostras não-clínicas (adolescentes), os itens agrupados em cada um dos fatores difere ligeiramente do modelo acima mencionado, não obstante os pesquisadores também se depararam com dois fatores, denominados cognitivo afetivo (fator 1) e somático (fator 2) (Bos et al, 2008; Paranhos, 2010). A estrutura bidimensional do BDI, com um fator que abrange uma dimensão cognitiva e outro, uma dimensão somática é a mais usual encontrada na literatura, apesar da ocorrência de resultados entre um e sete fatores (Gandini et al. 2007).

O BDI-II, requer cerca de 5 a 10 minutos para ser preenchido. O questionário é geralmente autoadministrado, embora tenha sido inicialmente concebido para ser administrado por entrevistadores formados. A instrução que é dada aos indivíduos é a de que vão responder a um questionário composto por grupos de afirmações que descrevem comportamentos e sentimentos, e que deverão escolher, em cada grupo, a frase que melhor descreve o que têm sentido nas últimas duas semanas, incluindo o próprio dia. Para tal, devem desenhar um círculo em torno do número ao lado da afirmação selecionada. Se escolherem dentro de cada grupo várias afirmações, devem fazer um círculo em cada uma delas. Devem ainda certificar-se de que leram todas as afirmações de cada grupo antes de fazer a sua escolha.

No que diz respeito às normas de correção, a cotação do BDI-II é feita somando as cotações dos 21 itens, em que cada um deles é cotado numa escala de quatro pontos que vai do zero ao três (se num grupo de frases for selecionada mais do que uma frase, cota-se apenas a que tiver cotação mais elevada). Neste contexto, a pontuação mínima do BDI-II é de 0 e a máxima é de 63 (Bos et al, 2008; Jackson-Koku, 2016). Em relação aos pontos de corte, consideram-se valores entre 0 e 13 como “depressão mínima” ou “ausência de depressão”, valores entre 14 e 19 como “depressão leve”, valores entre 20 e 28 como “depressão moderada” e valores acima de 28 como “depressão severa” (Anuniação et al. 2019; Jackson-Koku, 2016).

Por fim, importa referir que o BDI-II foi desenvolvido como um indicador da severidade da depressão, e não como um instrumento para especificar um diagnóstico clínico (Ippen & Wong, 2014).

Inventário de Ansiedade de Beck - *Beck Anxiety Inventory* (BAI):

Desenvolvido por Beck e colaboradores em 1998 e traduzido, aferido e adaptado para a população portuguesa, por Gouveia e Fonseca em 1995, o Inventário de Ansiedade de Beck é uma escala de autorrelato que se destina a avaliar a intensidade dos sintomas de ansiedade, em adultos e adolescentes (Karino & Laros, 2014; Langaro & Benetti; 2014). O BAI foi ainda concebido para diferenciar os sintomas cognitivos, emocionais e fisiológicos em indivíduos com ansiedade e depressão. A fim de alcançar esse objetivo, os autores incorporaram itens específicos aos sintomas fisiológicos e cognitivos da ansiedade independentes dos sintomas da depressão, minimizando assim a sobreposição com a depressão (Beurs, et al., 1997; Karino & Laros, 2014; Leyfer et al., 2006).

Para além da discriminação entre os sintomas de ansiedade e depressão, Cunha (2001, citado por Bernardino, 2013), refere ainda outros usos do BAI, tais como: pode ser usado para avaliar e estabelecer um nível de ansiedade de linha de base, servindo como auxiliar no diagnóstico; para detetar a eficácia de tratamento à medida que progride, e neste contexto, como uma medida do resultado de pós-tratamento. Trata-se de uma escala composta por 21 itens, que são declarações descritivas dos sintomas de ansiedade que os participantes têm de avaliar com referência a si próprios, numa escala de *Likert* de 4 pontos (de 0 a 3), na seguinte correspondência: “Nunca” (0 pontos); “Ocasionalmente” (1); “Frequentemente” (2); “Quase sempre” (3). (Baptista & Carneiro, 2011; Quintão et al, 2013).

A cotação desta escala é obtida com base na soma das classificações atribuídas a todos os 21 itens, sendo a pontuação máxima 63 pontos. A interpretação dos resultados tem por base as seguintes classificações: de 0 a 7 – “Grau mínimo de ansiedade”; de 8 a 15 – “Ansiedade leve”; de 16 a 25 – “Ansiedade moderada”; e de 26 a 63 – “Ansiedade grave” (Baptista & Carneiro, 2011).

Foram realizadas análises fatoriais com resultados que vão de dois a quatro fatores, porém, o BAI é geralmente tratado como unidimensional sempre que é calculada uma pontuação total (Quintão, et al., 2013).

O BAI é um instrumento de rápida e fácil administração, sendo que pode ser concluído em 5 -10 minutos, utilizando o formulário de papel pré-impresso e um lápis.

O inventário da ansiedade Beck, é uma das escalas de classificação clínica mais utilizadas. Estudos realizados demonstraram a sua consistência e fiabilidade em amostras psiquiátricas, clínicas e não-clínicas (Quintão et al., 2013; Baptista & Carneiro, 2011). Tomando o DSM-IV como padrão, a validade do conteúdo do BAI é apropriada porque os seus itens cobrem 45%

dos critérios sintomáticos específicos das perturbações de ansiedade e 78% dos sintomas de ataques de pânico. (Quintão et al., 2013).

Porém, é importante realçar que os testes psicológicos utilizados foram apenas ferramentas, meios auxiliares de diagnóstico, porque cada pessoa é única e existem uma multiplicidade de fatores que interferem na sua vida pessoal que não são quantificáveis, nomeadamente a nível afetivo e relacional. Neste contexto, para realizar avaliações psicológicas recorreu-se também a observação e à entrevista, por forma a permitir avaliar a pessoa na sua globalidade.

1.2.6. Acompanhamento psicológico

O acompanhamento psicológico de dois casos clínicos estava previsto para abril 2020. Porém, na sequência do surto pandémico do SARS-CoV-2 e devido à necessidade de assegurar a segurança e o bem-estar dos pacientes a presença de estagiários nas consultas foi interdita na segunda semana de março. Não obstante, no decorrer do estágio foi possível, mediante consentimento informado, observar várias consultas psicológicas realizadas pela psicóloga orientadora do estágio na empresa.

A presença nestas consultas permitiu: desenvolver conhecimentos acerca dos fundamentos e pressupostos da intervenção psicológica; ter contacto com diferentes modelos teóricos, nomeadamente, o modelo cognitivo comportamental; refletir sobre questões éticas e valores culturais implicados na prática da intervenção psicológica; bem como fortalecer diferentes competências, ao nível da observação, da avaliação e das entrevistas clínicas.

De acordo com Fernandez e Pedinielli (2006), a entrevista clínica pode ser utilizada em diferentes contextos e para diferentes fins: diagnóstico, terapêutico, investigação, sendo um dos instrumentos mais importantes de que o psicólogo dispõe. Segundo os autores, a entrevista clínica é por norma, a técnica de eleição para aceder a informação subjetiva (história de vida, representações, sentimentos, emoções, experiência) uma vez que permite retratar a singularidade e complexidade de um sujeito.

Tavares (2000), define entrevista clínica como sendo um conjunto de técnicas de investigação, de tempo delimitado, dirigido por um entrevistador treinado, que utiliza conhecimentos psicológicos, em uma relação profissional, com o objetivo de descrever e avaliar aspetos pessoais, relacionais ou sistêmicos (indivíduo, casal, família, rede social), em um processo que visa a fazer recomendações, encaminhamentos ou propor algum tipo de intervenção em benefício das pessoas entrevistadas.

Ainda a este propósito, Leal (2010) considera que a designação de entrevistas clínicas, deve reservar-se apenas para as entrevistas psicológicas que estejam rigorosamente assentes num quadro teórico de referências que, privilegiando as técnicas que dele decorrem, produzem uma avaliação do sujeito com o único objetivo de proporem um trabalho que sirva as necessidades do sujeito e que se traduz habitualmente em propostas terapêuticas ou psicoterapêuticas.

No caso específico do estágio, o quadro teórico de referência utilizado pelo departamento de psicologia é o modelo cognitivo-comportamental. Neste contexto, as intervenções psicológicas desenvolvidas tiveram por base este modelo.

A este respeito, Rosenzweig (1936, 2002), Ahn e Wampold (2001) e Luborsky et al. (2002) citados por Ribeiro (2010) ressaltam que os resultados da terapia se devem muito pouco a diferenças no tipo ou modelo de intervenção psicoterapêutica, quando comparados com os resultados que se devem a fatores comuns, de que é exemplo, a relação terapêutica.

Para Faria et al. (2020), a relação terapêutica não é espontânea, não é natural nem inata, pelo contrário é uma relação construída e dependente de vários fatores, a maioria dos quais pode ser facilitada pela forma de estar e de ser do psicólogo, através das suas atitudes (como a compreensão empática, o cuidado incondicional positivo e a congruência), das técnicas adotadas (como a escuta ativa), e do *setting* terapêutico (ambiente de segurança e confiança) que proporciona ao cliente, motivo pelo qual o psicólogo não deve negligenciar o seu desenvolvimento pessoal e profissional.

Ribeiro (2010), refere ainda que na tentativa de conceitualizar a relação terapêutica, os estudos conduziram a outros conceitos relacionais específicos com especial ênfase sobre a aliança terapêutica. A aliança terapêutica pode ser definida como a qualidade da interação desenvolvida entre terapeuta e cliente, no âmbito do processo terapêutico. (Ribeiro, 2019).

O conceito transteórico de aliança terapêutica proposto por Bordin (1979) citado por Ribeiro (2019) realça a natureza colaborativa da interação entre terapeuta e cliente, subentendendo a interdependência entre a técnica específica de cada modelo terapêutico e a capacidade do cliente para confiar e acreditar na capacidade do terapeuta para o ajudar, em momentos específicos.

De acordo com Safran et al. (2009) e Norcross (2002) citados por Faria et al (2020), a aliança terapêutica é um dos fatores mais importantes para o estabelecimento da relação terapêutica e da mudança psicoterapêutica.

Face ao exposto, e considerando que os objetivos da intervenção clínica em psicologia são, facilitar uma mudança comportamental adequada e ajudar os indivíduos a enfrentar as exigências específicas que se lhes deparam, quer como resultado da doença, quer como

resultado do seu tratamento (Teixeira, 2004), todas as intervenções desenvolvidas durante o estágio assentaram na criação e manutenção de uma aliança terapêutica.

Apesar de ter sido possível observar várias consultas psicológicas, apenas se conseguiu acompanhar de início dois casos clínicos, nos quais se realizou avaliação psicológica. Como referido, esta limitação ficou a dever-se às circunstâncias pandémicas que levaram inibição de estagiários nas consultas e ao final antecipado do estágio.

1.3. Apresentação e discussão dos casos clínicos observados durante o estágio

Ambas as intervenções psicológicas tiveram por base o modelo cognitivo-comportamental, o qual se baseia na premissa de que a inter-relação entre cognição, emoção e comportamento está implicada no funcionamento normal do ser humano e, em especial, na psicopatologia (Knapp, 2004).

O princípio fundamental deste quadro teórico é que a maneira como os indivíduos percebem e processam a realidade influenciará a maneira como eles se sentem e se comportam. Desta forma, o objetivo terapêutico da TC, consiste em reestruturar e corrigir esses pensamentos distorcidos e colaborativamente desenvolver soluções pragmáticas para produzir mudança e permitir a construção de esquemas cognitivos mais funcionais (Knapp & Beck, 2008).

Ao longo das consultas, utilizou-se uma abordagem colaborativa e psicoeducativa, com o intuito de ensinar as pacientes a: 1) monitorizar e identificar pensamentos automáticos; 2) reconhecer as relações entre cognição, afeto e comportamento; 3) testar a validade de pensamentos automáticos e crenças nucleares; 4) corrigir conceptualizações tendenciosas, substituindo pensamentos distorcidos por cognições alternativas mais realistas; e 5) identificar e alterar crenças, pressupostos ou esquemas subjacentes a padrões disfuncionais de pensamento. (Knapp & Beck, 2008)

Adicionalmente, e tendo em vista o sucesso terapêutico, procurou-se também estabelecer em ambos os casos clínicos uma forte aliança terapêutica². A aliança terapêutica tem sido considerada um importante preditor de resultados terapêuticos, independentemente da linha teórica seguida (Horvath & Luborsky, 1993, Peuker et al., 2009). Por ser um conceito universal

² Segundo Bordin (1979), a aliança terapêutica é uma relação de colaboração mútua, marcada por concordâncias entre terapeuta e cliente e norteada por três componentes fundamentais: objetivos, tarefas e vínculo. Os objetivos dizem respeito ao consenso sobre expectativas de resultados de curto e longo prazo entre terapeuta e cliente. As tarefas podem ser descritas como acordos ou consensos entre terapeuta e cliente no que diz respeito ao que deve ser feito na terapia e como atividades diversas na terapia contribuirão para a resolução do problema do cliente. Já o vínculo está associado à ligação afetiva entre terapeuta e cliente.

presente nas mais diversas teorias, tornou-se um meio para avaliar a qualidade, a evolução e o desfecho de distintas modalidades de tratamentos psicoterápicos (Horvath & Luborsky, 1993). Horvath (2000), citado por Singulane e Sartes (2017) refere que para a abordagem cognitivo-comportamental o estabelecimento de uma aliança entre terapeuta e cliente é fundamental, pois propicia um ambiente de segurança e confiança, condições necessárias para aprender, implementar e praticar as técnicas trabalhadas nesta modalidade de psicoterapia.

Todas as sessões foram realizadas num *setting* reservado (gabinete bem cuidado, com mobiliário adequado), com luminosidade adequada, temperatura amena, sonoramente isolado e confortável, por forma a transmitir às pacientes um sentimento de conforto e segurança e garantir as condições de confidencialidade e sigilo.

Antes de iniciar as sessões foi obtido o consentimento informado das pacientes e foi cuidadosamente explicado às mesmas que as informações partilhadas seriam confidenciais por questões éticas e deontológicas. Com este propósito, em mente o nome das pacientes foi substituído por iniciais fictícias, nomeadamente “S.” e “M.”.

1.3.1. Caso Clínico da “S.”

A primeira consulta de S. teve lugar em dezembro de 2019, porém em virtude do surto pandémico de COVID-19, a cliente interrompeu as consultas no início de março de 2020.

Neste contexto foram realizadas apenas 6 consultas, com periodicidade semanal e com a duração de 50 minutos, sendo que S., faltou a outras duas consultas que tinha agendadas, uma por ser o seu aniversário e a outra por motivos de doença, indicando estar com muitas dores de cabeça.

Identificação

S. é uma jovem caucasiana, do género feminino, de 28 anos. É filha única, solteira e vive sozinha no concelho de Sintra. É licenciada mas encontra-se desempregada há 3 anos. Ao nível da aparência física, S., tem uma estrutura baixa e robusta. Possui uma apresentação adequada e cuidada (pinta o cabelo e as unhas) e uma postura corporal normal. Tem um discurso fluente e bem articulado, um tom de voz adequado, e embora revele alguma timidez não demonstra dificuldade em manter contato visual.

Motivo do pedido

O pedido da consulta surgiu relacionado com sintomas de depressão. S. refere que já tinha pensado em procurar a ajuda de um psicólogo, porém foi a mãe quem marcou a consulta e a “obrigou” a ir, por ter medo que S. pusesse termo à vida. De acordo com S. tal nunca seria possível, “Isso nunca aconteceria. Não seria capaz. É verdade que muitas vezes digo que seria melhor não ter nascido e que preferia morrer, mas não sou capaz de o fazer. Os meus pais não me perdoariam”.

Aceitou ir à consulta porque reconhece que tem um problema, sente-se “sempre triste, cansada e sem vontade de não fazer nada”, o que a está a afetar em termos pessoais e profissionais. Está farta que a vejam como uma “coitadinha”. S. apresentou-se em todas as consultas acompanhada pela mãe, embora esta não tenha estado presente nas mesmas.

Avaliação Psicológica

Considerando a sintomatologia e as queixas apresentadas pela paciente, para realizar a sua avaliação psicológica, optou-se por se proceder à observação livre e à realização de uma entrevista clínica semiestruturada a qual deu origem à história clínica e a uma anamnese biográfica. A entrevista, ocorreu ao longo das três primeiras sessões e foi fundamental para obter informações relevantes sobre a sua história prévia e atual, bem como para aprofundar o conhecimento sobre as queixas e as dificuldades apresentadas.

Com o intuito de avaliar a severidade e a intensidade dos episódios depressivos de S., na quarta sessão procedeu-se ainda à aplicação do Inventário de Depressão de Beck (BDI-II). Após análise do instrumento, os resultados evidenciam depressão severa, tendo a S. obtido uma pontuação de 34 pontos.

Os resultados do instrumento foram sendo validados através da sintomatologia da S. e dos seus relatos durante as sessões posteriores.

Ambos os instrumentos serviram para fundamentar a hipótese de diagnóstico de Perturbação Depressiva Major, conforme o DSM-V.

História Clínica

S. revela que embora tenha tido uma infância saudável e feliz, sem problemas de saúde a relatar, tudo mudou durante a sua adolescência, momento a partir do qual se recorda de lidar

com episódios depressivos. S. afirma que a depressão se foi agravando desde que foi viver sozinha e ficou desempregada, na medida em que acabou por ficar mais isolada.

Descreve-se como uma pessoa tímida, meiga, simpática. Refere sentir-se bastante sozinha e ter uma baixa autoestima.

Menciona que atualmente é muito raro sair até para aniversários de amigos ou família, “estou sempre preocupada com o que me vão dizer ou perguntar... se estou bonita, ou feia, gorda ou magra, se já tenho alguém?... se já arranjei trabalho?... é exaustivo”. S., tem noção de que não é saudável para ela, mas indicou que já não lhe apetece fazer nada, por vezes prefere estar sozinha com o seu cão, do que com outras pessoas, pois acredita que as pessoas estão constantemente a fazer juízos negativos sobre si e sobre a sua vida.

Revelou que se sentia triste e deprimida a maior parte do tempo tendo imensa vontade de chorar, muitas vezes sem razão aparente. S., expõe que “por vezes, não sei o que ando cá a fazer. Só sirvo para dar preocupações aos meus pais, era preferível não ter nascido”. Manifestou sentir-se muitas vezes desesperada e sem esperança, “às vezes parece que nunca vou conseguir ser feliz e que as coisas nunca vão melhorar”, “só me apetecia que acabasse tudo”, “acho que se não existisse era melhor para todos”.

Refere sentir-se sempre cansada e sem energia, não revelando interesse ou motivação em fazer alguma atividade, nem mesmo para ver televisão. A este propósito, indica “não me apetece fazer nada, a não ser comer e dormir. E quando o faço sinto-me mal e só me apetece chorar porque me sinto uma gorda e inútil”. S. afirma ainda que “sei que só depende de mim mudar, e que a culpa de estar nesta situação é só minha, mas não consigo evitar”; “não tenho forças para nada, só me apetece dormir”.

Sente-se privilegiada por não ter necessidade de trabalhar, dado que os seus pais lhe dão todo o apoio financeiro de que necessita, mas por outro lado, refere que a incomoda o facto de por essa razão, acharem que podem gerir a sua vida. Segundo S. os pais consideram ter o direito de controlar tudo o que faz e estão constantemente a dizer-lhe como deveria seguir a sua vida e a pressioná-la para ter um relacionamento.

Diz fazer um esforço para agradar os pais, mentindo-lhes por vezes sobre um possível interesse amoroso apenas para os tranquilizar e para eles pensarem que “(...) sou normal, como as outras raparigas da minha idade”.

Afirma perder a paciência e irritar-se com muita facilidade, sobretudo com os pais, os quais não merecem. S. afirma ainda que sente que está a desiludir os pais, “sou uma desilusão para eles, não tenho namorado, não tenho emprego, não tenho nada. Só lhes dou trabalho às vezes não entendo porque ainda querem saber de mim?!”

Quando questionada sobre o facto de estar há 3 anos no desemprego, S., menciona que não se sente preparada para voltar a trabalhar. Tem a sensação que “ia correr mal de certeza” na medida em que julga que já se esqueceu de tudo o que aprendeu na universidade.

Anamnese Biográfica

S. é filha única e vive sozinha, com o seu cão, o qual vê e trata como um “filho”.

Tem uma relação muito próxima com os pais, considera-se até a “menina do papá”, diz que o pai lhe faz todas as suas vontades. Refere-se ao pai como sendo um homem trabalhador e honesto. O pai tem vários negócios na área do imobiliário e a mãe é doméstica.

Afirma que a relação com a mãe tem altos e baixos. Acusa a mãe de ser mais exigente e de estar sempre a pressioná-la para sair mais, para ter um relacionamento ou para encontrar um novo emprego. Mas por outro lado, refere que é a sua única confidente e que sente que a mãe a ama e se preocupa com ela.

Os seus progenitores estão casados há quase 40 anos e a sua relação é bastante harmoniosa. S. refere-se à relação dos pais, como sendo “uma relação à antiga, raramente discutem, ela (mãe) faz tudo o que ele quer, quando ele quer.”.

Menciona que fica triste por ser filha única, gostava de ter tido irmãos, mas os seus pais não conseguiram ter mais filhos.

Nunca conheceu os avós paternos, porque morreram num acidente de carro antes de ter nascido, mas tem uma relação próxima com os avós maternos, apesar de os ver com pouca regularidade devido à distância física. Como vivem em Braga, por norma só estão juntos nas férias de verão, em alguns aniversários e no Natal.

Tem apenas dois tios e cinco primos por parte do pai, porém raramente os vê pois emigraram para a Suíça.

S. nasceu de 9 meses, sem qualquer tipo de complicações e o seu desenvolvimento decorreu sem incidentes. Na sua história médica não se registam casos de doença grave ou hospitalizações. E à exceção da artrite reumatoide, S., desconhece a existência de outras doenças na história de família.

Ficou em casa com a mãe, durante o pré-escolar e considera que isso lhe dificultou a sua socialização. Refere que nunca teve problemas ao nível do desempenho escolar, mas que sempre teve muitas dificuldades em fazer amigos. Na sua opinião, esta situação acontecia porque ela era muito tímida e estava sempre preocupada com o que os outros estariam a pensar.

A este respeito descreve-se também como sendo “demasiado chata”. S., menciona ainda que nunca teve muito jeito para desportos por isso nunca era escolhida para nada.

Refere que a altura do preparatório e do secundário foram muito complicadas para ela pois foi vítima de bullying psicológico. Alguns rapazes chamavam-na de bigodes, porco-espinho, gorda, baleia, e sempre que podiam gozavam com ela, o que fazia com que S. ficasse sempre com vontade de chorar só de pensar em ir para as aulas. Diz ter sofrido muito por ter tido muitas borbulhas e pelos faciais.

A faculdade foi um período mais feliz para si, conseguiu fazer algumas amizades as quais mantém e teve o seu primeiro e único namorado. Foi uma relação breve, mas que S. recorda com carinho.

Depois dessa relação nunca mais teve um relacionamento. Na sua opinião, vai “morrer solteira”, tal situação deve-se ao facto de ser “gorda” e não ser “particularmente bonita” e pelo facto de não ser “muito interessante”. Justifica ainda a situação argumentando que é difícil conhecer pessoas novas e que se recusa a usar a internet para esse fim. Refere, “o que tiver de ser será, mais vale sozinha que mal-acompanhada”, além disso, desvaloriza a situação dizendo que tem o cão para lhe fazer companhia.

A sua relação com o trabalho foi também conturbada, diz não ter conseguido fazer grandes amizades com as colegas, as quais acusa de serem conflituosas e de se meterem na vida dos outros. Teve também alguns problemas com o chefe o qual considerava ser demasiado crítico e agressivo. Segundo S., “nada do que fazia estava bem”, só sabia criticar. A este respeito, S. menciona “ele pôs-me a chorar uma série de vezes. Só sabia berrar. Era humilhante, fazia-me sentir um lixo, parecia que por mais que me esforçasse nunca era o suficiente”. Esteve na empresa apenas um ano e depois não lhe renovaram o contrato. A este respeito S. refere “A culpa é minha, estrago sempre tudo”.

Depois de ter sido despedida, diz que procurou outros trabalhos, mas que nada a interessou, ou aqueles de que gostou nunca a chamaram para ir a entrevista. S., sente que olham para ela como sendo, “uma falhada” e “incompetente”. Neste momento diz que nem consegue pensar em procurar um novo emprego, sente-se “exausta, desmotivada. Além disso, quem é que iria contratar alguém como eu? Acho que já me esqueci de tudo o que aprendi.”.

Quando questionada sobre o seu quotidiano e tempos livres, confessou não ter motivação nem interesse para realizar qualquer atividade. Expôs que a sua vida era um “autêntico vazio”, “não faço nada! Nada!”. Referiu ainda que embora pagasse o ginásio, não o frequentava há mais de um ano e que nem a casa limpava, sendo que os pais pagam a uma senhora para lhe ir fazer a limpeza da casa.

Reconheceu que se os pais não a obrigassem a jantar com eles, ficaria em casa todo o dia sem fazer nada “apenas a dormir e a engordar”.

Só sai de casa se for para fazer compras com a mãe ou ir ao cabeleireiro. É raro sair com os amigos, que de acordo com S., já se casaram e têm filhos e como tal, considera que já não têm tempo para ela. Vai mantendo contacto sobretudo pelas redes sociais.

Mencionou que a sua grande companhia além dos pais, era o seu cão, o qual amava profundamente e para o qual até fez uma página no Facebook e no Instagram. Quando se aprofundou a relação com o cão, S. mencionou, que o tratava como uma pessoa. Que o seu cão se sentava e comia à mesa com ela, tinha uma cama ao lado da dela e um armário só para ele com roupas para cão. Referiu que sabia que as pessoas gozavam com ela e que os próprios pais criticavam e achavam a relação que tinha com o seu cão “estranha”, mas diz “eu nem ligo”. Gosto dele e faço tudo o que for preciso por ele. Na sua opinião “os cães são melhores que as pessoas”, “o meu cão nunca me fez sentir mal, como lixo, algumas pessoas fizeram-no”.

Não fuma, não bebe álcool nem consume drogas. Mas refere que se alimenta muito mal “sei que me refugio na comida para tentar esquecer a minha vida, mas quando estou mais nervosa não consigo parar de comer e depois de comer ainda me sinto pior!”.

Síntese das sessões

Na primeira consulta, S. revelou estar um pouco tensa e nervosa, mas quando questionada sobre a possibilidade de poder ter uma estagiária a assistir às sessões, a paciente mostrou-se muito amável e atenciosa, revelando total disponibilidade de falar sobre si e sobre as suas preocupações.

No decorrer das sessões demonstrou estar triste e em sofrimento, chorando frequentemente enquanto falava sobre a história da sua vida e episódios vividos, mas muito “aberta” sincera e colaborativa, manifestando um real interesse em obter o maior proveito das sessões.

As quatro primeiras sessões foram utilizadas para desenvolver uma conceptualização cognitiva inicial da S., processo que compreende a formulação de uma hipótese de trabalho e plano de tratamento apoiados em uma avaliação minuciosa (Murta & Rocha, 2014). Pearson (1989, citado por Knapp, 2004) refere que o principal objetivo da formulação cognitiva é melhorar o resultado do tratamento, auxiliando o terapeuta e o paciente na obtenção de uma conceção mais ampla e profunda dos mecanismos cognitivos e comportamentais do paciente. A formulação cognitiva auxilia ainda o terapeuta na escolha das intervenções terapêuticas e das

tarefas a serem realizadas e contribui também para entender e lidar com potenciais problemas e fracassos no tratamento (Knapp, 2004)

Para elaborar esta conceptualização cognitiva, procurou obter-se o máximo de informação possível sobre a história de vida da paciente através da realização de uma anamnese detalhada (ex.: dados pessoais; história familiar, social, educacional, vocacional, médica e psiquiátrica; principais queixas e problemas atuais, história da doença atual e eventos desencadeantes principais).

Considerando que a S. colocava o foco nos problemas que enfrentava, procurou-se também indagar sobre os seus pontos fortes, qualidades, experiências positivas e estratégias de *coping*, com o intuito de a conduzir à mudança. Com este propósito, na segunda sessão foi solicitado à paciente que elaborasse como exercício de casa, uma lista com as atividades que a faziam sentir bem, e as atividades que a faziam sentir pior. E na terceira sessão foi solicitado a S. que preenchesse uma lista de méritos, a qual incluísse tarefas ou situações que revelassem um esforço de mudança, por exemplo, “li um livro”, “telefonei à Isabel para irmos tomar um café”.

Pretendeu-se também no decurso destas sessões iniciais determinar o grau de risco de suicídio por parte da paciente, o qual se revelou reduzido.

Na quarta sessão, foi aplicado o Inventário de Depressão de Beck (BDI), com o propósito de realizar uma avaliação da personalidade e da psicopatologia. Nessa mesma sessão, foram disponibilizados a S. os resultados da avaliação e efetuada a respetiva interpretação dos mesmos, por forma a elucidá-la sobre a sua problemática. Durante esta sessão foi solicitado a S. que elaborasse como exercício de casa uma lista de problemas que gostaria de ultrapassar e as mudanças positivas que gostaria de implementar na sua vida, de modo a que se pudesse em colaboração com a paciente definir as metas para a terapia e a prioridade de cada uma delas.

Nas sessões seguintes (5ª e 6ª sessão), a psicóloga focou-se em ajudar S. a identificar: as crenças disfuncionais específicas associadas à depressão; os seus pensamentos automáticos e distorções cognitivas mais comuns; as reações fisiológicas, emocionais e comportamentais consequentes dos seus pensamentos; quais os comportamentos desenvolvidos para enfrentar as crenças disfuncionais; e como as experiências anteriores foram contribuindo para a manutenção das suas crenças.

Cada um destes objetivos foi sendo trabalhado com S. durante as sessões, sobretudo através da descoberta guiada e do questionamento socrático, método no qual “o terapeuta vai orientando o paciente de forma que ele entenda o seu problema, explore soluções e desenvolva um plano para lidar com as dificuldades” (Knapp, 2004, p.30).

A descoberta guiada promove o envolvimento do paciente nas sessões e no processo terapêutico e diminui a possibilidade de o terapeuta impor as suas próprias ideias e conceitos. Ao adotar uma mais postura proactiva, o paciente vai aprendendo novas estratégias de entendimento para os seus problemas e desenvolvendo assim competências necessárias para lidar com problemas no futuro (J. Beck, 2013; Knapp, 2004).

Considerando que a TC é um tratamento pró-ativo em que a consolidação das mudanças ocorre pela constante monitorização de pensamentos, emoções e comportamentos e consequente modificação (Knapp, 2004), estes objetivos foram também sendo trabalhados através de exercícios de casa. Foi pedido à paciente que tentasse preencher a tabela de registo de pensamentos (J. Beck, 2013). O objetivo deste exercício era promover a reestruturação cognitiva da paciente, garantindo que S. conseguia perceber de forma mais evidente os seus padrões de pensamento e compreender melhor o quanto determinados comportamentos afetavam de forma direta as suas cognições e o seu humor permitindo-lhe adotar pontos de vistas mais realistas e adaptáveis.

De realçar que S. não procedeu à realização da tarefa da 5ª sessão, justificando que tinha tido alguma dificuldade no seu preenchimento. E na 6ª sessão preencheu a tabela apenas parcialmente.

Todas as sessões tiveram um cariz psicoeducativo no qual, se procurou não só familiarizar a paciente com o modelo cognitivo-comportamental, mas também informá-la acerca da sua perturbação.

Discussão Clínica

Para a formulação do caso de S., à luz do modelo cognitivo-comportamental utilizou-se como referencial o modelo dos 5 P's, proposto por Macneill et al., (2012) e Johnstone & Dallos, (2014). Os 5 P's, representam os títulos dos cinco elementos desta formulação, sob as quais a informação é organizada e estruturada, nomeadamente: problema apresentado; fatores precipitantes; fatores de perpetuação (manutenção); fatores de predisposição; e fatores de proteção.

No que diz respeito, ao problema apresentado, considerou-se que a sintomatologia apresentada por S. poderia preencher os critérios de diagnóstico do DSM-V, de uma Perturbação Depressiva Major. Esta hipótese de diagnóstico foi sendo fundamentada pelas informações recolhidas durante a entrevista, pelos resultados da avaliação psicológica bem como pela sintomatologia apresentada pela paciente.

S., manifestou durante um período superior a duas semanas consecutivas, sete dos nove sintomas necessários para realizar o diagnóstico de Perturbação Depressiva Major, de acordo com o DSM-V (APA, 2014).

Neste contexto, considera-se o critério 1., humor deprimido, pois S. sente-se triste e deprimida durante a maior parte do dia, quase todos dias, chorando com muita facilidade e frequência; o critério 2., diminuição clara do interesse e prazer em quase todas as atividades, dado que, S. refere não ter motivação para nada, nem para ver televisão, preferindo ficar sozinha com o seu cão; o critério 3., aumento de peso, porque de acordo com S., a comida serve como um refúgio para tentar esquecer a sua vida; o critério 4., Hipersónia, S., refere que passa grande parte do seu dia a dormir; o critério 6., Fadiga e perda de energia, S. menciona sentir-se quase sempre muito cansada, sem energia para nada; o critério 7., Sentimentos de desvalorização, S. sente que é uma desilusão para os pais e que só serve para lhes dar preocupações, chegando mesmo a descrever-se como sendo gorda e inútil; o critério 9., pensamentos de morte recorrentes, embora S. refira que não seria capaz de se suicidar sobretudo por causa dos pais, exprime por várias vezes sentimentos de desesperança, “só me apetecia que acabasse tudo”, “acho que se não existisse era melhor para todos”.

A este respeito, torna-se também importante referir, que o modelo cognitivo de Beck para a depressão pressupõe dois elementos básicos: a tríade cognitiva e as distorções cognitivas (Powell, et al. 2008).

A tríade cognitiva propõe que os sintomas de depressão podem ser explicados em termos cognitivos como interpretações tendenciosas das situações, atribuídas à ativação de representações negativas de si mesmo, do mundo pessoal e do futuro. (knapp & Beck, 2008).

De um modo geral, a visão negativa de si mesmo faz com que a pessoa tenda a percecionarse como uma sendo incapaz ou inadequada, apresentando por exemplo no caso de S., pensamentos automáticos do género “sou uma inútil”, “não sou muito interessante”, “sou gorda”. A visão negativa do mundo, pode dizer respeito a vários contextos, incluindo diversas situações, desde as atividades desempenhadas no ambiente ocupacional até às questões inerentes aos relacionamentos interpessoais que mantém, nos quais a pessoa crê que as pessoas que a rodeiam detêm uma má opinião sobre si e/ou sobre as coisas que faz (por exemplo, no caso de S.: “nada do que fazia estava bem”, “fazia-me sentir um lixo, parecia que por mais que me esforçasse nunca era o suficiente”, “nunca tive muito jeito para desportos por isso nunca era escolhida para nada”). Por último, a visão negativa está relacionado com o modo como a pessoa encara o seu futuro, corresponde tendencialmente à antecipação de um desfecho desfavorável para as situações, mais ou menos problemáticas, com que se depara na sua vida e/ou a

desesperança (por exemplo, no caso de S: “às vezes parece que nunca vou conseguir ser feliz e que as coisas nunca vão melhorar”, “só me apetecia que acabasse tudo”, “acho que se não existisse era melhor para todos”) (Powell, et al., 2008). Para Powell et al., 2008, esta forma de interpretar as situações funciona como uma espécie de propulsor de comportamentos depressivos que, por sua vez, intensificam, os sentimentos pessoais de inadequação, baixa autoestima e desesperança.

As distorções cognitivas, por sua vez, podem ser compreendidas como erros sistemáticos na percepção e no processamento de informações e ocupam um lugar central na depressão. As pessoas com depressão tendem a estruturar as suas experiências de forma absolutista e inflexível, o que resulta em erros de interpretação quanto ao desempenho pessoal e ao julgamento das situações externas (Powell et al., 2008).

No caso de S. foi possível identificar diferentes distorções cognitivas, a partir de Knapp (2004), nomeadamente: a rotulação, a qual implica colocar um rótulo rígido em si mesma, em vez de rotular a situação ou um comportamento específico “sou burra” “sou uma inútil”; a catastrofização, que consiste em pensar que o pior de uma situação irá acontecer, sem levar em consideração a possibilidade de outros desfechos “vou morrer solteira”; desqualificação do positivo, S. revela dificuldade em valorizar experiências e qualidades positivas desvalorizando-as porque não contam ou são triviais; a leitura mental, S. presume sem evidências que sabe o que os outros pensam, desconsiderando outras hipóteses possíveis, por exemplo, quando não é selecionada para um trabalho assume diretamente que se deve ao facto de a acharem “uma falhada” e “uma incompetente”; a hipergeneralização na qual S. tende a perceber num evento específico um padrão universal, por exemplo, refere que os cães são melhores que as pessoas pelo facto de ter tido más experiências interpessoais, “o meu cão nunca me fez sentir mal, como lixo, algumas pessoas fizeram-no”; e a personalização, S., assume por norma a culpa por acontecimentos negativos, negligenciando o facto de poder haver outros fatores envolvidos nos acontecimentos, por exemplo, relativamente ao seu despedimento, afirma “ a culpa foi minha, estrago sempre tudo!”.

Em relação aos fatores precipitantes, podemos considerar que o facto de ter sofrido *bullying* psicológico no início da sua adolescência pode ter sido o principal fator desencadeante da tríade cognitiva da depressão, na qual S. criou uma imagem negativa do mundo, de si própria e do futuro, como acima demonstrado. A vivência e percepção dessas experiências terão levado a S. a desenvolver crenças disfuncionais do tipo “só sirvo para dar preocupações”, “sinto-me uma gorda inútil”, “sou demasiado chata”, “estrago sempre tudo!”, “se não existisse era melhor para todos” entre outras crenças. Embora a preocupação dos investigadores em relação ao *bullying*

tenha vindo a crescer, a realidade é que, a maior parte do grupo de pessoas que trabalham nas escolas incluindo o corpo docente não encara os comportamentos como ameaça e opressão enquanto comportamentos de violência. Assim, para grande parte dos jovens que são alvo destes atos de violência, surge um sentimento de inevitabilidade, falta de esperança e alienação (Matos & Gonçalves, 2009). Com as pesquisas demonstrou-se que existe um perfil das pessoas que oprimem e das que são oprimidas. As pessoas que oprimem necessitam de ter poder e de dominar, gostam do controlo que têm sobre outros, têm um sentimento positivo quanto à violência e pouca empatia para com as suas vítimas. Por sua vez, as pessoas que são oprimidas são geralmente mais fracas, tímidas, introvertidas, cautelosas, sensíveis, quietas, com menor autoestima e com poucos amigos (Matos & Gonçalves, 2009).

Relativamente aos fatores de perpetuação da depressão, destacam-se as distorções cognitivas já referidas anteriormente e o isolamento social. Pelo facto de percecionar as situações de interação social como uma ameaça ao seu valor pessoal, o que a leva a sentir-se desadequada e inferior, S. opta por se isolar por forma a evitar uma possível avaliação por parte dos outros. Neste contexto, não se torna possível refutar as crenças nucleares disfuncionais e mal adaptativas, nem proceder à sua substituição por outras mais realistas e funcionais. O facto de viver sozinha e estar desempregada há mais de 10 anos aprofunda também o seu isolamento.

No que concerne aos fatores de predisposição, o facto de não ter convivido com outras crianças até ter entrado para a escola primária, poderá ter influenciado a sua capacidade de socialização, porém face ao número reduzido de sessões realizadas e conseqüentemente à redução de informação disponível não foi possível aferir com se haveriam outros fatores a considerar, sendo que, de acordo com S., não existe na família uma predisposição genética nem biológica para a depressão.

Os fatores de proteção, estão relacionados com um bom relacionamento familiar, caracterizado por processos interpessoais com elevada coesão, ausência de hostilidade e uma relação afetiva de apoio. S., beneficia assim de um forte apoio e suporte parental, sendo este a sua fonte de segurança, afeto, proteção e bem-estar.

Reflexão sobre o caso

O processo de acompanhamento psicológico iniciou-se com o estabelecimento de uma relação terapêutica empática e colaborativa, objetivo que foi conseguido com relativa facilidade, pois S., mostrou-se sempre disponível para colaborar com a psicóloga e em ter uma estagiária a observar.

S. revelou, no entanto, alguma resistência na elaboração dos exercícios de casa, manifestando algumas dificuldades, sobretudo, no preenchimento do auto-registo de pensamentos automáticos disfuncionais. Esta dificuldade foi sendo ultrapassada nas sessões, na medida em que, durante as consultas a tabela era preenchida em conjunto, de modo a familiarizar a paciente com a tabela. Foi também explicado a S., a importância da participação ativa da paciente e da realização dos exercícios de casa, na eficácia do processo terapêutico.

Embora a paciente tenha optado por interromper o acompanhamento, devido à pandemia de covid-19, a sua evolução estava a revelar-se satisfatória, tendo de acordo com a própria havido um decréscimo do sofrimento psicológico. Para realizar esta avaliação a psicóloga procurava aferir no início de cada sessão, o humor, os sintomas e as experiências da paciente durante a semana.

Teria sido importante que a paciente continuasse as consultas com o intuito de conseguir terminar o processo terapêutico e evitar futuras recaídas.

A continuidade da terapia teria pretendido reduzir a depressão da S., ajudando-a a reestruturar cognitivamente os seus pensamentos automáticos e crenças nucleares disfuncionais, diminuir o seu isolamento por meio da programação de atividades, construir uma autoimagem social mais realista e aumentar a sua autoestima.

Enquanto estagiária, o caso da S. permitiu não só obter uma melhor compreensão de como se manifesta a perturbação depressiva e das dificuldades que a mesma impõe, como também possibilitou desenvolver competências e encontrar ferramentas úteis para atuar em contexto de depressão.

1.3.2. Caso Clínico da “M”

A primeira consulta da M. decorreu no final de janeiro de 2020, contudo face ao surto pandémico de COVID-19, a cliente interrompeu as consultas no início de março de 2020.

M. compareceu apenas a quatro consultas, com periodicidade semanal e com a duração de 50 minutos, tendo faltado a uma consulta por motivos laborais.

Identificação

M. tem 42 anos de idade, é do sexo feminino e possui uma estatura mediana. A paciente é casada e tem 2 filhos, uma menina de 15 anos e de um menino de 13 anos. Natural e residente

em Lisboa, é licenciada, porém nunca exerceu a profissão relacionada com a sua licenciatura, trabalhando atualmente na área de seguros.

M. manifestou ao longo das sessões uma postura corporal reveladora de nervosismo e ansiedade, batendo constantemente a perna, esfregando as mãos e mordendo os lábios, contudo, manteve um discurso coerente e contacto visual adequado.

Motivo do pedido

M. aponta como principais motivos para ter recorrido a acompanhamento, a sensação constante de ansiedade e a preocupação intensa em voltar a ter ataques de pânico, os quais tiveram início quatro meses antes da consulta. M., compareceu sozinha e por iniciativa própria à consulta, referindo que se encontrava medicada com benzodiazepinas e antidepressivos, por prescrição do médico psiquiatra.

Avaliação Psicológica

Com o intuito de aprofundar o conhecimento sobre as queixas e as dificuldades apresentadas pela paciente, a avaliação psicológica da M. teve por base uma entrevista clínica semiestruturada a qual permitiu compreender melhor a sua vivência e história de vida em diferentes contextos: contexto de desenvolvimento e saúde, história familiar e escolar e contexto social.

Com o objetivo de avaliar a severidade e a intensidade da sua ansiedade, na terceira sessão, procedeu-se também à aplicação do Inventário de Ansiedade de Beck (BAI), no qual a paciente obteve uma pontuação de 32 pontos, evidenciando ansiedade grave.

Ambos os instrumentos de avaliação, serviram para fundamentar, conforme o DSM-V, a hipótese de diagnóstico de perturbação de ansiedade generalizada com ataques de pânico.

História Clínica

M. revela que desde a sua infância se debateu com a ansiedade.

As suas primeiras lembranças de ansiedade surgem relacionadas com o período escolar, no qual se recorda de se sentir muito ansiosa e descontrolada antes dos testes “na noite antes do teste mal dormia e durante os testes estava sempre muito nervosa e com vontade de ir à casa de banho embora já tivesse ido antes de entrar”. A este propósito, refere ainda que chegava

inclusivamente a ter pesadelos com a situação, o que nem se justificava na medida em que “até era boa aluna”. Analisando este período M., relata que se recorda da sua professora da 4ª classe a castigar por ter todos os lápis e tampas de canetas mordidos. Na sua opinião, à semelhança do que fazia com as unhas, roía também os lápis e as tampas da caneta como forma de “desestressar”.

Atualmente, M. considera que a sua ansiedade se manifesta em várias alturas do seu dia, para exemplificar expõe “saio de casa e muitas vezes ainda estou a descer o lance de escadas e fico a pensar se deixei alguma coisa ligada, ou se deixei a porta de casa aberta e lá tenho que subir outra vez para ver. É ridículo! Eu sei! Mas imagino sempre um cenário em que expludo com a casa ou algo do género”. Para ilustrar o que considera ser uma inadequação da sua ansiedade M., mencionou ainda que, por razões que não consegue explicar, sempre que conduz e passa pela polícia também se sente muito ansiosa “fico cheia de calor e o meu coração bate descontroladamente, é que não tem explicação (...) às vezes costumo brincar dizendo que devo ter sido criminosa noutra vida”.

No trabalho, também vivencia uma ansiedade intensa e persistente, estando constantemente preocupada em cumprir objetivos de vendas e em executar bem as suas tarefas “sinto que não faço as coisas como devia (...) tenho muita dificuldade em concentrar-me por isso tenho que conferir os dados mais do que uma vez para garantir que estão bem introduzidos, tenho sempre a sensação de que me esqueci de qualquer coisa (...) estou sempre a pensar que vou cometer um grande erro e que me vão despedir”. Para a paciente o facto de ter objetivos de vendas a atingir é outro fator de inquietação e stress “estou sempre preocupada se vou conseguir atingir os objetivos, gostava de ter apenas que fazer o meu trabalho administrativo sem ter essa preocupação (...) como envolve vendas é um trabalho muito stressante”.

M. refere que até situações que supostamente deveriam ser de lazer, como por exemplo, acompanhar os filhos nos fins-de-semana nos seus desportos, são para ela momentos de enorme ansiedade “estou sempre ansiosa que os jogos deles acabem, porque durante os jogos fico muito tensa e com o coração muito acelerado. No fim, estou sempre gelada e a tremer dos nervos (...) tenho medo de que se aleijem ou que cometam algum erro e sofram por isso. Quero que façam desporto, pois faz-lhes bem, mas para mim não havia necessidade de haver competição aos fins de semana bastava treinarem durante a semana”.

M, expõe ainda que as “noites são outro problema (...) parece que não consigo desligar”. Referindo que tem muita dificuldade em adormecer porque fica a pensar sobre o trabalho ou outras situações que a incomodam “e quanto mais as horas passam, mais ansiosa fico pois sei que vou dormir pouco e ficar exausta”, além disso, refere que está constantemente a acordar

para ver as horas com medo de se atrasar “coloco o despertador para tocar 10 minutos antes, mas a realidade é que estou sempre a acordar com medo de ter tocado e eu não ter ouvido. De manhã tenho a sensação de que não dormi nada.”. A paciente acrescenta ainda que sente que a falta de sono prejudica o seu humor “sinto-me muito irritadiça e sem paciência (...) sinto que estou sempre a mil e que não sou capaz de relaxar (...) às vezes sinto-me tão irritada que acabo por me passar, por norma com as pessoas que me são mais próximas e depois dá-me para chorar”.

Os ataques de pânico, surgem também associados a esta altura do dia, pelo que a noite é para a paciente um momento de enorme apreensão e angústia.

De acordo com a paciente os ataques de pânico tiveram início cerca de 4 meses antes do começo da consulta de intervenção psicológica. M., recorda que o primeiro ataque de pânico ocorreu espontaneamente quando estava a dormir, acordou de repente e sentiu uma dor no peito e o coração a bater muito rápido, “senti-me muito zozza, pensei que fosse desmaiar (...) comecei a suar, a tremer e a ter muita dificuldade em respirar parecia que estava a asfíxiar (...) pensei que ia morrer, que estava a ter uma ataque cardíaco.”. Face aos sintomas que estava a sentir deslocou-se de imediato às urgências. Após a realização de análises e exames, foi-lhe diagnosticado um ataque de pânico e administrada de imediato medicação para o efeito. A paciente foi então aconselhada a consultar o seu médico de família com o intuito de prosseguir com o tratamento.

Desde o primeiro ataque de pânico, M. teve mais quatro, todos eles espontâneos e inesperados, sem um desencadeante óbvio, por essa razão, após o segundo ataque de pânico noturno que aconteceu duas noites após o primeiro, M., procurou um psiquiatra, que a ajudasse a “acabar ou controlar os ataques de pânico”.

Neste momento, a paciente encontra-se medicada com benzodiazepinas e antidepressivos com o objetivo de reduzir a ansiedade.

M., refere que desde a primeira crise, vive com apreensão e medo de voltar a ter novos ataques de pânico, sendo a principal razão que a levou a procurar apoio psicológico.

Em termos médicos, a paciente menciona que em períodos de maior stress e ansiedade, fica com manchas no corpo e com peladas no cabelo, o que lhe causa desconforto e diminui a sua autoestima. M., expõe ainda que há sensivelmente seis meses atrás numa mamografia de rotina lhe identificaram a existência de nódulos no peito direito. Considerando o tamanho dos nódulos e a sua história familiar, houve necessidade de realizar uma TAC e uma biopsia para determinar o tamanho e o tipo de tecidos presentes nos nódulos. Esta situação causou à paciente grande ansiedade “pensei logo que tinha cancro e que ia morrer como a minha avó”.

Anamnese Biográfica

A gravidez de M., foi desejada e não registou complicações. Nasceu de 9 meses, de parto normal e o seu desenvolvimento decorreu sem incidentes.

M., descreve a sua relação com os pais como sendo afetiva e de apoio. Admite que tem uma relação mais próxima com a mãe e justifica esta afirmação, expondo que por motivos de trabalho, o pai por vezes estava ausente durante semanas. Refere ainda que o seu pai sempre foi mais exigente com a sua educação e com as suas companhias e que a mãe era mais permissiva “eram uma espécie de polícia bom e polícia mau”.

A paciente tem um irmão, quatro anos mais velho com o qual tem uma relação de grande cumplicidade e amizade “somos muito amigos e por norma estamos juntos aos fins-de-semana”. De acordo com M., o facto dos seus dois sobrinhos terem uma idade próxima da dos seus filhos, incentiva estes encontros, porque os primos também querem estar juntos.

Segundo a paciente, todos os seus avós já faleceram, porém mantém uma boa relação com os tios e primos. Salienta que quando os avós estavam vivos as reuniões familiares eram mais frequentes e que agora era raro estarem todos juntos, porém, procuravam reunir-se sobretudo em ocasiões como aniversários e outras ocasiões festivas, como o natal e a páscoa.

M. não frequentou o pré-escolar, porque a sua mãe estava em casa e cuidava dela e do irmão. Em relação ao período escolar, M., refere que o mesmo nem sempre foi fácil, porque por motivos de alteração de residência, mudou cinco vezes de escola até ao 12º ano, o que implicava constantes adaptações. Apesar disso, a paciente não referiu dificuldades em fazer amizades, mencionando até que tinha amigos do tempo de escola com os quais ainda mantinha contacto.

No que diz respeito ao rendimento escolar, M., relata que o mesmo era bom, tal como o seu comportamento, sendo só “muito faladora”, daí não compreender o porquê de se sentir tão ansiosa em momentos de avaliação, os quais lhe causavam grande inquietação e desconforto ao ponto de lhe causarem insónias e pesadelos.

No que concerne a atividades extracurriculares, M., fazia natação, porém devido a otites sucessivas teve que desistir.

De acordo com a paciente, o período em que frequentou a Universidade foi também uma fase conturbada, não só devido à sua ansiedade face às avaliações escolares, mas também porque estava muito exausta devido ao trabalho em part-time que tinha arranjado para ajudar a pagar os estudos “Foi a primeira vez que tirei uma negativa, senti-me um fracasso, achei que não ia conseguir acabar o curso (...) nem tive coragem de contar aos meus pais”.

Em termos de trabalho, M., passou por vários empregos temporários para pagar a universidade. Quando terminou o curso, candidatou-se sem êxito a algumas vagas na área da sua licenciatura, o que a levou a procurar outras saídas profissionais alternativas. Por intermédio do tio, conseguiu um trabalho na área dos seguros, no qual permanece atualmente. Na opinião da M., o trabalho é em grande parte responsável pela sua ansiedade, não só pela responsabilidade das tarefas, mas também porque o mesmo implica a venda de produtos/serviços, e como nem sempre consegue atingi-los vive com o medo constante de ser despedida. A este propósito, M., faz referência ao seu elevado rigor e grau de exigência, considerando que “sou demasiado exigente com tudo e isso causa-me ansiedade, pois quero que esteja sempre tudo perfeito”.

Embora mencione que possui uma boa relação de trabalho com as colegas, M., reconhece que a relação que possui com a sua coordenadora é difícil, sendo que, considera que a mesma não gosta de si e que sempre que pode tenta prejudicá-la “é arrogante e mal-educada”. A seu ver, a sua coordenadora “não olha a meios para atingir os fins, o seu único foco são os objetivos, por isso esquecesse de que somos pessoas (...) está sempre a pressionarmos para vendermos produtos, culpando-nos quando não atingimos os objetivos para o mês, chegando mesmo a ameaçar que nos despede (...) isso causa-me muita ansiedade pois tenho muitas responsabilidades”.

M. está casada desde os 26 anos e tem dois filhos dessa relação, uma filha de 15 anos e um filho de 13 anos. A paciente descreve a relação com o marido como sendo boa e estável. M., refere-se ao marido como sendo o seu “grande apoio”.

M., admite ser muito ligada aos filhos e preocupar-se de forma muito intensa com a sua vida, quer ao nível escolar, quer ao nível da saúde, descrevendo-se como sendo uma verdadeira “mãe-galinha”.

Desabafou ainda ter pena de não realizar nenhuma atividade ou *hobbie*, contudo considera que as atividades dos filhos ocupam todos os seus tempos livres, referindo até que costuma brincar dizendo que nos seus tempos livres é “motorista dos filhos”.

Não fuma, não bebe álcool nem consume drogas.

Em termos de história médica familiar, ambos os avós de M., faleceram de ataque cardíaco fulminante. A avó materna, morreu de cancro da mama e a avó paterna faleceu devido a complicações pulmonares depois de uma operação ao fémur. Segundo M., o seu pai tem a doença de Crohn e a mãe “também luta contra a ansiedade e a depressão” muito embora se recuse a procurar ajuda dizendo que “está tudo bem.”. O marido da M. é hipertenso, estando medicado e monitorizado.

Síntese das sessões

Ao longo das sessões M., revelou uma postura tensa e ansiosa, no entanto, manteve sempre uma atitude cooperante e comunicativa, embora bastante emotiva, revelando uma enorme necessidade de expor e verbalizar a sua situação, pelo que, se procurou manter sempre uma relação de empatia e confiança na qual a paciente se sentisse confortável em partilhar a sua história, os seus receios e as suas dificuldades.

Antes de iniciar a primeira sessão, indagou-se a paciente sobre a possibilidade de ter uma estagiária a assistir às consultas e a mesma não colocou nenhuma objeção, permitindo a observação das mesmas. Procurou-se também estabelecer com a M., um contrato terapêutico informando-a sobre a estrutura, horário e duração das sessões, e esclarecendo-a sobre questões relacionadas com o sigilo e a confidencialidade.

A primeira e segunda sessão, foram utilizadas para recolher informações sobre a história de vida da paciente, as quais serviram para compreender melhor a natureza da ansiedade de M. e desenvolver uma conceitualização cognitiva inicial e respetivo plano de tratamento.

Estas duas primeiras sessões foram também dedicadas à psicoeducação, na qual se pretendeu elucidar a paciente a respeito da ansiedade e sobre o modelo cognitivo, nomeadamente, sintomas, pensamento automático, erros cognitivos característicos do ansioso, exercícios de casa e responsabilização do paciente no processo psicoterapêutico.

Foram igualmente transmitidas à paciente, técnicas e estratégias para lidar com a ansiedade, nomeadamente, o relaxamento muscular e a respiração abdominal. A respiração diafragmática é uma técnica que utiliza os músculos abdominais para o controle respiratório. O relaxamento muscular progressivo é um exercício que envolve a prática da tensão e do relaxamento dos principais grupos musculares. Ambas as técnicas podem ser praticadas em sequência ou de forma isolada, particularmente em situações em que existe ansiedade antecipatória (Manfro & Otto, 2008).

Na primeira sessão, foi proposto à paciente que elaborasse uma lista que incluísse cinco fatos ou situações que desencadeassem a sua ansiedade.

Na segunda sessão, foi solicitado à paciente que praticasse em casa, os exercícios de respiração e relaxamento trabalhados durante a sessão, e considerando que a paciente manifestou interesse em ter um *hobbie* que não lhe ocupasse muito tempo, foi sugerido a M., que realizasse uma aula de ioga online.

Na terceira sessão, procedeu-se à aplicação do Inventário de ansiedade de Beck (BAI), com o objetivo de avaliar a severidade dos sintomas de ansiedade apresentados pela paciente. Nessa

mesma sessão, foram devolvidos os resultados da avaliação efetuada e realizada a respetiva interpretação dos mesmos, por forma a elucidar a paciente sobre a sua problemática.

Com vista à reestruturação cognitiva, no decorrer da terceira e quarta sessão, a psicóloga procurou ajudar M. a clarificar a fonte dos seus sintomas de ansiedade e de pânico, evidenciando o papel dos pensamentos disfuncionais na manutenção do medo e da ansiedade, ou seja, pretendeu-se ao longo destas sessões identificar as crenças disfuncionais específicas da M., associadas à ansiedade, bem como, os seus pensamentos automáticos e distorções cognitivas mais comuns. Foram também analisados em conjunto, as reações e respetivos comportamentos adotados em virtude desses mesmos pensamentos.

Para realizar a reestruturação cognitiva dos pensamentos e das crenças da M., recorreu-se à descoberta guiada e ao questionamento socrático, com o propósito de incentivar a paciente a detetar e monitorizar os seus pensamentos irracionais e negativos em situações em que se sentia ansiosa analisando as evidências favoráveis e contrárias a esses pensamentos e com isso facilitar a correção das distorções da realidade.

Dando continuidade ao trabalho desenvolvido durante as sessões, na terceira e quarta sessão, solicitou-se à paciente que tentasse preencher em casa, o formulário com o registo de pensamentos automáticos disfuncionais, usando 2/3 exemplos do seu dia-a-dia. O objetivo desta tarefa, era auxiliar a paciente no processo de identificação e análise consciente dos seus pensamentos, emoções e comportamentos disfuncionais, gerando assim pensamentos mais ajustados e realistas.

A última sessão realizada com a paciente serviu também para trabalhar os seus níveis de ansiedade face à pandemia de COVID-19, na medida em que, era uma situação que lhe estava a causar bastante inquietação e ansiedade.

Discussão Clínica

Para realizar a formulação do caso de M., à luz do modelo cognitivo-comportamental, utilizou-se como referencial o modelo dos 5 P's proposto por Macneill et al., (2012) e Johnstone e Dallos (2014).

No que concerne, ao problema apresentado, considerou-se que a sintomatologia apresentada por M. preenchia de acordo com o DSM-V (2014), os critérios de uma perturbação de ansiedade generalizada, com ataques de pânico. Esta hipótese de diagnóstico teve por base as informações recolhidas durante a entrevista, os resultados da avaliação psicológica e a sintomatologia apresentada pela paciente.

Durante o acompanhamento psicológico, M., expôs que experienciava há mais de 6 meses, ansiedade e preocupação excessivas acerca de um vasto número de acontecimentos ou atividades, referindo-se à ansiedade como sendo algo “constante” na sua vida.

Segundo a paciente, são muitas as circunstâncias da sua vida que lhe causam ansiedade e interferem no seu funcionamento no dia-a-dia, nomeadamente; desempenho no trabalho (ex.: medo de ser despedida; de não atingir objetivos; má relação de trabalho com a sua coordenadora); a sua saúde (ex.: nódulos no peito); o bem estar dos seus filhos os filhos (ex.: resultados escolares, saúde); a segurança e a estabilidade financeira da família, pequenos problemas do dia-a-dia, entre outros

A este propósito, M., destaca ainda que tem dificuldade em controlar a sua preocupação, até mesmo em situações que supostamente deveriam ser de lazer, como por exemplo, quando assiste aos jogos dos seus filhos.

A ansiedade e preocupação excessivas de M., são acompanhadas em mais de metade dos dias pelos seguintes sintomas: nervosismo e tensão interior; dificuldades de concentração; irritabilidade; tensão muscular; perturbação do sono.

Esta ansiedade e preocupação persistente causam à paciente mal-estar clinicamente significativo. A este respeito, M., dá como exemplo, o facto de em alturas de maior stress e preocupação sofrer de peladas no cabelo.

Para agravar a situação, nos últimos quatro meses M., teve quatro ataques de pânico, o que fez levantar a hipótese de a paciente apresentar um quadro de perturbação de ansiedade generalizada, com ataques de pânico³.

Para fundamentar a hipótese de perturbação de ansiedade generalizada, com ataques de pânico, considerou-se a sintomatologia apresentada pela paciente a qual se enquadrava nos critérios definidos pelo DSM-V, designadamente: 1. Palpitações, batimentos cardíacos ou ritmo cardíaco acelerado; 2. Suores; 3. Estremecimentos ou tremores; 4. Sensações de falta de ar e dificuldade em respirar; 5. Sensação de asfixia; 6. Dor no peito; 8. Sensação de tontura ou de desmaio; 9. Sensação de frio ou de calor; 13. Medo de morrer.

Face ao exposto pela paciente, todos os seus ataques de pânico foram até agora noturnos e inesperados, o que na sua opinião contribuiu para prejudicar ainda mais a qualidade do seu

³ De acordo com o DSM-V (APA, 2014), a perturbação de ansiedade generalizada, apresenta, muitas vezes outras comorbilidades, como por exemplo, ataques de pânico, os quais raramente ocorrem em contextos clínicos na ausência de outra psicopatologia. Nestes casos, quando se identifica a presença de um ataque de pânico, este deve ser registado como um especificador (por exemplo, perturbação de ansiedade generalizada, com ataques de pânico).

sono. M., tem receio de adormecer e ter um ataque de pânico. Sente que é algo muito incapacitante, “sinto que vou morrer”. A este respeito, a paciente evidencia ainda que tem muito medo de ter um ataque de pânico de dia e em público, razão pela qual, após o primeiro ataque de pânico, começou a evitar andar sozinha. M., acrescenta ainda que começou a evitar situações ou locais nos quais pudesse ter uma crise (por ex.: cinema, supermercado).

Com base nas teorias e conceitos cognitivo-comportamentais, autores como Clark (1986) defendem que os ataques de pânico acontecem a partir de interpretações distorcidas e catastróficas dos sintomas corporais. Tonturas e palpitações cardíacas podem ser compreendidas, como sendo um ataque cardíaco ou enfarte iminentes. Tais interpretações ampliam e intensificam as sensações corporais, corroborando assim, um sentimento de "perigo" iminente e gerando mais ansiedade e interpretações catastróficas (Manfro & Otto, 2008; Viegas & Saraiva, 2014).

Segundo Barlow (1988, citado por Viegas & Saraiva, 2014), um ataque de pânico inicial representa um "alarme falso" em que demasiada ansiedade é sinalizada, geralmente em resposta a um aumento súbito e momentâneo dos níveis de stress do indivíduo. Para Barlow, o primeiro ataque de pânico, torna o indivíduo mais sensível e apreensivo em relação a eventuais ataques futuros. Combinado a isso, há ansiedade antecipatória (medo de sofrer outro ataque), e as interpretações catastróficas dos sintomas quando estes ocorrem (medo de morrer) (Manfro & Otto, 2008).

A este respeito, Viegas e Saraiva (2014), referem que existe uma distorção, que resulta de pensamentos automáticos, os quais surgem rapidamente e sem motivo real e que desencadeiam a ansiedade.

No caso específico de M., e a partir de Knapp (2004), foi possível reconhecer diferentes distorções cognitivas associadas à ansiedade, nomeadamente: a catastrofização, que consiste em pensar que o pior de uma situação irá acontecer, sem levar em consideração a possibilidade de outros desfechos, por exemplo, pensar que vai ser despedida independentemente de se tratar de um erro pequeno ou “vou morrer” durante um ataque de pânico; a emocionalização, na qual M. presume que sentimentos são fatos “sinto que não faço as coisas como devia” logo pensa que é incapaz; e a adivinhação, quando antecipa problemas que talvez não venham a existir, como por exemplo, futuros ataques de pânico, ou quando elabora expectativas negativas, as quais estabelece como fatos “queria muito trocar de trabalho, mas sei que ia acabar por acontecer o mesmo”.

No que diz respeito, aos fatores de predisposição, considera-se que na base da sua ansiedade, poderão estar envolvidas causas biológicas (herança genética), na medida em que, M., afirma que a sua mãe também sofre de ansiedade, muito embora não esteja diagnosticada.

Em relação aos fatores precipitantes, considera-se que é provável que em determinadas circunstâncias da sua vida, possam ter ocorrido alguns acontecimentos e experiências significativas que contribuíram para a formulação de crenças disfuncionais, as quais podem ser apontadas como possíveis fatores precipitantes do quadro clínico apresentado por M., não obstante, pela análise da informação recolhida, considera-se que o aparecimento de nódulos no peito, associado aos restantes elementos stressores que causam à paciente ansiedade e preocupações excessivas, poderão ter contribuído para agravar o quadro de ansiedade existente e a ocorrência de ataques de pânico.

Como fatores de perpetuação do seu problema, destacam-se a: ansiedade antecipatória, que levam a paciente a apresentar uma resposta de ansiedade perante a antecipação mental de um possível desfecho negativo; e as distorções cognitivas já referidas anteriormente, as quais geram interpretações catastróficas e um aumento de ansiedade. Acredita-se que possam existir outros fatores que contribuam para a manutenção da ansiedade da paciente, porém devido ao número reduzido de sessões não foi possível determinar quais.

Por último, os fatores de proteção da paciente são o suporte familiar dos pais, do irmão, do marido e dos filhos. M., demonstra possuir laços fortes com a família, os quais contribuem para diminuir a sua vulnerabilidade cognitiva.

Reflexão sobre o caso

Embora o processo terapêutico da M., se tenha limitado a apenas quatro consultas, foi possível estabelecer com a paciente uma aliança terapêutica de qualidade, tendo a M., assumido uma postura empática, empenhada e colaborante ao longo de todas as sessões.

De enfatizar também que apesar do sofrimento psicológico em que se encontrava, fruto da ansiedade e preocupação excessiva e persistente, a paciente manifestou uma grande vontade de alcançar com sucesso as mudanças desejadas, participando ativamente em todas as tarefas propostas pela psicóloga.

Através da avaliação realizada pela psicóloga no início de cada sessão, com o intuito de aferir o humor, os sintomas e as experiências da paciente durante a semana, é possível depreender que M. denotou um decréscimo do sofrimento psicológico.

No decurso das sessões, foi também possível registar mudanças ao nível da reestruturação cognitiva da paciente, sobretudo no que diz respeito, ao entendimento da inter-relação entre pensamento, emoção e comportamento, conseguindo M., dar início ao processo de questionalização do seu sistema de crenças.

A este respeito, e visando a remissão dos sintomas, teria sido importante que a paciente continuasse as consultas com o intuito de conseguir reduzir a sua ansiedade e evitar futuros ataques de pânico.

Por fim, cabe realçar que a escassez de sessões, fruto do receio da paciente em continuar as consultas face à pandemia de COVID-19, condicionou a informação disponível e empobreceu a conceitualização cognitiva da M. Não obstante, a observação deste caso contribuiu não só para ampliar e solidificar conhecimentos teóricos relacionados com as perturbações de ansiedade, mas também para adquirir técnicas e estratégias adequadas ao tratamento da ansiedade.

1.4. Cronograma de atividades desenvolvidas

Meses	Dez.	Jan.	Fev.	Mar.	Abril	Mai	Jun.	Jul.	Ago.	Set.
Início do estágio	X									
Observação – Consultas psicológicas	X	X	X	X						
Presença e participação nas reuniões semanais	X	X	X	X						
Grupos terapêuticos de apoio	X	X	X	X						
Formação		X	X							
Reestruturação do site	X	X								
Avaliação Psicológica e Neuropsicológica		X	X	X						
Acompanhamento Psicológico 2 casos clínicos	O acompanhamento psicológico de 2 casos clínicos estava previsto para abril									

Parte IV. Conclusão

1.1. Reflexão Pessoal

Concluído o estágio curricular e chegado o momento de encerrar este relatório torna-se pertinente refletir de uma forma geral sobre as experiências vividas ao longo deste percurso, realçando os pontos fortes e algumas limitações que senti ao longo do mesmo.

Após uma análise global do estágio considero que o facto do mesmo ter sido desenvolvido em contexto de clínica privada foi desde logo uma enorme mais valia, não só porque me possibilitou ter acesso a uma população diversificada com problemáticas distintas mas também porque se trata do contexto no qual pretendo desenvolver no futuro a minha atividade enquanto profissional.

O contacto com a instituição superou as minhas expectativas, sendo de destacar o empenho da equipa de psicólogas em me integrar e incluir em todas as atividades desenvolvidas pelo departamento de psicologia. Não menos importante foi a qualidade da orientação da psicóloga responsável pela supervisão do meu estágio, a qual foi determinante para tornar o estágio numa experiência enriquecedora e repleta de momentos de aprendizagem e reflexão.

Ao longo do estágio foi possível desenvolver quer sob supervisão, quer autonomamente, diversas atividades, as quais como foi sendo referido ao longo do relatório possibilitaram o desenvolvimento de conhecimentos e competências indispensáveis para me preparar para os desafios da profissão.

Foi uma etapa cheia de desafios, tanto a nível pessoal como a nível profissional, o que evidenciou a necessidade de formação contínua como parte integrante deste processo.

A este nível, as aulas de Seminário disponibilizadas pela universidade foram também de extrema importância na medida em que visavam ajudar os estagiários a aplicar os conhecimentos teóricos adquiridos durante a licenciatura na prática profissional. Foram momentos fundamentais de motivação, ensino e partilha.

Considero que outro dos pontos que contribuiu para o enriquecimento do estágio foi a possibilidade de aprofundar um novo modelo teórico, o cognitivo-comportamental. Embora este modelo tenha por base alguns princípios semelhantes ao da Abordagem Centrada na Pessoa (ACP), modelo teórico trabalhado ao longo da licenciatura, como por exemplo, a importância dada à relação terapêutica, o mesmo possui também características diferenciadoras. Em termos gerais, considero que a principal diferença entre os dois quadros teóricos, é que em oposição, à Abordagem Centrada na Pessoa, nas sessões de TCC, o terapeuta cognitivo utiliza técnicas

ativas e diretivas com o objetivo de auxiliar o paciente a fazer uma avaliação mais objetiva e realista das situações e alcançar a mudança. Neste modelo, o terapeuta cognitivo-comportamental, intervém de forma ativa na intervenção terapêutica, utilizando técnicas cognitivas e comportamentais específicas e direcionadas, como por exemplo, a descoberta guiada, o questionamento socrático, a realização de exercícios de casa, entre outras.

A este propósito, Cury et al., (2012) ressaltam, no entanto, que, a definição de não diretividade passa segundo Rogers (1989) pelo acreditar que “o indivíduo tem dentro de si amplos recursos para a autocompreensão, para alterar o seu autoconceito, as suas atitudes e o seu comportamento dirigido” (p.16). Segundo os autores, ao contrário de outros modelos de intervenção, Rogers (1989) sugere um que acredita na autonomia e nas capacidades da pessoa, no seu direito a escolher qual a direção a tomar no seu comportamento e na sua responsabilidade pelo mesmo.

O estágio foi também marcado por algumas dificuldades e limitações. Entre as principais limitações destacam-se a impossibilidade de ter trabalhado com uma equipa interdisciplinar e/ou multidisciplinar, o que permitiria uma abordagem do paciente como um todo e ampliaria a eficácia interventiva; e o facto de não ter sido possível realizar acompanhamentos individuais de casos clínicos e de ter tido que interromper o estágio antes do período estipulado devido à pandemia de covid-19.

Por motivos associados ao novo coronavírus SARS-CoV-2, responsável pela doença Covid-19, a entidade promotora do estágio curricular procedeu numa primeira fase à suspensão de estagiários nas consultas clínicas, por forma a limitar a possibilidade de contágios e garantir o bem estar e a segurança dos seus pacientes, e numa segunda fase à suspensão do estágio, dado que as consultas passaram a ser disponibilizadas via on-line para os pacientes que assim desejassem.

A maior dificuldade durante a concretização deste estágio, foi conseguir conciliar o estágio com os horários de trabalho. Pelo que, em termos de sugestões, a minha é que a Universidade tente proporcionar também estágios em horário pós-laboral, por forma a assegurar que todos os alunos beneficiem do estágio curricular.

Apesar dos constrangimentos, impostos pela pandemia e pelas dificuldades de conciliação de horários, o balanço que faço de todo o estágio é muito positivo, tendo sido possível a concretização dos objetivos propostos.

Em suma, considero que o estágio foi um período de grande desenvolvimento, marcado por novas aprendizagens e experiências únicas e impactantes, as quais irão servir de preparação para o desafio que se segue, o estágio profissional

Bibliografia

- Aires-Gonçalves, S. & Coelho, R. (2005). *Perturbação de ansiedade generalizada em cuidados de saúde primários: abordagem e tratamento*. Revista Portuguesa de Psicossomática, 7 (1-2), 65-75. <https://www.redalyc.org/pdf/287/28770205.pdf>
- Alchieri, J. C., Cruz, R. M. (2004). Avaliação psicológica: conceito, métodos e instrumentos. 2. ed. Casa do Psicólogo. <https://docero.com.br/doc/ns1080x>
- Almeida, J. M., & Xavier, M. (coords.). (2013). *Estudo epidemiológico nacional de saúde mental - 1º Relatório*. Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa. https://www.mgfamiliar.net/wp-content/uploads/Relatorio_Estudo_Saude-Mental_2.pdf
- American Psychiatric Association (2014). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*, 5ª edição. Climepsi editores.
- American Psychological Association (n.d.). PTSD clinical practice guideline. What is Cognitive Behavioral Therapy? Society of Clinical Psychology. <https://www.apa.org/ptsd-guideline/patients-and-families/cognitive-behavioral.pdf>
- Anderson, I. M., Christmas D., Cowen P.J., Dickens, C., Ferrier, I.N., Geddes, J., Gilbody, S., Haddad, P.M., Katona, C., Lewis, G., Malizia, A., McAllister-Williams, R.H., Ramchandani, P., Scott, J., Taylor, D. & Uher, R. (2015). Evidence-based guidelines for treating depressive disorders with antidepressants: a revision of the 2008 British Association for Psychopharmacology guidelines. *Journal of psychopharmacology*, 29(5), 459–525. DOI: 10.1177/0269881115581093
- Andrade, L.H., & Gorenstein, C. (1998). Aspectos gerais das escalas de avaliação de ansiedade. *Rev. Psiq. Clínica USP*, 25(6). <http://siteantigo.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/psicologia/aspectos-gerais-das-escalas-de-avaliacao-de-ansiedade/7871>
- Antony, M.M., & Stein, M.B. (2012). *Future Directions in Anxiety Disorders Research*. Oxford Handbook of Anxiety and Related Disorders. DOI: 10.1093/oxfordhb/9780195307030.013.0051
- Anunciação, L., Caregnato, M., & Silva, F.S. (2019). Aspectos psicométricos do Inventário Beck de Depressão-II e do Beck Atenção Primária em usuários do Facebook. *J. Bras. Psiquiatr.*, 68(2), 83-91. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000231>

- Arpini, D.M., Zanatta, E., Paraboni, P., Rodrigues, & Marchesan, R. (2018). Observação e escuta: recursos metodológicos de investigação em psicologia no âmbito da saúde materno-infantil. *Contextos Clínicos*, 11(2), 243-256.
<https://dx.doi.org/10.4013/ctc.2018.112.09>
- Argimon, I.I., Paloski, L.H., Farina, M. & Irigaray, T.Q. (2016). Aplicabilidade do Inventário de Depressão de Beck-II em idosos: uma revisão sistemática. *Avaliação Psicológica*, 15, 11-17. DOI: 10.15689/ap.2016.15ee.02
- Arnau, R. C., Meagher, M. W., Norris, M. P., & Bramson, R. (2001). Psychometric Evaluation of the Beck Depression Inventory-II with primary care medical patients. *Health Psychology*, 20(2), 112-119.
https://www.researchgate.net/publication/236584521_Psychometric_evaluation_of_the_BDI-II_with_primary_care_medical_patients
- Ayala, A.E., (2012). *Trastornos de ansiedad. Agorafobia y crisis de pánico*. Revista Elsevier Farmacia Profesional, 26(6), 32-39
<https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-trastornos-ansiedad-agorafobia-crisis-panico-X0213932412678054>
- Bandelow B., Sagebiel, A., Belz, M., Görlich, Y., Michaelis, S., & Wedekind, D. (2018). Enduring effects of psychological treatments for anxiety disorders: meta-analysis of follow-up studies. *The British Journal of Psychiatry*, 212, 333–338. doi: 10.1192/bjp.2018.49
- Baptista, M.N., Baptista, A.S., & Torres, E.C. (2006). Associação entre suporte social, depressão e ansiedade em gestantes. *Psic – revista de psicologia da vetor editora*, 7(1), 39-48. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-73142006000100006&lng=pt&tlng=pt
- Baptista, M.N., & Carneiro, A.M. (2011). Validade da escala de depressão: relação com ansiedade e stress laboral. *Estudos de Psicologia*, 28(3), 345-352.
<https://www.scielo.br/j/estpsi/a/jsSrxGYMk3BSS583rvzWWF/?lang=pt&format=pdf>
- Barbosa, B.C., Freitas, J.A., Diniz, A.F., Guedes, L.P., Sousa, G.T. (2016). *Psicofarmacologia dos antidepressivos: uma revisão sistemática*. Congresso Brasileiro de Ciências da Saúde. Faculdade Maurício de Nassau
https://editorarealize.com.br/editora/anais/conbracis/2016/TRABALHO_EV055_MD4_SA5_ID3286_19052016090935.pdf
- Barlow, D.H. (2016). Manual clínico dos transtornos psicológicos. Tratamento passo a passo. 5ª edição. Artmed.

- Bastos, L., Ferreira, D. & Guerra, A. (2014). Perturbação Depressiva. In P. Afonso, M.L. Figueira & D. Sampaio (Coords), *Manual de psiquiatria clínica* (1ª ed., pp. 53–77). Lidel.
- Batista, M.A., Oliveira, S.M. (2005). Sintomas de ansiedade mais comuns em adolescentes. *PSIC - Revista de Psicologia da Vector Editora*, 6 (2), 43-50.
<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psic/v6n2/v6n2a06.pdf>
- Baumeister, H., & Härter, M. (2007). Prevalence of mental disorders based on general population surveys. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42(7), 537-546.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17516013/>
- Bechelli, L.P., & Santos, M.A. (2005). O terapeuta na psicoterapia de grupo. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 13 (2), 249-254. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692005000200018>
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Moch, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4(6), 561-571.
doi:10.1001/archpsyc.1961.01710120031004. https://counsellingresource.com/lib/wp-content/managed-media/Beck_AT_1961.pdf
- Beck, J.S. (2013). *Terapia cognitivo-comportamental. Teoria e prática*. 2ª Edição. Artmed.
- Bernardino, A.R. (2013). *Depressão e Ansiedade em Idosos Institucionalizados e não Institucionalizados Valorizar o envelhecimento*. [Dissertação de Mestrado em Psicologia clínica e da Saúde]. Universidade da Beira Interior.
<https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/2696/1/Tese%20final.pdf>
- Beurs, E., Wilson, K.A., Chambless, D.L., Goldstein, A.J., Feske, U. (1997). Convergent and divergent validity of the beck anxiety inventory for patients with panic disorder and agoraphobia. *Depression and anxiety*, 6, 140–146.
https://www.researchgate.net/publication/292088125_Beck_anxiety_inventory
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16(3), 252-260.
https://clinica.ispa.pt/ficheiros/areas_utilizador/user11/63._the_generalizability_of_the_psychoanalytic_concept_of_the_working_alliance.pdf
- Bos, S. C., Pereira, A. T., Marques, M., Maia, B., Soares, M. J., Valente, J., Gomes, A., Macedo, A. & Azevedo, M. H. (2008). The BDI-II factor structure in pregnancy and postpartum: Two or three factors? *European Psychiatry*, (2008), 1-7.
doi:10.1016/j.eurpsy.2008.10.003
- Bragança, M. & Marinho, M. (2018). Psicofarmacologia nas perturbações de ansiedade. In P. Afonso, M.L. Figueira, J.M. Teixeira, & A.P. Palha (Coords.), *Manual de psicofarmacologia na prática clínica* (1ª ed., pp. 115-128). Lidel

- Bruce, S. E., Machan, J. T., Dyck, I. & Keller, M. B. (2001). Infrequency of “pure” GAD: Impact of psychiatric comorbidity on clinical course. *Depression and Anxiety*, 14(4), 219-225.
https://www.academia.edu/3743458/Infrequency_of_pure_GAD_Impact_of_psychiatric_comorbidity_on_clinical_course
- Bruzzi, D.G. (2021). Avaliação psicológica. Um novo olhar para a clínica terapêutica. 1ª edição. Vetor editora. <https://www.amazon.com.br/Avaliação-psicológica-olhar-cl%C3%ADnica-terap%C3%A9utica-ebook/dp/B08TJ271MM?asin=B08TJ271MM&revisionId=c32ff6df&format=1&depth=1>
- Bueno, J. M., & Peixoto, E. M. (2018). Avaliação Psicológica no Brasil e no Mundo. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 38 (3), 108-121. <https://doi.org/10.1590/1982-3703000208878>.
- Cabrera, C.C., Sponholz, A. (2002). Ansiedade e insónia. In N. J. (Botega, Ed.), *Prática psiquiátrica no Hospital Geral: interconsulta e emergência*. (3ª Edição, pp. 411–429).
- Campana, A.M. (2014). A intervenção psicológica em contexto privado: Oficina de Psicologia [Dissertação de Mestrado, Universidade Lusíada]. Repositório Institucional da Universidade Lusíada. http://repositorio.ulusiada.pt/bitstream/11067/1257/4/mpc_alexandre_campana_dissertacao.pdf
- Campos, R. C., & Gonçalves, B. (2011). Adaptação do Inventário de Depressão de Beck II para a população portuguesa. Actas do VIII Congresso Iberoamericano de Avaliação Psicológica, Lisboa, 25 a 27 de Julho. <http://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/3948/1/Actas%20-%202011%20-%20BDI-II.pdf>
- Canale A, Furlan M., (2006). Depressão. *Arq Mudi*. 10(2), 23-31
<https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ArqMudi/article/view/19991/10844>
- Carvalho, A. (2017). Depressão e outras perturbações mentais comuns: enquadramento global e nacional e referência de recurso em casos emergentes. Direção Geral da Saúde.
- Carvalho, S., Jara, J.M. & Cunha, I.B. (2017). A Depressão é uma doença que se trata. *Associação de apoio aos doentes depressivos e Bipolares*.
<https://www.adeb.pt/files/upload/guias/a-depressao-e-uma-doenca-que-se-trata.pdf>

- Castillo, A.R., Recondo, R., Asbahr, F., & Manfro, G.G. (2000). *Transtornos de ansiedade*. Rev Bras Psiquiatr 2000, 22 (Supl II):20-3 https://www.researchgate.net/publication/26373132_Transtornos_de_ansiedade
- Cecato, J.F., Montiel, J.M., Bartholomeu, D., & Martinelli, J.E. (2014). Poder preditivo do MOCA na avaliação neuropsicológica de pacientes com diagnóstico de demência. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, 17(4), 707-719. <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2014.13123>
- Cesar, K., Yassuda, M.S., Porto, F.H., Brucki, S.M., & Nitrini, R. (2019). MoCA Test: normative and diagnostic accuracy data for seniors with heterogeneous educational levels in Brazil. *Arq. Neuropsiquiatria*, 77(11), 775-781. <https://doi.org/10.1590/0004-282X20190130>
- Clark, D.A., & Beck, A.T. (2012). *Terapia cognitiva para os transtornos de ansiedade*, Porto Alegre: Artmed.
- Clark, D.A., & Beck, A.T. (2014). *Vencendo a ansiedade e a preocupação com a terapia cognitivo-comportamental: manual do paciente*. Artmed. https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5276033/mod_resource/content/1/Vencendo%20a%20ansiedade%20PDF.pdf
- Colom, F., & Vieta, E. (2004). Melhorando o desfecho do transtorno bipolar usando estratégias não farmacológicas: o papel da psicoeducação. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26(III), 47-50. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462004000700011>
- Conceição, J., Bueno, G. (2020). *101 Técnicas da terapia cognitivo-comportamental*. Editora UNC. <https://uni-contestado-site.s3.amazonaws.com/site/biblioteca/ebook/101%20T%C3%A9cnicas%20da%20Terapia%20Cognitivo-Comportamental.pdf>
- Cordioli, A.V., & Grevet, E.H. (2019). *Psicoterapias: abordagens atuais*. 4ª edição. Artmed. <https://pt.pt1lib.org/book/5268291/d24b0a>
- Costa, R.S., Santos, D.R., & Soares, M.R. (2016). Intervenção psicológica em grupo para pacientes com diagnóstico de Transtorno Bipolar: uma revisão da literatura. *Contextos Clínicos*, 9(2), 225-239. doi: 10.4013/ctc.2016.92.08
- Crujo, M., & Marques, C. (2009). As perturbações emocionais - Ansiedade e depressão na criança e no adolescente. *Revista Portuguesa De Medicina Geral E Familiar*, 25(5), 576–82. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v25i5.10675>
- Cruz, V.L., Toni, P.M., & Oliveira, D.M. (2011). As funções executivas na Figura Complexa de Rey: Relação entre planejamento e memória nas fases do teste. *Boletim de*

30. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0006-59432011000100003
- Cuijpers, P., de Wit, L. M., Weitz, E. S., Andersson, G., & Huibers, M. J. H. (2015). The combination of psychotherapy and pharmacotherapy in the treatment of adult depression: A comprehensive meta-analysis. *Journal of Evidence-Based Psychotherapies*, 15(2), 147-168. <http://jebp.psychotherapy.ro/vol-xv-no-2-2015/the-combination-of-psychotherapy-and-pharmacotherapy-in-the-treatment-of-adult-depression-a-comprehensive-meta-analysis/>
- Cunha, M. (2006) Ansiedade e Perturbações de Ansiedade na Infância e Adolescência: Uma Revisão Teórica. *Interações*, 10, 70-97. <https://interacoes-ismt.com/index.php/revista/article/view/177>
- Cury, B.M., Lopes, L.B., & Linhares, D.P. (2012). Abordagem Centrada na Pessoa: diretividade na perspectiva do cliente. *Psique*, 8, 9-35.
- DeSousa, D. A., Moreno, A. L., Gauer, G., Manfro, G. G., & Koller, S. H. (2013) *Revisão sistemática de instrumentos para avaliação de ansiedade na população brasileira*. *Avaliação Psicológica*, 12(3), 397-410 <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v12n3/v12n3a15.pdf>
- DiTomasso, R. A., Freeman, A., Carvajal, R., & Zhan, B. (2009). Conceitos Cognitivos-Comportamentais de Ansiedade. In D. J. Stein, E. Hollander, & B. O. Rothbaum (Eds.), *Textbook of Anxiety Disorders* (2ed., pp. 103-116). American Psychiatric Publishing Inc. https://docshare.tips/textbook-anxiety-disorders-second-edition-1_5841bde0b6d87fb1438b4606.html
- Dourado, L.F., & Silva, R.S. (2016). Avaliação psicológica e contextos de atuação: possibilidades na relação teoria e prática. *Revista Diálogos Acadêmicos*, 5(1), 36-45. <http://revista.fametro.com.br/index.php/RDA/article/view/113>
- Dugas, M.J., & Ladouceur, R. (2003). Análise e tratamento do transtorno de ansiedade. In V.E. Caballo (Coord.), *Manual para o tratamento cognitivo-comportamental dos transtornos psicológicos* (1ed., pp. 211-240)
- Durão, A. (2020). Saúde e bemestar.pt. Blog: <https://www.saudebemestar.pt/pt/blog/psicologia/depressao/>
- Espirito-Santo, H., Lemos, L., Ventura, L., Moitinho, S., Pinto, A.L., Rodrigues, F., Vigário, V., Marques, M., Simões, S., & Daniel, F.B. (2015). Teste da figura complexa de Rey-Osterrieth. In M. Simões, I. Santana, & grupo de estudos de envelhecimento cerebral e

- demência (Coords.). *Escalas e testes na demência* (3ª ed., pp. 100–107). Novartis. https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/46766/1/FCRey_escalas%20e%20testes%20na%20demencia_pdf_27.6.14.pdf
- Falcone, E.M, Baptista, M.N., Placido, M.G., Krieger, S., Oliveira, E.R., Falcone, J.F., & Vieira, B.F. (2016). Construção e validade de conteúdo da Escala Cognitiva de Ansiedade em adultos. *Psicologia em pesquisa*, 10(1), 85-93 DOI: 10.24879/20160010001005
- Faria, C.L., Brites, R.B., Paulino, M., & Silva, F.J. (2020). *Intervenção em Psicologia Clínica* (1ª ed.). PACTOR – Edições de Ciências Sociais, Forenses e da Educação.
- Fernandes, C., Figueiredo, S., & Raimundo, R. (2016). PSIS 21. Chegou a hora especialidades. *Revista Oficial da Ordem dos Psicólogos Portugueses*. Edição Especial, 19. https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/psis21_especialidades_final.pdf
- Fernandez, L., Pedinielli, J-L. (2006). La recherche en psychologie clinique. *Recherche en soins infirmiers*, 1(84), 41-51. <https://doi.org/10.3917/rsi.084.0041>
- Fernández-Ballesteros, R., De Bruyn, E.E.J., Godoy, A., Hornke, L.F., Laak, J.T.,
- Fleck, M.P., Berlim, M.T., Lafer, B., Sougey, E.B., Porto, J.A, Brasil, M.A., Juruena, M.F. & Hetem, A. (2009). Revisão das diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31(1), 7-17. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462009000500003>
- Foss, M.P., Bastos, M.S., & Speciali, J.G. (2010). Figuras complexas de Rey para idosos. *Avaliação Psicológica*, 2010, 9(1), 53-61. <https://www.redalyc.org/pdf/3350/335027281007.pdf>
- Freitas, S.S, Mário R., Cristina, M., Vilar, M., & Santana, I. (2010). Estudos de adaptação do Montreal Cognitive Assessment (MoCA) para a população portuguesa. *Avaliação Psicológica*, 9(3), 345-357. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712010000300002&lng=pt&tlng=pt.
- Freitas, S., Simões, M.R., Martins, C., Vilar, M. & Santana, I. (2010). Estudos de adaptação do Montreal Cognitive Assessment (MoCA) para a população portuguesa. *Avaliação Psicológica*, 9(3), 345-357. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712010000300002&lng=pt&tlng=pt.

- Freitas, S., Simões, M.R. & Santana, I. (2014). Montreal Cognitive Assessment (MoCA): Pontos de corte no Défice Cognitivo Ligeiro, Doença de Alzheimer, Demência Frontotemporal e Demência Vascular. *Sinapse – Publicação da Sociedade Portuguesa de Neurologia*, 14(1), 18-30. https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUK EwilkdjLi4_2AhWR3oUKHfdDDaMQFnoECAMQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.spneurologia.com%2Fedition_download.php%3Fid%3D40&usg=AOvVaw1rOnqqJ2khN78OoNzjF5GP
- Gama, M.M., Moura, G.S., Araújo, R.F., & Teixeira- Silva, F. (2008). Ansiedade-traço em estudantes universitários de Aracaju. *Revista de Psiquiatria*, 30 (1), 19-24. <https://www.scielo.br/j/rprs/a/SrY6yJ5CRy8KZTdDnF3pdzh/?format=pdf&lang=pt>
- Gandini, R.C., Martins, M.C, Ribeiro, M.P, & Santos, D.T. (2007). Inventário de Depressão de Beck – BDI: validação fatorial para mulheres com câncer. *Psico-USF*, 12(1), 23-31. <https://www.scielo.br/j/pusf/a/vrVGvZMD7H5hnm7tss7vDyR/?format=pdf&lang=pt>
- Garakani, A., Murrough, J.W., Freire, R.C, Thom, R.P, Larkin, K., Buono, F.D., & V. Iosifescu, D. (2020). Pharmacotherapy of Anxiety Disorders: Current and Emerging Treatment Options. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 595584. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.595584>
- Goodheart, C. (2010). Economics and psychology practice: What we need to know and why. *Professional Psychology: Research and Practice*, 41(3), 189-195. <https://doi.org/10.1037/a0019498>
- Guimarães, L.R., Pires, L.G., Fernandes, I.C., Pôncio, T.G, (2019). *Fatores associados à depressão em adultos e a dificuldade em diagnosticar a doença*. IV Jornada de Iniciação Científica. V Seminário Científico do Centro Universitário UNIFACIG. <http://pensaracademico.facig.edu.br/index.php/semiarociencia/article/view/1318/113>
- Gusmão, R.M. (2005). *Depressão: detecção, diagnóstico e tratamento. Estudo de prevalência e despiste das perturbações depressivas nos Cuidados de Saúde Primários*. [Dissertação de Doutoramento em Medicina na especialidade de Psiquiatria e Saúde Mental]. Repositório Universidade Nova. <https://run.unl.pt/handle/10362/5507>
- Gusmão, R. M., Xavier, M., Heitor, M. J., Bento, A., & Caldas de Almeida, J. M. (2005). O Peso das Perturbações Depressivas: Aspectos Epidemiológicos Globais e Necessidades de Informação em Portugal. *Acta Médica Portuguesa*, 18, 129 – 146.
- Harrigan, J. A., Wilson, K., & Rosenthal, R. (2004). Detecting state and trait anxiety from auditory and visual cues: A meta-analysis. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 30, 56-66.

- Horvath, A. O., & Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(4), 561-573. https://www.researchgate.net/profile/Adam-Horvath-3/publication/14828157_The_role_of_the_therapeutic_alliance_in_Psychotherapy/links/54bc62a30cf24e50e9404dbf/The-role-of-the-therapeutic-alliance-in-Psychotherapy.pdf
- Hutz, C. S., Bandeira, D. R., & Trentini, C. M. (Eds.). (2015). *Psicometria*. Artmed. https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/59217492/psicometria20190511-21973-97nkms-with-cover-page-v2.pdf?Expires=1645537251&Signature=CjbnKxEyqWL-06-L3qPdMmEYb6576veUp23Z-A1F1qZU5L7MQ9EDtoqubaXEWnqUSwok4dqRNkWg0kWUQQV3fKVmfBNQTKZtLPeKmsOucDU7vF2qbhTjKeUTDvvYZKOUXulPqtThUTslB236EIOoYwtHQBzgcPcE7y9lpLf4FmnmIkMPV4xr~F4KmyAJQfWX4du85Vi5o98kgUHXThQp6h06y52OcgW3F9zrYGwQ3hmDQnXtmlL1tNHZ8OcDz27LJntIHvrY70h696zzLeOOZyW6LRy1Z~n90EYejt545fJSbuRkqfIeQrfxvAV9qCibjqLSleMhAZbG3cH8euhAD2Q_&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA
- Instituto Nacional de Estatística (2021). Resultados preliminares dos Censos 2021. https://www.ine.pt/scripts/db_censos_2021.html.
- International Tests Commission (2003). Diretrizes internacionais para a utilização de testes. Cegoc. <https://www.uc.pt/fpce/biblioteca/testoteca/guidelines.pdf>
- Ippen, C.G., Wong, C. (2014). Beck Depression Inventory-Second Edition. *The National Child Traumatic Stress Network*. <https://www.nctsn.org/print/502>
- Jackson-Koku, G. (2016). Beck Depression Inventory. *Society Occupational Medicine*, 66, 174–175. doi:10.1093/occmed/kqv087
- Jamus, D.R., & Mäder, M.J. (2005). A Figura Complexa de Rey e Seu Papel na Avaliação Neuropsicológica. *Journal Epilepsy Clinical Neurophysiology*, 11(4), 193-198. <https://www.scielo.br/j/jecn/a/BQRwqYQShftn7QxhwFYsjzD/?format=pdf&lang=pt>
- Johnstone, L., & Dallos, R. (2014). *Formulation in Psychology and Psychotherapy*. 2.º ed. Routledge. https://webeducation.com/wp-content/uploads/2019/12/Lucy-Johnstone-Rudi-Dallos-Formulation-in-Psychology-and-Psychotherapy_-Making-sense-of-peoples-problems-Routledge-2013.pdf
- Juárez, G.M., Gois, C.F., & Sawada, N.O. (2002). Ansiedade e medo: avaliação crítica dos artigos na área da saúde. *Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem*, 8. http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?pid=MSC0000000052002000200008&script=sci_arttext

- Karino, C. A., & Laros, J. A (2014). Ansiedade em situações de prova: evidências de validade de duas escalas. *Psico-USF*, 19(1), 23-36.
- Knapp, P. (Ed.). (2004). *Terapia Cognitivo-Comportamental na Prática Psiquiátrica*. Porto Alegre: Artmed. https://www.larpsi.com.br/media/mconnect_uploadfiles/c/a/cap_832.pdf
- Knapp, P., & Beck, A. T. (2008). Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. *Revista brasileira de psiquiatria*, 30(2), 54-64. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462008000600002>
- Layard, R., Clark, D., Knapp, M., & Mayraz, G. (2007). Cost-benefit analysis of psychological therapy. *National Institute Economic Review*, 202, 90-98. doi:10.1177/0027950107086171
- Langaro, F.N., & Benetti, S.P. (2014). Subjetividade contemporânea: narcisismo e estados afetivos em um grupo de adultos jovens. *Psic. Clin.*, 26(2), 197-215. <https://www.scielo.br/j/pc/a/JyHcMZZkvVVmQMXp9DsrM6K/?lang=pt&format=pdf>
- Leal, I. (2008). *A Entrevista Psicológica. Técnica, Teoria e Clínica*. (2ª ed.). Fim de Século.
- Leal, I. (2010). *Entrevista Clínica e Psicoterapia de Apoio*. (2ª ed.). Placebo, Editora LDA.
- Leyfer, O.T., Ruberg, J.L., & Woodruff-Borden, J. (2006). Examination of the utility of the Beck Anxiety Inventory and its factors as a screener for anxiety disorders. *Anxiety Disorders*, 20, 444-458. <https://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.956.6186&rep=rep1&type=pdf>
- Lemes, C.B, & Ondere Neto, J. (2017). Aplicações da psicoeducação no contexto da saúde. *Temas em Psicologia*, 25 (1), 17-28 DOI: 10.9788/TP2017.1-02
- Lima, M.S. (1999). Epidemiologia e impacto social. *Revista brasileira de psiquiatria*, 21, 1-5.
- Lopes, A.B, Souza, L.L., Camacho, L.F., Nogueira, S.F., Vasconcelos, A.C., Paula, L.T, Santos, M.O., Atavila, F.P, Cerbarro, G.F., & Fernandes, R.W. (2021). Transtorno de ansiedade generalizada: uma revisão narrativa. *Revista Eletrônica Acervo Científico*, 35, 1-7. DOI: <https://doi.org/10.25248/REAC.e8773.2021>
- Lourenço, R., & Veras, R. (2006). Mini-Exame do Estado Mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais. *Revista Saúde Pública* 40 (4), 712-719. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102006000500023>
- Loricchio, T.M., & Leite, J.R. (2012). *Estresse, ansiedade, crenças de autoeficácia e o desempenho dos bacharéis em Direito*. *Avaliação Psicológica*, 11(1), 37-47. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712012000100005

- Mäder, B.J. (Org.) (2016). *Avaliação Psicológica. Dimensões, campos de atuação e pesquisa*. 1ª edição. Conselho Regional de Psicologia. https://crppr.org.br/wp-content/uploads/2019/05/AF_CRP_Caderno_AvaliacaoPsicologica_pdf.pdf
- Macneill, C. A., Hasty, M. K., Conus, P., & Berk, M. (2012). Is diagnosis enough to guide interventions in mental health? Using case formulation in clinical practice. *BMC medicine*, 10, 111. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-10-111>
- Manfro, G.G., Heldt, E., Cordioli, A.V., & Otto, M.W. (2008). Terapia cognitivo-comportamental no transtorno de pânico. *Rev. Bras. Psiquiatria*, 30(II), 81-87. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462008000600005>
- Mangolini, V.I., Andrade, L.H., Lotufo Neto, F., & Wang, Y. (2019). Treatment of anxiety disorders in clinical practice: a critical overview of recent systematic evidence. *Clinics*, 74, e1316. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6829787/pdf/cln-74-1316.pdf>
- Marques, E.L., & Borba, S. (2016). Como lidar com o transtorno de ansiedade generalizada na perspectiva da terapia cognitivo-comportamental. *SynThesis Revista Digital FAPAM*, 7(7), 82-97. <https://periodicos.fapam.edu.br/index.php/synthesis/article/view/130>
- Matos, M.G., & Gonçalves, S.M. (2009). Bullying nas escolas: comportamentos e percepções. *Psicologia, saúde & doenças*, 10(1), 3-15. <https://www.researchgate.net/publication/262708721>
- Mendes, T. (2014). Avaliação Neuropsicológica. In P. Afonso, M.L. Figueira & D. Sampaio (Coords), *Manual de psiquiatria clínica* (1ª ed., pp. 19–40). Lidel.
- Menezes, G.B., Fontenelle, L.F., Mululo, S., & Versiani, M. (2007). Resistência ao tratamento nos transtornos de ansiedade: fobia social, transtorno de ansiedade generalizada e transtorno do pânico. *Rev Bras Psiquiatr.* 29(2), 55-60. <https://www.scielo.br/j/rbp/a/vCkLTY8hzDGfwMv3FV9ftdh/?lang=pt>
- Moniz, A.L. (2007). *Depressão e Fatores Cronobiológicos*. [Tese de doutoramento, Instituto de Educação e Psicologia] Repositório Universidade do Minho. <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/7820/1/tese%20de%20Ana%20godinho.pdf>
- Moreira, M.A., & Ostermann, M.A. (1993). Sobre o ensino do método científico. *Cad.Cat.Ens.Fís.*, 10 (2), 108-117. <file:///Users/samanta/Downloads/Dialnet-SobreOEnsinoDoMetodoCientifico-5165678.pdf>

- Murta, S. G., & Rocha, S.G. (2014). Instrumento de apoio para a primeira entrevista em psicoterapia cognitivo-comportamental. *Psicologia Clínica*, 26(2), 33-47. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652014000200003&lng=pt&tlng=pt.
- Nascimento, S., Pereira, C., Caldas, I. Silva, M., Mendonça, T., Lourenço, B., Gonçalves, M. & Nobre, A. (2020). Pandemia COVID-19 e Perturbação Mental: Breve Revisão da Literatura. *Revista Portuguesa de Psiquiatria e saúde mental*, 6(2): 67-76. <https://www.revistapsiquiatria.pt/index.php/sppsm/article/view/146>
- National Institute for Health and Clinical Excellence (2009). *Depression, the treatment and management of depression in adults*. Clinical guidelines. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg90>
- National Institute of Mental Health (2021). Site oficial. <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/anxiety-disorders>
- Oliveira, C.T., Dias, A.C., & Piccoloto, N.M. (2013). Contribuições da terapia cognitivo-comportamental para as dificuldades de adaptação acadêmica. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 9(1), 10-18. <https://dx.doi.org/10.5935/1808-5687.20130003>
- Oliveira, I.R., Stahl, S.M. & Schwartz, T. (2015). *Integrando psicoterapia e psicofarmacologia – manual para clínicos*. Artmed Editora.
- Oliveira, M. I. (2011). Intervenção cognitivo-comportamental em transtorno de ansiedade: relato de caso. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 7(1), 30-34. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872011000100006
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (2015). *A avaliação psicológica enquanto ato específico e exclusivo da psicologia*. Parecer 19/CEOPP/2015. https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/parecer_19_sobre_a_avaliao_aao_psicologica_enquanto_ato_especifico_e_exclusivo_da_psicologia.pdf
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (2015). *Avaliação Psicológica em contexto multidisciplinar*. Parecer 16/CEOPP/2015. https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/p_16_avaliao_aao_psicologica_em_contexto_multidisciplinar.pdf
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (2013). *Investir na Saúde Mental através da Intervenção Psicológica*. https://recursos.ordemdospsicologos.pt/files/artigos/investir_na_sa_de_psic_em_portugal.pdf

- Ordem dos Psicólogos Portugueses (2019). Projeto de Regulamento que Define o Ato do Psicólogo. *Diário da República*, n.º 94/2019, Série II de 2019-05-16, páginas 15044 – 15045. <https://dre.pt/dre/detalhe/aviso/8456-2019-122317090>
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (2016). Regulamento n.º 107-A/2016 - Regulamento Geral de Especialidades Profissionais da Ordem dos Psicólogos Portugueses. *Diário da República*, 2.ª série, N.º 20-29 de janeiro de 2016. https://static.sanchoeassociados.com/DireitoMedicina/Omlegissum/legislacao2016/Janeiro/Regulam_107A_2016.pdf
- Ordem dos Farmacêuticos (2011). *Normas de Orientação Terapêutica*. https://www.ordemfarmaceuticos.pt/fotos/publicacoes/normas_de_orientacao_terapeutica_11711014759bff787ed217.pdf
- Organização Mundial da Saúde (2002). *Relatório Mundial de Saúde. Saúde Mental, Nova Conceção, Nova Esperança*. Direção-Geral da Saúde / OMS. http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_po.pdf
- Pais-Ribeiro, J.L., (2013). Medida na avaliação psicológica. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 14 (1), 245-263. <http://www.scielo.pt/pdf/psd/v14n1/v14n1a16.pdf>
- Pais-Ribeiro, J L., Leal, I. (1996). Psicologia Clínica da Saúde. *Análise Psicológica*, 4 (14), 589-599.
- Paranhos, M. E., Argimon, I.L., & Werlang, B.S. (2010). Propriedades psicométricas do Inventário de Depressão de Beck-II (BDI-II) em adolescentes. *Avaliação Psicológica*, 9(3), 383-392. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712010000300005
- Pedinielli, J. (1999). *Introdução à psicologia clínica*. Climepsi.
- Peixoto, A.B., Correira, L.M & Bessa, J. (2018). Psicofarmacologia na depressão. In P. Afonso, M.L. Figueira, J.M. Teixeira, & A.P. Palha (Coords.), *Manual de psicofarmacologia na prática clínica* (1ª ed., pp. 71-87). Lidel
- Pereira, J.M. & Manarte, L. (2014). Perturbação de Ansiedade. In P. Afonso, M.L. Figueira & D. Sampaio (Coords), *Manual de psiquiatria clínica* (1ª ed., pp. 105–122). Lidel.
- Pereira, S.G. & Saraiva, C.B. (2014). Perturbações depressivas. In C.B. Saraiva & J. Cerejeira (Coords), *Psiquiatria Fundamental* (1ª ed., pp. 205-221). Lidel.
- Pestana, L.C. & Carmo, A.L. (2014). Psicofarmacologia. In P. Afonso, M.L. Figueira & D. Sampaio (Coords), *Manual de psiquiatria clínica* (1ª ed., pp. 397–413). Lidel.

- Peuker, A. C., Habigzang, L. F., Koller, S. H., & Araujo, L. B. (2009). Avaliação de processo e resultado em psicoterapias: uma revisão. *Psicologia em Estudo*, 14(3), 439-445. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722009000300004>
- Porto, J.A. (1999). Conceito e diagnóstico. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 21. 6-11. <https://doi.org/10.1590/S1516-44461999000500003>
- Powell, V.B., Abreu, N., Oliveira, I.R., & Sudak, D. (2008). Terapia cognitivo-comportamental da depressão. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(II), 73-80. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462008000600004>
- Programa Nacional para a Saúde Mental e Direção de Serviços de Informação e Análise (2013). Saúde Mental em números – 2013. Direção Geral de Saúde. <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-saude-mental-em-numeros-2013-pdf.aspx>
- Programa Nacional para a Saúde Mental e Direção de Serviços de Informação e Análise. (2014). Saúde Mental em números – 2014. Direção Geral de Saúde. <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-saude-mental-em-numeros-2014-pdf.aspx>
- Programa Nacional para a Saúde Mental e Direção de Serviços de Informação e Análise. (2017). Saúde Mental em números – 2017. Direção Geral de Saúde. http://nocs.pt/wp-content/uploads/2017/11/DGS_PNSM_2017.10.09_v2.pdf
- Quintão, S., Delgado, A.R., & Prieto, G. () Estudo de validade da versão portuguesa do Beck Anxiety Inventory mediante o modelo Rasch Rating Scale. *Psicol. Reflex. Crit.*, 26 (2), 305-310. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722013000200010>
- Ribeiro, E. (2019). Aliança terapêutica: conceito, modelos e avaliação. In E. Ribeiro (Coord.), *Aliança terapêutica: Da teoria à prática clínica*. Psiquilibrios Edições (2ª ed., pp. 11–28). <https://www.psiquilibrios.pt/wp-content/uploads/2017/05/Aliança-Terapêutica-inicio.pdf>
- Ribeiro, M. (2010). *O setting como fator terapêutico na prática clínica: Construção e validação de um instrumento de avaliação ao manejo do setting*. [Tese de Doutoramento em Ciências Biomédicas]. Repositório Aberto Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/72806>
- Ricou, M. (2014). *A ética e a deontologia no exercício da psicologia*. Ordem dos Psicólogos Portugueses. https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/etica_e_deontologia.pdf

- Ripoll, M.J., Oliván-Blázquez B., Vicens-Pons E., Roca, M., Gili, M., Leiva, A., García-Campayo, J., Demarzo, M.P. & García-Toro, M. (2015). Lifestyle change recommendations in major depression: Do they work? *Journal of Affective Disorders*, 183, 221–228. https://www.researchgate.net/publication/277406422_Lifestyle_change_recommendations_in_major_depression_Do_they_work/link/5a121366458515cc5aa9cf48/download
- Rodrigues, V.B., Madeira, M. (2009). Suporte social e saúde mental: revisão da literatura. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde*. Edições Universidade Fernando Pessoa. ISSN 1646- 0480. 6, 390-399. https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1293/2/390-399_FCS_06_-6.pdf
- Román, F.J., & Fontecha, P.D. (coords.) . (2008). *Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad em Atención Primaria*. Ministério de sanidad y consumo. https://moam.info/gpc-sobre-ansiedad-res_59bf6e961723dde301925868.html
- Sá, I., & Baptista, T.M. (2018). Terapias Cognitivo Comportamentais. In I. Leal (Coord.). *Psicoterapias* (1ª ed., pp. 151-155). Lidel.
- Salum, G.A., Blaya, C, Manfro, G.G. (2009). Transtornos de pânico. *Revista de Psiquiatria*, 31(2), 86-94. <https://www.scielo.br/j/rprs/a/VgdKjMfjhGfGcFTdBgYCq6G/?lang=pt&format=pdf>
- Santana, I., Duro, D., Lemos, R., Costa, V., Pereira, M., Costa, V., Simões, M. & Freitas, S. (2016). Mini-mental State Examination: avaliação dos Novos Dados Normativos no Rastreamento e Diagnóstico do Déficit Cognitivo. *Revista Científica da Ordem dos Médicos*, 29(4), 240-248. <http://dx.doi.org/10.20344/amp.6889>
- Seabra-Santos, M.J., Almiro, P., Simões, M., Almeida, L. (2019). Testes Psicológicos em Portugal: Atitudes, Problemas e Perfil dos Utilizadores. *Associação Iberoamericana de Diagnóstico e Avaliação Psicológica*, 4 (53). <https://www.redalyc.org/journal/4596/459661297009/html/>
- Secretaria Municipal De Saúde (2016). Depressão - Tratamento e acompanhamento de adultos (incluindo pessoas portadoras de doenças crônicas). Coleção Guia de Referência Rápida. 1ª Edição. Comunicação e Educação em Saúde. https://www.ufrgs.br/telessaunders/documentos/biblioteca_em_saude/025_material_saude_e_guia_referencia_rapida_depressao.pdf
- Silva Filho, O.C., & Silva, M.P. (2013). Transtornos de ansiedade em adolescentes: considerações para a pediatria e hebiatria. *Adolescência & Saúde*, 10 (3), 3-41. <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/iciict/8411/1/Transtornos%20de%20ansiedade.pdf>

- Silva, M.A., Wendt, G.W., & Argimon, I.L. (2018). Inventário de depressão de beck II: análises pela teoria do traço latente. *Avaliação Psicológica*, 17(3), 339-350. <https://dx.doi.org/10.15689/ap.2018.1703.14651.07>
- Singulane, B.A, & Sartes, L.M. (2017). Aliança Terapêutica nas Terapias Cognitivo-comportamentais por Videoconferência: uma Revisão da Literatura. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 37(3), 784-798. <https://doi.org/10.1590/1982-3703000832016>
- Soares, M. (n.d.). O tratamento da depressão. <https://www.mbmacedosoares.com.br/2016/06/o-tratamento-da-depressao/>
- Sousa, J.S. (2015). *Epidemiologia, etiopatogenia, diagnóstico e tratamento farmacológico da depressão em Portugal*. [Dissertação de Mestrado, Universidade Fernando Pessoa]. Repositório Institucional da Universidade Fernando Pessoa. https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/5329/1/PPG_24560.pdf
- Souza, B.P. & Torquato Júnior, M.A. (2018). Depressão e outros transtornos de humor. In L.A. Sampaio & F. Lotufo Neto (Eds.), *Psiquiatria – O essencial* (1ª ed., pp. 51–69). Edimédica Editora Médica. <https://www.amban.org.br/site123456/pdf/livro2.pdf>
- Souza, F.G. (1999). Tratamento da depressão. *Revista Brasileira Psiquiátrica*, 21, 18-23. <https://doi.org/10.1590/S1516-44461999000500005>
- Stahl, S.M. (2013). *Psicofarmacologia. Bases neurocientíficas e aplicações práticas*. 4ª edição. Editora Guanabara Koogan Ltda.
- Stein D.J., Seedat S. (2004). Unresolved questions about treatment-resistant anxiety disorders. *CNS Spectrums*, 9(10), 715. <https://www.cambridge.org/core/journals/cns-spectrums/article/unresolved-questions-about-treatment-resistant-anxiety-disorders/B85D4D5D613E041EBFDD31B324D0497A>
- Strauss, E., Sherman, E., & Spreend, O. (2006). *A compendium of neuropsychological tests: Administration, norms, and commentary* (3a ed.). New York: Oxford University Press. https://books.google.be/books?id=jQ7n4QVw7-0C&pg=PR11&hl=pt-PT&source=gbs_selected_pages&cad=2#v=onepage&q=rey&f=false
- Ströhle, A., Gensichen, J., & Domschke, K. (2018). The Diagnosis and Treatment of Anxiety Disorders. *Deutsches Arzteblatt International*, 115(37): 611–620. doi: [10.3238/arztebl.2018.0611](https://doi.org/10.3238/arztebl.2018.0611)
- Tavares, M. (2000). A entrevista clínica. In Cunha, J.A. (Coord.), *Psicodiagnóstico-V*, (5ª ed., pp. 45-56). Artmed.

- Taylor, C.B. (2006). Panic disorder. *BMJ*, 332 (7547), 951-955.
doi: [10.1136/bmj.332.7547.951](https://doi.org/10.1136/bmj.332.7547.951)
- Teixeira, J. (2004). Psicologia da Saúde. *Análise Psicológica*, 22 (3), 441-448.
- Viegas, J., & Saraiva, C.B. (2014). Perturbação de Pânico e agorafobia. In C.B. Saraiva & J. Cerejeira (Coords), *Psiquiatria Fundamental* (1ª ed., pp. 205-221). Lidel.
- Vieira Filho, N.G., & Teixeira, V.M. (2003). Observação clínica: estudo da implicação psicoafectiva. *Psicologia em Estudo*, 8 (1), 23-29.
<https://www.scielo.br/j/pe/a/D7hy8BCyRLznXnRHXWx5D8k/?format=pdf&lang=pt>
- Wechsler, S.M., Hutz, C.S, Primi, R. (2019). O desenvolvimento da avaliação psicológica no Brasil: Avanços históricos e desafios. *Avaliação Psicológica*, 18(2), 121-128.
<http://dx.doi.org/10.15689/ap.2019.1802.15466.02>
- Wilkinson, G., Moore, B & Moore, P. (2005). *Tratamento da depressão*. Climepsi Editores.
- World Health Organization (2017). *Depression and other Common Mental Disorders. Global Health Estimates*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf>
- World Health Organization (2022). *International Classification of Diseases 11th Revision*.
<https://icd.who.int/en>
- Zamignani, D. R., & Banaco, R. A. (2005). Um panorama analítico-comportamental sobre os Transtornos de Ansiedade. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 7(1), 77 – 92.
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452005000100009
- Zeltzer, L., & Marvin, K. (2011, Janeiro, 20). Montreal Cognitive Assessment (MoCA).
<https://strokengine.ca/en/assessments/montreal-cognitive-assessment-moca/>