



UNIVERSIDADE
CATÓLICA
PORTUGUESA

BRAGA

Relatório de Estágio

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

Andreia da Conceição da Cunha Jordão

Faculdade de Filosofia e Ciências Sociais

DEZEMBRO 2015



CATÓLICA

FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS SOCIAIS

BRAGA

Relatório de Estágio

Local de Estágio: ACES Grande Porto I –
Santo Tirso/Trofa

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

Andreia da Conceição da Cunha Jordão

Sob a Orientação da Prof.^a Doutora **Eleonora Cunha
Veiga Costa**

Agradecimentos

A realização deste trabalho, foi um culminar de aprendizagem e conhecimento, porém seria impossível sem o apoio das pessoas que, sempre acreditaram e ajudaram na realização do mesmo.

Agradeço à minha orientadora Professora Doutora Eleonora Costa, ao empenho e o acompanhamento prestado ao longo de todo o processo de estágio.

À Doutora Piedade Vieitas, pelo seu empenho, apoio e disponibilidade, pela forma como me recebeu e integrou no Centro de Saúde de Santo Tirso, desde o primeiro momento que lá cheguei e pela motivação sempre transmitida.

Aos meus pais e irmã, pela dedicação, apoio, compreensão, ajuda, incentivo nos momentos mais difíceis e pela oportunidade que me ofereceram de realizar o meu sonho, sem eles esta etapa era impossível de ser concretizada.

Aos meus colegas de estágio, pelos momentos de boa disposição, carinho, força, lealdade e entre ajuda que me proporcionaram.

Às minhas amigas de e para uma vida inteira, Andrea Martins, Carla Meireles e Susana Francisco, que ao longo deste percurso académico me ajudaram e mostraram que a vida nos reserva coisas boas como o facto de vos ter conhecido. São sem dúvida as pessoas mais importantes desta estadia da FacFil.

Por ultimo agradeço aos restantes professores do curso de Psicologia, que ao longo desta jornada que me mostraram que a Psicologia é muito mais que livros, e pelas aulas que me ajudaram muito na elaboração deste relatório.

Resumo

O presente relatório surge no âmbito do estágio integrado no plano curricular do 2º Ciclo em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade Católica Portuguesa - Faculdade de Filosofia e Ciências Sociais de Braga. O estágio realizado decorreu no contexto de Cuidados de Saúde Primários, mais propriamente no Serviço de Psicologia da Unidade de Recursos Assistenciais, pertencente ao Agrupamento de Centros de Saúde Grande Porto I - Santo Tirso/Trofa. E teve como objetivo proporcionar à estagiária um conjunto de atividades que permitiram o desenvolvimento de competências enquanto profissional em Psicologia. Este relatório pretende descrever as atividades realizadas durante o estágio, designadamente as atividades de observação, de avaliação psicológica, de intervenção psicológica individual e em grupo e atividades de formação. Assim, como refletir sobre as experiências vividas e as aprendizagens alcançadas durante o mesmo.

Palavras-chave: Estágio curricular; Psicologia Clínica; Psicologia da Saúde.

Abstract

The present report comes under the integrated master in the curricular stud plan of 2º the Cycle Clinical and Health Psychology of the Portuguese Catholic University – Faculty of Psychology and Social Sciences of Braga. The stage took place in the context of Primary Health Care; more specifically in the Psychology Service Unit Shared Resource Assistance belonging to the Cluster of health centers Grande Porto I – Santo Tirso/Trofa, and aimed to provide the trainee a set of activities that allowed the development of skills as a Psychology professional. This report is intended to describe the activities performed during the internship, including the activities of observation, psychological evaluation, individual and group psychological intervention, and training activities, as well as reflect on the experiences and the learning achieved in the meantime.

Keywords: Stage curriculum; Clinical Psychology; Health Psychology.

Índice

Introdução.....	6
I - Funções do Psicólogo e Local de Estágio.....	7
1.1. O papel do Psicólogo Integrado nos Serviços de Cuidados de Saúde Primários	7
1.2. Caracterização da Instituição - ACES - Grande Porto I - Santo Tirso/Trofa	8
1.2.1. Caracterização do Serviço de Psicologia.....	9
1.2.2. Avaliação das Necessidades da Instituição no Serviço de Psicologia.....	10
II - Atividades Desenvolvidas no Estágio	11
2.1. Atividades de Observação	11
2.2. Atividades de Avaliação Psicológica	12
2.3. Intervenção Psicológica.....	13
2.3.1. Intervenção Psicológica Individual.	13
2.3.2. Apresentação dos Casos Clínicos	13
Caso Clínico “A.M.”	13
Caso Clínico “M.E.”	19
Caso Clínico R.....	25
Caso Clínico – “A”	30
Estudo de Caso – “M.I.”.....	36
2.4. Intervenção Psicológica em Grupo.....	42
2.4.1 PASSE - Programa de Alimentação Saudável em Saúde Escolar.....	42
2.5 Atividade de Formação.....	43
2.5.1 Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE) - “Os Jovens e a Sexualidade”	43
Reflexão final	44
Referências Bibliográficas.....	47
Anexo I.....	Error! Bookmark not defined.

Introdução

O presente relatório de estágio pretende descrever as atividades realizadas ao longo do ano letivo de 2014/2015 relativamente ao estágio curricular do Mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade Católica Portuguesa - Faculdade de Filosofia e Ciências Sociais de Braga. O estágio decorreu no contexto de cuidados de saúde primários, no centro de Saúde de Santo Tirso, no Grande ACES Grande Porto I - Santo Tirso/Trofa, sob a orientação da Psicóloga Clínica Dra. Piedade Vieitas com a supervisão da Professora Dra. Eleonora Costa.

O estágio teve como principais objetivos desenvolver um conjunto de atividades no Centro de Saúde de Santo Tirso, na área clínica e da saúde, que possibilitaram por em prática as aprendizagens efetuadas ao longo da formação. Neste sentido, as atividades desenvolvidas contemplam a aplicação de diferentes abordagens teóricas aos diferentes contextos da atividade psicológica, bem como o contacto e aprendizagem de boas práticas desenvolvendo assim competências adequadas e autónomas.

Este relatório encontra-se dividido em duas partes: numa primeira será definido o papel do psicólogo nos cuidados de saúde primários e a caracterização da instituição onde decorreu o estágio; numa segunda parte são descritas as atividades desenvolvidas ao longo do estágio, nomeadamente: atividades de observação, intervenção psicológica individual, breve descrição dos casos clínicos acompanhados, análise mais aprofundada de um caso clínico, intervenção em grupo no âmbito da Obesidade e ação de educação para a saúde no âmbito da sexualidade. Por último foi realizada uma reflexão sobre a dinâmica institucional e a experiência vivenciada no estágio.

I - Funções do Psicólogo e Local de Estágio

O estágio curricular em psicologia clínica e da saúde decorreu numa unidade de cuidados de saúde primários, no centro de saúde de Santo Tirso/Trofa. Este primeiro ponto pretende clarificar o papel do psicólogo e, caracterizar o local de estágio.

1.1. O papel do Psicólogo Integrado nos Serviços de Cuidados de Saúde Primários

A psicologia clínica e da saúde tende a aplicação de conhecimentos e métodos de todos os campos práticos da psicologia na promoção e na manutenção de saúde física e mental do indivíduo e na prevenção, avaliação e tratamento de todas as formas de perturbação mental e física, nas quais influências psicológicas podem ser utilizadas para avaliar o mau funcionamento (Ribeiro & Leal, 1996).

A principal função do psicólogo no centro de saúde é intervir na saúde global do indivíduo ao longo do ciclo de vida, da família e da comunidade, estando focada na promoção e bem-estar psicológico, nos comportamentos relacionados com a saúde e com a doença, na mudança de comportamentos, nos processos de adaptação à doença, na adesão a medicamentos e ao auto-cuidados (Teixeira, 2007).

Segundo Trindade e Teixeira (2007), para desempenhar o papel, um psicólogo no centro de saúde tem de possuir muito mais do que apenas competências para a avaliação clínica. É assim necessário que o psicólogo seja um profissional com competências ligadas a áreas educacionais, sociais e organizacionais ligadas à saúde, sendo capaz de proporcionar às equipas de cuidados de saúde primários e às direções, um entendimento acerca das particularidades psicológicas associadas à saúde, à prestação de cuidados de saúde, à gestão em recursos, à humanização de serviços e à intervenção comunitária

Portanto, o psicólogo clínico e da saúde trabalha como promotor de saúde, previne doenças futuras, procura inculcar hábitos de vida saudáveis e prevenção e tratamento de patologias, acompanhando os indivíduos e/ou famílias no desenvolvimento de competências que permitem alterar os seus padrões (dis)funcionais, reduzindo situações de risco, promovendo a autonomia funcional, e os

comportamentos e atitudes positivas, inerente à promoção de motivações, auto-estima, do desenvolvimento da autonomia pessoal e social (Menezes, 2010).

O psicólogo não é meramente um técnico de saúde mental, visto que este não se encontra apenas direcionado para a intervenção na psicopatologia nem à doença mental mas também para a saúde global da pessoa ao longo de todo o ciclo, da família e comunidade e focaliza-se na promoção do bem-estar psicológico, nos comportamentos, nos processos de adaptação à doença, na adesão de medicamentos e nos comportamentos de utilização de serviços e recursos de saúde (Trindade & Teixeira, 2007).

Neste sentido, realiza-se, não só junto da patologia mental, mas também através das experiências, comportamentos e interações com a saúde e doença, em indivíduos saudáveis e doentes. Depois desta abordagem e atendendo à multiplicidade dos serviços prestados no centro de saúde de Santo Tirso, bem como a especificidade da população (criança, adolescente e adultos) e a presença de várias áreas de intervenção do psicólogo no local de estágio. Assim sendo, o psicólogo na área clínica e da saúde pode intervir em diferentes pedidos de consulta psicológica e, pode realizar intervenções em diferentes grupos de risco, através de programas de promoção de saúde, ou através de ações de formação.

1.2. Caracterização da Instituição - ACES - Grande Porto I - Santo Tirso/Trofa

No dia 12 de Outubro de 2001, o centro de saúde de Santo Tirso foi inaugurado, embora o serviço de psicologia iniciou-se em fevereiro de 2005, este serviço faz parte da URAP (Unidade de Recursos Compartilhados). A sua localização faz parte da freguesia de Santo Tirso, distrito do Porto, é também a sede e engloba quatro USF, sendo elas a USF Ponte Velha, a USF Veiga do Leça e a USF Caldas da Saúde.

O ACES de Santo Tirso/Trofa é composto por três Centros de Saúde: Centro de Saúde de Santo Tirso, Centro de Saúde de Negrelos e Centro de Saúde da Trofa. O Decreto de Lei nº28/2008 de 22 de fevereiro realça que os ACES são serviços de saúde com autonomia administrativos, constituídos por várias unidades funcionais, sendo elas:

Unidade de Saúde Familiar (USF), Unidade de Cuidados Personalizados (UCSP), Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), Unidade de Saúde Pública (USP), Unidade de Recursos Compartilhados (URAP), Unidade de Apoio à Gestão (UAG), Gabinete do Cidadão (GC), Serviço de Atendimento em Situações de Emergência (SASU), que integram um ou mais centros de saúde. De acordo com o mesmo decreto, os ACES têm como objetivo garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica e ainda o cumprimento dos objetivos, visando o desenvolvimento de atividades de promoção de saúde e prevenção de doença, prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados.

1.2.1. Caracterização do Serviço de Psicologia

A psicóloga Dra. Piedade Vieitas é a responsável pelo serviço de Psicologia no Centro de Saúde de Santo Tirso, nesta valência, são concedidos serviços de acompanhamento psicológico, bem como projetos com intuito de responder às necessidades da comunidade envolventes (nomeadamente formações cívicas com diversos objetivos). Quando o serviço recebe o pedido por parte do médico de família do utente, a marcação da consulta fica ao encargo do psicólogo estagiário com a supervisão da Dra. Piedade Vieitas, sendo o apoio administrativo que faz o contacto telefónico ou por correio da data e hora da consulta pedida. O tempo que os utentes podem esperar por uma primeira consulta é variável, no entanto um pedido é recebido com carácter de urgência, se houver disponibilidade pode ser marcado no próprio dia ou no tempo máximo de uma semana. É de salientar que se o utente faltar a duas consultas consecutivas sem aviso prévio, é de imediato acionado o encerramento do processo clínico. Esta informação é enviada ao médico de família, e a remarcação só acontece mediante um novo contacto do clínico.

O início do processo terapêutico é realizado através da recolha das informações que motivou o pedido da consulta e explorar a razão da intervenção. Nas consultas que se realizam posteriormente, a utilização de provas psicológicas só são recurso se houver justificação clínica, claro que se tem em conta a idade do paciente para que haja uma

adequação utilitária. No caso das crianças, pré-adolescentes e adolescentes a recolha da anamnese/história clínica é concretizada com os pais ou familiares próximos que tenham a responsabilidade legal. Quando a fase da avaliação é finalizada, elabora-se um relatório de devolução que é anexado ao processo clínico, assim como reportado ao médico de família, que faz o encaminhamento do paciente, o término e os resultados do acompanhamento psicológico, é feito para todos os casos que são referenciados ao serviço de psicologia. Este término, referido anteriormente, só é feito quando o paciente se mostra capaz de lidar com as problemáticas, reportadas inicialmente, sem que exista risco de recaída.

1.2.2. Avaliação das Necessidades da Instituição no Serviço de Psicologia

É de grande importância avaliar as necessidades e recursos a nível psicológico para contribuir, posteriormente, num plano de intervenção que dê resposta a essas mesmas necessidades (Teixeira & Trindade, 2007). Para avaliar as necessidades da instituição ao nível dos serviços de Psicologia, procedeu-se a uma reunião com a Psicóloga Dra. Piedade Vieitas do ACES de Santo Tirso/Trofa. Neste sentido, foram enumeradas algumas necessidades que acharam pertinentes, relativamente ao serviço de psicologia:

- ✓ Assistência e apoio psicológico a crianças, jovens, adultos e idosos;
- ✓ Participação em programas de promoção da saúde e prevenção da doença, tais como:
 - Programa de Alimentação Saudável em Saúde Escolar (PASSE);
 - Realização de ações de Formação aos alunos do 10º ano “Os Jovens e a Sexualidade”.

II - Atividades Desenvolvidas no Estágio

Em conformidade com as necessidades da unidade de Santo Tirso anteriormente apresentadas e, procurando dar resposta aos objetivos de estágio delineados pela Universidade Católica Portuguesa - Faculdade de Filosofia de Braga, foram desenvolvidas atividades de observação, avaliação psicológica, intervenção individual e em grupo, e na implementação de uma ação/de atividades de formação.

2.1. Atividades de Observação

A fase inicial do estágio consistiu na observação, sendo que este é um processo fundamental, pois permite obter uma informação acerca da instituição e do seu funcionamento, mais concretamente acerca do papel do psicólogo e das consultas de psicologia. A observação também permitiu o primeiro contacto com as várias funções do psicólogo nos CSP, também possibilitou o desenvolvimento de competências sociais e profissionais, através da observação da interação dos vários técnicos que integram a URAP.

Em relação à observação das consultas de psicológicas individuais, só me foi possibilitado a realização da observação de uma primeira consulta, devido à impossibilidade da Dra. Piedade.

Para além da observação de uma consulta psicológica individual, também me foi possível observar uma ação de formação “Birras - Promover a Parentalidade” destinada a todos os funcionários do ACES, dirigida por Enfermeira estagiária Daniela Alves. Esta ação teve uma duração de 90 minutos tendo como objetivos: definir birra; identificar as causas; os fatores que influenciam as birras; efeitos da birra na família; como prevenir e lidar e os sinais de alerta.

Esta ação foi pertinente, visto haver alguma dificuldade em reconhecer que as birras excessivas ou que se prolongam além da idade habitual, podem acompanhar-se de certas perturbações do desenvolvimento. Esta ação teve uma boa adesão e o *feedback* foi positivo.

2.2. Atividades de Avaliação Psicológica

A avaliação psicológica consiste num processo de recolha de dados e da interpretação da informação através de teorias, métodos e instrumentos psicológicos. Esta avaliação tem como finalidade obter um maior conhecimento sobre o indivíduo, grupo ou das situações para atingir os objetivos definidos entre terapeuta e paciente. Permite ainda obter conhecimento de capacidades cognitivas e sensoriomotoras, competências sociais, emocionais, afetivas, motivacionais, aptidões específicas e indicadores psicopatológicos dos sujeitos (Wechsler, 1999, cit. in Padilha, Noronha & Fagan, 2007).

O processo de avaliação psicológica realizado ao longo do estágio recorreu-se a diversas ferramentas: entrevista clínica, observação comportamental e utilização de provas psicológicas. Sempre que necessário a avaliação psicológica foi complementada com testes psicométricos, como questionários, inventários e testes de avaliação psicológica. Quando utilizado de forma eficaz, a avaliação pode estabelecer a base de um diagnóstico ajustado ao planeamento mais adequado de intervenção.

As consultas de psicologia no Centro de Saúde de Santo Tirso, encontram-se orientadas segundo um regime de consulta interna, sendo que os casos são encaminhados ou sinalizados pelos médicos de família do Centro de Saúde. Os motivos de encaminhamento são diversos onde se pretende a avaliação, psicodiagnósticos ou a intervenção/acompanhamento. Esta avaliação é de periodicidade semanal, onde se recorre à observação clínica, às provas psicológicas, e contextualização familiar, em que posteriormente é elaborado um relatório de devolução com a informação clínica do utente. Este parecer é realizado com a psicóloga estagiária e a psicóloga orientadora do local.

No final, é devolvida uma compreensão psicológica ao paciente caso se trate de um utente maior de idade. Nos casos em que o utente é menor de idade, essa devolução é entregue ao responsável para que seja compreendida a situação.

2.3. Intervenção Psicológica.

2.3.1. Intervenção Psicológica Individual.

Após realizada a avaliação psicológica, nos casos em que se verificou a necessidade de intervenção psicológica individual, foi delineado um plano de intervenção junto do utente e/ou familiares. Para tal, houve a necessidade de implementar um modelo teórico que melhor se adequava à origem e manutenção da problemática de cada sujeito. Este modelo serviu de suporte teórico para delinear os objetivos e estratégias de intervenção psicológica.

Os modelos e as terapias Cognitivo-Comportamentais (TCC) foram privilegiados, uma vez que têm sido apontados como as mais eficazes no tratamento de diversas psicopatologias. Segundo Butler e Beck (2000; cit in Wright et al., 2008) referem que as várias pesquisas controladas e randomizadas demonstraram a eficácia da TCC para diversas perturbações mentais. Contudo não foram excluídas outras abordagens e estratégias, sempre que se mostraram mais adequadas.

2.3.2. Apresentação dos Casos Clínicos

Seguidamente, são apresentados cinco casos clínicos acompanhados ao longo do estágio. Estes envolveram observação, a avaliação psicológica, bem como a elaboração e implementação de planos de intervenção psicológica. Os casos apresentados diferem nas problemáticas e na faixa etária dos sujeitos.

Caso Clínico “A.M.”

Identificação

“AM.” é uma menina de 11 anos de idade, vive com a mãe, o pai e o irmão gémeo. Frequenta o 5º ano com bom rendimento escolar. O pai de 42 anos de idade com

o 6º ano de escolaridade tem como profissão polidor de móveis, e a mãe de 40 anos de idade com o 9º ano de escolaridade encontra-se neste momento desempregada.

Encaminhamento e Problema apresentados

“A.M.” foi encaminhada para a valência de Psicologia pelo médico de família por apresentar uma sintomatologia ansiosa associada ao desempenho nas vésperas dos testes.

História do Problema

“A.M.” vem à consulta acompanhada pela mãe que refere que a filha nas vésperas dos testes *“fica bloqueada, não consegue fazer mais nada, chora e diz que não sabe nada e começa a queixar-se de dores de barriga”* (sic.). Este comportamento é recorrente e tem sido manifestado desde o início do ano letivo no momento em que iniciaram os testes. A mãe também refere (...) *“ela acorda de noite e vem dormir para o meu quarto, diz que tem medo que os monstros entrem no quarto dela, quando alguém bate a porta de casa se ela não conhecer fica com medo, ela diz que são pessoas que querem raptá-la”* (sic).

História Desenvolvimental e Psicossocial

Para efetuar a recolha de dados sobre a história psicossocial, foi realizada uma entrevista com semi estruturada com a mãe. A mãe apresentou uma atitude colaborante e ao longo da consulta mostrou-se simpática e comunicativa.

“A.M.” foi fruto de uma gravidez desejada e planeada. O parto foi de cesariana, “A.M.” nasceu prematura com 29 semanas e 5 dias, o que deixou muito preocupada pois os gémeos estiveram um mês na incubadora. “A.M.” começou a andar com 18 meses. Segundo a mãe “A.M.” começou a falar com 12 meses e a comer com autonomia aos 30 meses. Aos 24 meses começou a dormir sozinha no quarto e foi na mesma altura que começou a fazer o controlo de esfíncteres (diurno), em que esta educação foi feita no infantário, aos 28 meses começou a fazer o controlo dos esfíncteres noturno.

“A.M.” é uma criança autônoma na higiene pessoal, vestir e calçar desde os 5 anos de idade. Atualmente frequenta o 5º ano de escolaridade, segundo a mãe “A.M.” demonstra gostar da escola e tem uma boa relação com o grupo de pares e adultos no contexto escolar. Os trabalhos de casa são realizados em casa com a supervisão da mãe. “A.M.” tem como atividades extracurriculares a natação e estuda música no Colégio dos Arautos do Evangelho em Guimarães.

A mãe descreve o comportamento da filha, como uma criança “calma, atenta, normal”, descreve o temperamento como uma criança “carinhosa, amiga e honesta”. A mãe acrescentou que “A.M.” tem medo do escuro, e quando acorda de noite vai para o quarto dos pais, também tem receio das pessoas que vão a sua casa e que não conhece.

Segundo a mãe “A.M.” tem uma boa relação com os pais, já com o irmão a mãe descreve a relação como “*almas gémeas*”. Relativamente à relação conjugal a mãe refere ter um bom relacionamento com o conjugue.

História Médica, pessoal e familiar

“A.M.” é uma criança saudável, apresentando no seu historial médico um internamento hospital aos dois anos de idade devido a uma convulsão febril.

Não existem antecedentes de desordens psiquiátricas nos parentes de 1º grau.

Avaliação do Estado Mental e relação estabelecida com a utente

“A.M.” apresenta-se à consulta com uma aparência física cuidada e um discurso organizado e adequado ao seu desenvolvimento. Tem uma postura colaborante e comunicativa, mantendo sempre entusiasmo em estar presente nas consultas.

Instrumentos de Avaliação e Interpretação de Resultados

No sentido de conhecer melhor o funcionamento emocional da criança foram administradas algumas técnicas de avaliação psicológica, além da recolha de dados anamnésicos junto da mãe, como o Desenho da Família, Teste de Roberts, o Questionário de Zelazosca. Foi também aplicado o Questionário Fear Survey Schedule

for Children - Revised (FSSC-R), este foi aplicado com o intuito de avaliar os medos de “A.M.” e a sua intensidade.

Instrumentos de avaliação	Resultados
Desenho da Família	<p>O desenho da família obedeceu ao princípio da realidade, na medida em que desenhou todos os membros da família. “A.M.” começou a desenhar a mãe e posteriormente as restantes personagens indo da esquerda para a direita, revelando uma tendência progressiva, ou seja, de olhar para o futuro.</p> <p>Observa-se uma boa aquisição do esquema corporal da figura humana, e uma mobilidade no desenho, o que indica que se trata de uma criança mais racional. Verifica-se que não há presença de mecanismos de defesa o que revela ausência de problemas evidentes ao nível familiar e emocional.</p> <p>Existe uma clara diferenciação sexual e a força da amplitude do traçado é forte o que indica uma atitude de extroversão por parte da criança.</p>
Questionário de Zelazosca	<p>“A.M.” descreve a sua família como <i>“bonita, gira”</i>. Foi possível entender que respetivamente ao seu ambiente familiar, sente-se bem. O que mais gosta é de brincar com a sua família. A nível da esfera interpessoal, “A.M.” considera-se uma menina <i>“divertida, alegre e carinhosa”</i>.</p> <p>Relativamente à mãe refere que <i>“ela ajuda-me mais que o pai, gosto das suas brincadeiras e ela faz-me cócegas, é meiga e carinhosa”</i>. Em relação ao pai descreve-o como <i>“alto, magro, carinhoso e meigo, ele trabalha muito e brinca menos comigo”</i>. Descreve o irmão como <i>“melhor amigo, às vezes é um bocado chato mas gosto muito dele, brincamos muito”</i>.</p> <p>No que diz respeito à escola, “A.M.” refere sentir-se bem. A escola é <i>“bonita, gosto muito da biblioteca, os professores brincam</i></p>

	<i>conosco, mas o professor de matemática berra muito</i> ". Os amigos são <i>"fixes e gosto deles todos"</i> .
Teste de Roberts	Não evidenciou a presença de indicadores clínicos. Relativamente às escalas clínicas denota-se uma acentuação dos valores de ansiedade, o que indica a presença de sintomatologia ansiosa. Não se verificam distorções elevadas dos conteúdos presentes nos cartões, nem evidência de perturbação do pensamento.
(FSSC-R)	Com base neste teste foi possível apurar que os medos de "A.M." se relacionam com o medo do desconhecido. Estes resultados vão de encontro com as queixas apresentadas pela mãe da menina.

Diagnóstico

300.00 - Perturbação de Ansiedade Não Especificada

Diagnóstico Diferencial

Depois da análise da história clínica pode-se afirmar que os sintomas apresentados por "A.M." não são consequência fisiológica de um estado físico geral nem estão relacionados com consumo de substâncias. Descartou-se o diagnóstico de Perturbação de Ansiedade Generalizada, uma vez que os medos apontados por "A.M." relacionam-se com situações do desconhecido. Não foi considerada uma Perturbação de Ansiedade de Separação, uma vez que a menina apresenta dificuldades em separar-se das figuras de vinculação.

Conceptualização Clínica

Na origem das perturbações da ansiedade encontram-se vários fatores; biológicos, genéticos, psicológicos e ambientais (Barlow & Durand, 2001). Os pacientes com ansiedade sofrem de preocupações crónicas, excessivas e de uma série de índices cognitivos, emocionais e fisiológicos de ativação (Barlow, 1998; APA, 1994).

De fato “A.M.” apresenta preocupações: *“tenho medo que raptem a minha família e depois nunca mais os vejo”* (sic.).

A ansiedade está associada a fatores psicossociais, como dificuldades de relacionamento social, emocionais ou acadêmicas (Donovan & Spence, 2000; cit. in Lizuka & Barrett, 2011).

Os modelos Cognitivos da Ansiedade (Beck, Emery & Greenberg, 1985; cit. In Clark, 1997) propõem que a ansiedade difusa é derivada de crenças ou suposições disfuncionais que o indivíduo tem respeito a si mesmo e do mundo, levando a que interprete uma variedade de situações como ameaçadoras. No contexto escolar, é notório a preocupação e medo que “A.M.” tem antes dos testes, ela relatou *“quando estou a estudar antes do teste, começo a ficar nervosa e parece que não sei nada e choro”*. Quando o quadro de ansiedade se instala, as mudanças de atenção e comportamento contribuem para a sua manutenção (Clark, 1997). Estas mudanças comportamentais verificam-se na “A.M.”, por exemplo quando acorda de noite e vai dormir com a mãe porque têm medo que tenha “monstros” no quarto.

Intervenção Psicológica

A intervenção psicológica realizada com a “A.M.” centrou-se na terapia cognitivo-comportamental para o tratamento das perturbações de ansiedade. Para tal foi aplicado o programa *“Livro do gato habilidoso” (Coping Cat)* destinado ao tratamento de perturbações de ansiedade em crianças e adolescentes. Este programa foi desenvolvido por Kendall e Hedtke (2011) e trabalha de forma acessível todas as componentes essenciais da terapia cognitivo-comportamental para perturbações de ansiedade (e.g., cognições; comportamentos; relaxamento).

Antes de dar início ao programa foi realizada uma psicoeducação com “A.M.” e os, de forma a dar-lhes conhecimento sobre as especificidades da ansiedade em questão e o plano de intervenção. Foi ainda integrada a mãe no programa de intervenção solicitando o auxílio desta para praticar algumas técnicas de exposição e para estimular a menina a realizar diariamente o treino de relaxamento. Com a realização e aplicação deste programa foi possível apurar as cognições erróneas e causadoras da ansiedade sendo estas: *“quero ser tão boa aluna como o meu irmão, quero continuar a ter boas notas”* e *“tenho medo que alguém rapta a minha família e eu fique sozinha”*. Ao longo

das sessões e com base no programa aplicado estas cognições foram trabalhadas com o recurso ao “plano do medo”. Este plano serve como auxílio à criança, onde, consoante cada letra da palavra Medo, se aplica uma estratégia associada e, no fim, a criança recompensasse.

Na última fase da intervenção, e perante a remissão da sintomatologia ansiosa, realizou-se a Prevenção de Recaídas.

Caso Clínico “M.E.”

Identificação

“M.E.” é do género feminino, de 66 anos, casada. Vive com a cunhada de 86 anos e o marido de 67 anos. Mãe de duas filhas, uma de 38 e a mais velha de 42 anos de idade. Neste momento “M.E.” vive da reforma dela, do marido e da cunhada.

Encaminhamento e Problema apresentados

“M.E.” foi encaminhada para a valência de psicologia pela médica de família, a qual refere que a utente tem ao seu encargo a cunhada com graves problemas de saúde e o marido com neo pulmonar inoperável de mau prognóstico e que ambos necessitam de acompanhamento próximo. A utente tem graves problemas económicos e necessita de ajuda para encontrar mecanismos para lidar com a situação.

História do Problema

“M.E.” refere que o problema iniciou-se á 4 anos atrás, “(...) *a minha cunhada nunca casou nem teve filhos e veio morar para minha casa, entretanto descobre um cancro na barriga e os médicos dizem que não podem fazer nada porque já está espalhado pelo corpo, há um ano atrás o meu marido descobre que tem um cancro no pulmão (...) já não sei o que fazer, estou muito cansada, o dinheiro não chega pra*

nada, não tenho dinheiro para pagar a água, o pouco que tenho é para os medicamentos (...) não sei o que hei~de fazer (...)” (sic.).

História Desenvolvidora e Psicossocial

“M.E.” pertence a uma fratria com três irmãos, dois rapazes mais velhos e uma rapariga mais nova. A mãe de 86 anos de idade, tem a 4ª classe e sempre trabalhou numa confeitaria até se reformar. O pai faleceu com 37 anos de tuberculose. “M.E.” descreve a sua infância com muita tristeza, recorda que passou *“muita fome”*, devido às dificuldades sentidas em casa ela teve que começar a trabalhar muito cedo, estudou até à 4ª classe e depois foi trabalhar para uma confeitaria para poder ajudar em casa.

Aos 20 anos conheceu o seu marido com quem namorou durante um ano, casaram. O marido era chefe de escritório de uma firma de exportação, com um bom salário o que ajudou no empréstimo ao banco para obterem casa própria. Da relação nascem duas filhas que “M.E.” as descreve como *“elas são muito amigas, carinhosas apesar dos problemas delas elas sempre me ajudaram no que precisei, são tudo pra mim”* (sic.). Passado 15 anos de casada “M.E.” começa a ter problemas financeiros e descobre que o marido tem uma relação extra conjugal *“(...) ele começou a frequentar boates e arranjou uma amante, foi então que ele deixou de pagar o empréstimo da nossa casa ao banco para pagar um apartamento pra ela, ficamos sem nada a nossa casa foi vendida num leilão (...)*” (sic.). “M.E.” alugou um apartamento e pede ajuda à segurança social, pois derivado a um acidente que o marido teve de carro que o deixou em coma 22 dias “M.E.” teve de deixar de trabalhar para cuidar dele. Com a cunhada ao seu encargo a ajuda que tinha da segurança social foi-lhe retirada.

A saúde da cunhada está cada vez mais precária, o marido terminou a radioterapia onde não obteve melhoras. O marido está muito debilitado, aumentou a dificuldade de respirar e como não consegue fazer muito esforço é a “M.E.” que tem que o ajudar nas suas tarefas do dia-a-dia.

“M.E.” tem uma alimentação precária *“o dinheiro não é muito e tento dar o melhor para a minha cunhada e o meu marido pois eles estão doentes e precisam de comer bem”* (sic.). Praticava exercício físico antes do marido ser internado, não tem hábito de tomar café nem fuma. Refere que sempre teve uma vida social ativa, mas teve que deixar de fazer o que mais gostava *“eu e meu marido saímos muito para dançar,*

mas agora com a doença dos dois não posso fazer mais nada disto” (sic.). Descreve o sono como “atribulado, levanto-me muitas vezes de noite para ver a minha cunhada está bem e não precisa de alguma coisa e também acordo para ver se o marido está a respirar” (sic.).

História Médica, pessoal e familiar

É a primeira vez que recorre ao serviço de psicologia. É uma pessoa saudável sem historial médico e não existem antecedentes de desordens psiquiátricas nos parentes de 1º grau. Relativamente à saúde atual não refere nenhuma patologia.

Encontra-se medicada com Triticium (100mg 1à noite), Sertralina (50mg) e Victan (1 em S.O.S.).

Avaliação do Estado Mental e relação estabelecida com a utente

“M.E.” apresenta um aspeto geral cuidado, denota-se preocupação com a sua imagem apesar de se vestir de preto. Apresenta um discurso organizado, lógico e coerente. Apresenta-se a maior parte das vezes cabisbaixa, triste e choro fácil.

Durante o processo de avaliação manteve um comportamento adequado, atitude cooperativa e disponibilidade para o estabelecimento da aliança terapêutica. A relação estabelecida com a utente foi de empatia.

Diagnóstico

V62.82 – Luto não complicado

Diagnostico Diferencial

“M.E” cumpre os critérios para um diagnóstico de luto não complicado, uma vez que apresenta uma reação normal à morte de um ente querido (marido). O diagnóstico de Perturbação Depressiva Major foi descartado, isto porque o humor deprimido de uma depressão é mais persistente e não está relacionado com pensamentos ou preocupações

específicas. Num processo de luto a pessoa é, tendencialmente, mais responsiva a manifestações de apoio, e o reaparecimento dos sintomas são ativados em datas especiais (e.g. data de aniversário, natal), enquanto numa depressão, tende a ser mais intensa e a pessoa raramente sente alívio nos seus sintomas.

Também não foi considerado o diagnóstico de Perturbação de Luto Complicado Persistente, pois este requer a presença de reações graves de luto que persistem por pelo menos 12 meses, que no caso de “M.E” o luto tem uma duração de 3 meses e não interfere com a capacidade funcional de “M.E”.

Conceptualização Clínica

Segundo Turner (1997) as doenças forjam as identidades individuais e coletivas das pessoas. O cuidar de um doente, em grande parte do percurso da doença, pode ser uma responsabilidade familiar, quando a doença está num estado avançado. Neste contexto surge o cuidador informal, que neste caso apresentado é a “M.E” a pessoa responsável por auxiliar o familiar dependente no dia-a-dia.

Loham (2003) aponta para a existência de aspetos positivos que fazem parte do processo de cuidar, sendo eles a valorização pessoal, o valor à vida e as pequenas coisas que a compõem; e os negativos, a perda da liberdade, solidão e cansaço. Moreira (2001) refere que o cansaço sentido pelo cuidador não advém do cuidar do familiar em si, mas do fato de não dormir e estar constantemente preocupado o que o impede de repousar verdadeiramente, o que acontece com “M.E.”, que está constantemente a acordar de noite para se certificar que a cunhada está bem e não necessita de nenhuma ajuda.

Segundo Stajdubar (2003) surge ainda que o próprio ato de cuidar, pode influenciar a vivência do processo de luto. Perante a impossibilidade de alterar a situação dos doentes, os familiares cuidadores sentem infelicidade e frustração perante a incapacidade de mudar ou travar o curso da doença, bem como amparar o sofrimento do doente. Embora tentando ser útil ao doente, a impotência perante a situação ressalta a frustração com a aproximação da morte, a impotência perante a crescente debilidade e o sofrimento físico aumenta. Como consequência da impotência, os familiares cuidadores experienciam angústia com a morte próxima.

De acordo com Barbosa (2006), o processo de luto tem o seu início quando acontecem as perdas associadas à doença terminal, onde essa perda se reporta a uma

situação de perda ou ausência das pessoas, coisas ou representações mentais que põem em marcha reações afetivas, cognitivas, comportamentais. Aceitar a realidade da perda, processar a dor da perda, adaptar a vida sem a pessoa que faleceu, encontrando um vínculo que perdure no tempo com o ente querido, é um trabalho que deve ser efetuado, dando início a uma nova vida.

Processo de Intervenção

Nos primeiros contatos com a paciente, na recolha da história clínica era perceptível a tristeza permanente, humor depressivo. A impotência perante o problema da cunhada e do marido é algo que a assombra, uma vez que não pode fazer nada em relação a isso. A cunhada e o marido encontravam-se internados com muito mau prognóstico.

As consultas com “M.E” foram interrompidas devido ao falecimento da cunhada e ao agravamento do estado de saúde do marido devido a uma bactéria que os médicos desconhecem de a sua origem, este fato fez com que “M.E” se muda-se para a casa da filha que vive em Matosinhos para minimizar os gastos. Regressa às consultas de psicologia em Setembro, após o falecimento do marido (acontecimento a 29 de Agosto).

“M.E.” apresentou-se nas seguintes consultas após o falecimento do marido, chorando compulsivamente, com sentimentos de culpa “fui tão mazinha com ele, berrei com ele várias vezes sem ele merecer”. “M.E.” sente-se perdida, conta que durante o funeral não conseguiu parar de chorar e que desde a morte do marido ainda não houve um dia que desde a morte do marido em que não chorasse. Transporta com ela uma fotografia do marido e refere que ao longo do dia tem necessidade de olhar para ela várias vezes, pois é a forma de o sentir ao seu lado. Refere também que se sente desamparada, pois não consegue lidar com assuntos burocráticos

Tendo em conta que o marido de “M.E.” faleceu há 20 dias e atendendo às quatro tarefas do luto de Worden (1998), verifica-se que a “M.E” consegue realizar a primeira e segunda tarefa, estando com dificuldades em realizar a terceira tarefa.

Neste caso estamos perante um processo de luto não complicado, pois “M:E” já conseguiu utilizar mecanismos pessoais que lhe permitem realizar duas tarefas de luto (“Aceitar a realidade da perda” e “Elaborar a dor da perda”), até chegar à consulta. Assim, a intervenção passou por realizar Aconselhamento de luto, com o objetivo de

ajudar a complementar as tarefas e a dizer um “adeus final”, evitando que evolua para um quadro mais complicado.

Na realização do Aconselhamento no Luto, foi importante ajudar a “M.E” a encontrar mecanismos que lhe permitissem realizar a terceira tarefa (“Ajustar-se a um ambiente em que a pessoa que faleceu não está”). Por exemplo, foi sugerido a “M.E” que procure ajuda entre os familiares e amigos para a auxiliar na resolução das questões burocráticas. Assim, o Aconselhamento de Luto passou por ajudar “M.E” a falar sobre a morte e a identificar e expressar os seus sentimentos. Este processo passou por normalizar os sentimentos e comportamentos associados ao processo de luto, identificando estilos desadaptados e explorando formas mais eficazes de lidar com os problemas. Uma vez que “M.E” refere ter apoio da família e amigos, é importante reforçar as relações com esta rede de suporte social, de forma a evitar um possível isolamento.

Com o objetivo de estimular a expressão de pensamentos e de sentimentos relacionados com a perda do marido foram utilizadas as seguintes técnicas:

- ✓ Linguagem evocativa – dizer o nome do marido com o objetivo de reafirmar a realidade da perda;
- ✓ Escrita – foi sugerido a “M.E” que escreve-se uma carta de despedida ao marido, uma vez que não teve tempo de se despedir do marido, pois sempre teve a esperança de que este ia melhorar.
- ✓ Reestruturação cognitiva – identificação de pensamentos irracionais (culpa pela morte do marido) e realização do teste da realidade (por exemplo: quantos vezes foi ao supermercado e o marido ficou em casa?);
- ✓ Livro de memórias – pode conter fotos, cartas, bilhetes, desenhos dos filhos, este foi sugerido com o intuito de mais tarde recordarem.

Neste momento o processo terapêutico ainda está a decorrer. Na finalização serão realizadas sessões de *follow-up* e de prevenção de recaída.

Caso Clínico R.

Identificação

“R.” é do gênero feminino, de 20 anos, solteira, vive com os pais e a irmã mais nova. Atualmente frequenta o 1º ano de universidade do curso de técnica de serviço social. O pai tem 45 anos e é agricultor de profissão e tem a 9º classe de escolaridade. A mãe tem 43 anos e é secretária administrativa de profissão e tem o 12ª ano de escolaridade. A irmã tem 16 anos e é estudante do 11º ano.

Encaminhamento e Problemas Apresentados

“R.” foi encaminhada para a valência de Psicologia pelo médico de família, o qual refere que a utente mostra dificuldades em lidar com acontecimentos indutores de stress, insegurança com situações novas e gerir dificuldades.

História do Problema

“R” refere que o problema começou quando ela tinha 12 anos de idade, *“nessa altura comecei a engordar mas nunca me preocupei com isso, há dois anos para cá comecei a preocupar-me com a minha aparência física, pois sempre fui alvo de chacota para os meus colegas da escola (...) a minha mãe também tem problemas de obesidade e o meu pai tem uma barriga que parece uma grávida, e acho que por eles serem assim nunca me incentivaram a emagrecer e nem a chamarem-me atenção para o fato de eu estar a engordar muito.”* (sic.). “R” refere *“evito muitas refeições para emagrecer mais facilmente, mas depois dá-me uma fome que come a dobrar e é aí que eu forço o vômito, é que depois sinto-me culpada por ter comido tanto”*.

História Desenvolvimental e Psicossocial

R. foi fruto de uma gravidez planeada e desejada por ambos os pais tal como a sua irmã mais nova. Os pais, mãe de 43 e pai de 45 anos de idade, R. descreve-os favoravelmente dizendo que sempre teve uma boa relação com ambos.

Descreve a infância como sendo normal, refere que na escola sempre foi uma aluna mediana, (...) *“não era de estudar muito”* (...) (sic.). Estudou no Colégio Santa Teresa de Jesus até ao 6º ano e na escola D. Dinis até ao 12º ano. Na escola não fazia educação física, pois sentia vergonha do seu corpo *“tinha vergonha de mudar de roupa em frente aos outros”*.

Descreve a relação com a irmã *“maravilhosa, ela dá-me muito apoio e senão fosse ela não estaria aqui, ela preocupa-se muito comigo”*. É com a irmã que passa a maior parte do tempo.

A relação com os colegas nem sempre foi das melhores, isto porque devido ao excesso de peso a “R” sempre foi alvo de comentários pejorativos face à sua aparência. Há dois anos atrás “R” começou a preocupar-se com a sua aparência e com as frequentes situações de chacota a que foi submetida, que começou por recorrer à restrição alimentar como forma de conseguir controlar o aumento de peso *“se eu não comer não engordo”*. Porém após alguns períodos de restrição, “R” recorre à ingestão compulsiva, que de seguida recorre a comportamentos purgativos (vómito) que lhe permitem controlar os efeitos de ingestão alimentar (aumento de peso) interrompendo temporariamente o desconforto e a ansiedade provocadas pela ingestão compulsiva.

“R” ingressou na Universidade ano passado, descreve essa etapa como *“não tem sido muito fácil porque os meus colegas gozam comigo, apesar de não acontecer tantas vezes como no liceu ainda acontece, e tem muitas pessoas que me olham com aquele olhar de gozo”* (sic.).

Descreve o seu sono como “sendo normal”, não pratica atividade física nem tem uma vida social ativa.

História Médica Pessoal e Familiar

É a primeira vez que recorre ao serviço de psicologia. Não existe história médica e não existem antecedentes de desordens psiquiátricas nos parentes de 1º grau. Relativamente á saúde atual não refere nenhuma patologia.

Avaliação do Estado Mental e relação estabelecida com a utente

“R” vem à consulta de psicologia acompanhada da irmã, apresenta-se com um aspeto cuidado e vestuário de acordo com a sua faixa etária. Mantém o contato visual ao longo da consulta. O discurso é espontâneo, coerente e lógico, “R” apresenta-se colaborante com o processo terapêutico. A nível do estado emocional “R” apresenta um humor eutímico, manifestando alguns níveis de ansiedade quando se refere a situações relacionadas com as queixas principais.

Instrumentos de Avaliação e Interpretação de Resultados

Material/Instrumentos	Resultados
BSQ	O resultado obtido por “R” (t=162) mostra uma preocupação marcada em relação ao seu aspeto físico.
SCL-90-R	Podemos verificar uma elevação nas seguintes dimensões: sensibilidade interpessoal (T>75), somatização (T=75) e ansiedade (T=75). A elevação da dimensão de sensibilidade interpessoal verifica-se que “R” possui sentimentos de vergonha, tendência a sentir-se inferior aos outros, desconforto e inibição nas relações interpessoais. A elevação nesta dimensão pode estar relacionada com o seu excesso de peso, que levaram à diminuição da auto estima e a capacidade de interagir com outras pessoas. A dimensão da somatização revela que “R” possui sentimentos relacionados com a vivência de disfunção corporal que inclui sintomas relacionados com alterações neurovegetativas em geral, como

	não existente uma condição médica subjacente, podemos considerar o impacto de fatores psicossociais na vida de “R”. a dimensão da ansiedade indica que existem sinais gerais de tensão emocional e manifestações psicossomáticas associadas (e.g: nervosismo; sentir-se com medo, etc).
--	---

Diagnóstico

307.50 - Perturbação da Alimentação e da Ingestão Não Especificada

Diagnostico Diferencial

Este diagnóstico depreende-se com o fato de “R” apresentar sinais de ingestão compulsiva de alimentos e comportamento purgativos (indução do vômito), sendo que ambos podem ou não ocorrer pelo menos 2 vezes por semana.

O diagnóstico de Anorexia Nervosa implicaria a amenorreia o que não confere em “R”. a existência de Bulimia Nervosa implicaria a ingestão compulsiva de alimentos e os comportamentos compensatórios ocorressem ambos, pelo menos 2 vezes por semana durante 3 meses consecutivos. Apesar de “R” apresentar alterações de comportamento alimentar há 3 meses, não é possível verificar com exatidão a frequência com que estes ocorrem. Podendo em algumas semanas ter frequência igual/superior a duas vezes semanais e noutras semanas ter frequência inferior.

Conceptualização Clínica

Segundo Fairburn (2008) as Perturbações de Comportamento Alimentar assemelham-se em várias características, nomeadamente, na restrição alimentar que os sujeitos tendem a fazer, na ingestão compulsiva, na prática intensa de exercício físico e, por fim, pelo uso de comportamentos purgativos.

A ingestão alimentar compulsiva é uma característica importante destas perturbações, que define como sendo um episódio onde se verifica a ingestão de uma quantidade enorme de comida, num curto período de tempo, onde existe um descontrolo ao ato de comer (Filho, *et al.*, 2009). Os comportamentos purgativos, tais como abuso

de laxantes, diuréticos e vômito autoinduzidos, tendem a ter nestes pacientes, ou uma qualidade compensatória, a fim de evitar um aumento de peso, ou não compensatória, a fim de regular o peso (Fairburn, 2008).

No caso de “R” inicialmente começou por recorrer à restrição alimentar como forma de controlar o aumento de peso “*se eu não comer não engordo*”, “R” recorre à ingestão compulsiva de alimentos (reforço negativo) como forma de atenuar a ansiedade e desconforto gerados pela ausência de comida. Esta ingestão compulsiva, se por um lado atenua o desconforto de restrição alimentar, por outro gera e “R” sentimentos de culpa e sensação de incapacidade para gerir a sua dieta. Assim, “R” recorre a comportamentos purgativos (vômito) que lhe permitem controlar os efeitos da ingestão alimentar (aumento de peso) interrompendo temporariamente o desconforto e a ansiedade provocadas pela ingestão compulsiva (reforço positivo). Este ciclo de restrição, compulsão e compensação, permitem que estes comportamentos se perpetuem.

Processo de Intervenção

O plano de intervenção, foi elaborado com o objetivo geral de reajuste dos comportamentos alimentares. Relativamente aos objetivos específicos, estes visam o estabelecimento de uma relação de empática terapeuta/paciente, reajustar o comportamento alimentar e por fim reforço de competências sociais, e finalização e prevenção e recaída.

As sessões foram iniciadas com psico-educação relativa à perturbação alimentar. Foram assim abordadas diversas temáticas, tais como: a explicação da manutenção da problemática, importância da regulação do peso corporal, exploração dos efeitos negativos das dietas e ainda a clarificação das consequências provocadas pela ingestão compulsiva e os comportamentos compensatórios. Foi importante reduzir a ingestão compulsiva através da adoção de um esquema alimentar ajustado pela nutricionista. “R” mostrou-se um pouco reticente ao plano “*não vou conseguir comer tantas vezes*”.

A nível cognitivo foi importante perceber a origem da problemática, bem como aquilo que a mantinha. Foi possível trabalhar diversos pensamentos automáticos (“*tenho vergonha de me olhar ao espelho*”, “*tenho vergonha do meu corpo*”), de forma a torna-los mais racionais e ajustados à sua realidade. Foi solicitado a “R” que fizesse

um registo de pensamentos automáticos que surgissem, o que levava a fazer este levantamento durante a sessão.

Nas seguintes sessões foram dedicadas à promoção de competências sociais que visou a promoção das capacidades de relacionamento social. Recorreu-se á identificação de diversos pensamentos automáticos que surgem em contexto social (*“na universidade gozam comigo”*) para que pudessem ser trabalhados de modo a encontrar pensamentos alternativos racionais e mais ajustados à sua realidade (*“a minha irmã preocupa-se demais comigo, senão nem sequer me tinha trazido ao médico”*).

Nas últimas sessões pareceu-me importante fazer o ponto da situação de todos os aspetos que ao longo das sessões foram sendo abordados, sendo que foi possível fazer um levantamento das mudanças que tinham ocorrido e a importância de cada uma delas. Após este exercício, deu-se início à prevenção de recaída num quadro clínico de perturbação alimentar. Exploração de fatores externos a “R”, que podem gerar uma recaída, por exemplo, acontecimentos de vida negativos. Foi reforçada a importância de saber detetar com antecedência os possíveis sinais de uma recaída (redução das refeições ou aumento da quantidade de alimentos ingeridos) e como agir perante estes sinais. Foi também reforçada a importância de continuar a frequentar as consultas de nutrição, pois podem continuar a ajudá-la na perda de peso através do estabelecimento de um plano alimentar adequado, e eventualmente ajudar na identificação precoce de possíveis sinais de recaída. No final do processo terapêutico, verificaram-se progressos a todos os níveis, em relação às questões de comportamento alimentar apresentam-se algumas mudanças significativas: tem feito acompanhamento nas consultas de nutrição, ausência de comportamentos purgativos, esforços para cumprir com as principais refeições diárias e início da prática de atividade física.

Caso Clínico – “A”

Identificação

A é do género feminino de 20 anos de idade, solteira, estudante do 2º ano de enfermagem, vive com os pais e a irmã de 14 anos de idade. A mãe tem 47 anos de

idade, tem o 6º ano de escolaridade e tem como profissão operária têxtil, o pai de 49 anos tem a 4ª classe e tem como profissão operário têxtil.

Encaminhamento e Problema Associado

A foi encaminhada para a valência de Psicologia pelo médico de família, o qual refere que a utente demonstra ansiedade e insegurança após ter sido vítima de assédio sexual por parte de um idoso de 90 anos, de quem a mãe cuidava durante o dia. A refere *“(...) que quando saio de casa e passo pela casa dele que é ao lado da minha, começo a tremer, dá-me um mal-estar na barriga e no peito”* (sic.).

História do problema

A refere que o seu problema iniciou em Agosto do ano passado, quando *“(...) eu fui levar o almoço ao senhor que a minha mãe pediu e ele agarrou-me pelo braço e disse-me para irmos brincar (...) eu fugi e fui chamar a minha irmã para ir lá comigo porque fiquei com medo (...)”* (sic.). Consequentemente *“comecei a sentir tonturas, desmaios”*(...). Na sequência desta situação *“(...) a minha mãe deixou de levar comida ao senhor (...) os meus pais não fizeram queixa pois eles tinham medo que eu viesse a sofrer represálias no lugar onde vivo(...)”* (sic.).

História Desenvolvimental e Psicossocial

A gravidez de “A.” foi planeada e desejada por ambos os pais. O seu desenvolvimento ocorreu normal sem nenhuma problemática associada ao longo das etapas. Descreve-se como uma criança divertida. Teve um percurso escolar normal sem nenhuma reprovação ingressou no ensino superior onde frequenta o 2º ano do curso de enfermagem.

Os seus pais, mãe de 47 e pai de 49 anos de idade, ambos naturais de Santo Tirso, descreve-os favoravelmente dizendo que sempre teve uma boa relação com eles.

A sua irmã de 14 anos de idade, com quem tem, uma boa relação, descreve-a como uma boa amiga.

Descreve o seu sono como normal, mantém uma alimentação saudável, mas não pratica nenhuma atividade física regularmente. Tem uma vida social ativa com os colegas de universidade, com quem costuma sair para jantar, ir ao cinema.

História Médica Pessoal e Familiar

É a primeira vez que “A.” recorre ao serviço de psicologia. É uma pessoa saudável sem historial médico e não existem antecedentes de desordens psiquiátricas nos parentes de 1º grau. Relativamente á sua saúde atual não refere nenhuma patologia. Encontra-se medicada com Victan (SOS).

Avaliação do Estado Mental e relação estabelecida com a utente

“A.” apresenta um aspeto geral cuidado, denota preocupação com a sua imagem. Tem idade aparente coincidente à real. Apresenta um discurso coerente, lógico e organizado. O humor é congruente com o discurso, demonstrando as emoções de acordo com as temáticas abordadas.

Durante o processo de avaliação “A.” manteve um comportamento adequado, atitude cooperativa e disponibilidade para o estabelecimento da aliança terapêutica. A relação estabelecida com a utente foi de empatia, demonstrando grande cooperação e adesão às intervenções sugeridas.

Instrumentos de Avaliação e Interpretação dos Resultados

Materias/Instrumentos	Resultados
BDI	O resultado obtido por “A.” (total=10) não manifestou a existência de sintomas de depressão, encontrando-se num nível médio. Foram explorados posteriormente em consulta, 2 itens desta escala, cuja resposta foi mais

	<p>elevada. Estes itens indicam o medo que algo de negativo aconteça. “A:” confirmou que estes pensamentos se relacionam com a situação traumática, o que a tem deixado emocionalmente instável.</p>
BSI	<p>Podemos constatar que as escalas que obtiveram pontuação mais elevada foram as escalas de obsessões-compulsões, ansiedade e ideação paranoide. Também a referir uma elevação das escalas de somatização, sensibilidade interpessoal, depressão, hostilidade, ansiedade fóbica.</p> <p>O inventário revelou perturbação emocional nas escalas anteriormente referidas, o que traduz num Índice Geral de Sintomas (IGS) de 1.09 e um Índice de Sintomas Positivos (ISP) de 3.69 (superior ao ponto de corte 1,7).</p>

Diagnóstico

309.89 - Perturbação Relacionada com Trauma e Fatores de Stress com Outra Especificação

Diagnóstico Diferencial

Através da análise da informação recolhida na entrevista e dos resultados obtidos nas provas de avaliação, os resultados indicam-nos a presença de uma Perturbação Relacionada com Trauma e Fatores de Stress com Outra Especificação, já que se verifica o desenvolvimento de sintomas de ansiedade como reação a uma situação de stress identificável (assédio sexual por parte do idoso) e mal-estar acentuado que excede o que seria de esperar face à exposição do stressor (iniciou logo após esse conflito e mantém-se desde há um ano).

Apesar da sintomatologia de “A:” ser predominantemente ansiosa não preenche os critérios para a Perturbação de Stress Pós-Traumático, pois embora também manifeste a presença de um stressor, esta patologia é caracterizada por uma situação de

stress extremo e a sintomatologia diferenciada (e.g. sonhos recorrentes e perturbadores nos quais o acontecimento é revivido ou representado de outra forma; acentuada diminuição da capacidade em sentir emoções, visão encurtada do futuro). É importante referir que “A:” não manifesta continuamente a sintomatologia mencionada acerca de acontecimentos e atividades diárias, mantém a sua rotina diária normalizada, tem capacidade de concentração e tomada de decisão. Assim, foi rejeitada a possibilidade de Perturbação de Ansiedade Generalizada (APA, 2013)

Conceptualização Clínica

Quando se verifica uma sintomatologia ansiosa há que ter em conta que esta abarca diversos efeitos, tanto a nível interno como comportamental que traduzem esta alteração emocional (Zamignani & Banaco, 2005) como é manifestada por “A:” (e.g. tremores, taquicardia).

A ansiedade tem sido descrita como um estado emocional desagradável acompanhado por desconforto sintomático que está relacionado também com outra emoção, o medo. De acordo com Gentil (1997) esse estado emocional está relacionado com um acontecimento futuro e, em alguns casos, desproporcional a uma ameaça real. Habitualmente, o desconforto presente na ansiedade, costuma ser descrito pelo senso comum por meio de somatizações como “frio na barriga”, “coração apertado” e “nó na garganta”, (Gentil, 1997 cit in: Zamignani & Banaco, 2005). Este evento pode derivar de *life events*, descritos como agradáveis ou desagradáveis, ou seja, muitas situações descritas como agradáveis podem implicar ansiedade, assim como eventos desagradáveis causam este efeito. São os eventos desagradáveis em que o utente se refere como situações aversivas de interação que se assumem como queixa (Zamignani & Banaco, 2005), como no caso de “A:” e que levam a comportamentos de “aproximação/evitação” devido ao receio de que a situação se repita (Caballo, 2003 cit in; Henrique & Mussoi, 2007).

Assim, verifica-se que a resposta varia de individuo e essa depende não só da magnitude e frequência de vida stressor como de fatores ambientais e genéticos. A sua resposta ao stressor irá ser selecionada a partir de vários componentes: cognitivo, comportamental e fisiológico. No caso clínico de “A:”, teve um *life event* (assédio por parte do idoso) descrito como desagradável que despolotou a sintomatologia

mencionada. Quando “A.” se depara com o local onde decorreu o acontecimento, e uma vez que o indivíduo é seu vizinho, “A.” sente dificuldade em ultrapassar o sucedido e os sintomas permanecem sempre que sai de casa sozinha. “A.” refere que quando sai de casa acompanhada sente-se protegida uma vez que quando a situação ocorreu ela estava sozinha e crê que se não estivesse ele não teria reagido daquela forma. Desta forma, manifesta esses sintomas no momento em que sai de casa selecionando os três componentes referidos (cognitivo, comportamental e biológico). Face a este stressor, se a resposta de “A.” conseguir eliminar ou aliviar essa situação proporciona uma diminuição da parte fisiológica ativada. Contudo, tal não se verificou e propiciou o esgotamento dos recursos de “A.” Assim, estas situações podem gerar transtornos psicofisiológicos, predispor o aparecimento de patologias de ansiedade ou outra perturbação mental (Margis, et al., 2003). Desta forma, foi o que se verificou no caso de “A.”, como não conseguiu eliminar nem aliviar o stressor, os seus recursos foram esgotados, desenvolvendo assim uma Perturbação Relacionada Com Trauma e Fatores de Stress com Outra Especificação.

Segundo Barlow (2002), quando isto acontece e se verificam altos níveis de ansiedade, as melhores formas de tratamento são por via farmacológica e os tratamentos psicológicos (Batista, Carvalho & Lory, 2005). Posto isto, mostrou-se pertinente que no caso de “A.”, para além da terapia farmacológica a intervenção psicológica individual seja importante.

Processo de Intervenção

Na literatura surge amplamente ilustrado que, para as áreas de intervenção psicológica identificadas, isto é, as áreas social e familiar e de perturbação de ansiedade, os procedimentos baseados no modelo cognitivo-comportamental apresentam uma maior eficácia a médio e longo prazo. Neste sentido e atendendo à sintomatologia evidenciada por “A.”, a abordagem adotada no seguimento deste caso, é baseada no amodelo anteriormente referido.

O processo terapêutico iniciou-se com a recolha de dados anamnésicos, que permitiu compreender a história clínica e desenvolvimental de “A.”. A intervenção psicológica foi pautada pela aliança terapêutica, de modo a alcançar os objetivos pretendidos para este quadro sintomatológico, tais como: promover uma aliança

terapêutica adequada; relativizar a experiência de medo e identificar as crenças que promovem a manutenção do medo; promover competências de auto-controlo e de gestão de stress.

Neste momento o processo terapêutico ainda está a decorrer mas, há evidências de melhorias no que concerne à percepção da sua resposta fisiológica face ao *life event* uma vez que “A.” consegue associar perfeitamente que os sintomas manifestados (e.g. tremores, suores, taquicardia) no momento em que sai de casa se devam à situação traumática que viveu; na identificação de algumas crenças erróneas (e.g. a situação voltar-se a repetir), alívio de alguns sintomas (e.g. taquicardia) e desenvolvimento de técnicas distrativas (e.g. desviar o caminho quando sai de casa para não passar à porta da casa; usar uns escutadores e liga-los ao telemóvel ao sair de casa com a música ligada).

Na finalização serão realizadas sessões de *follow-up* e de prevenção de recaída.

Estudo de Caso – “M.I.”

Identificação

“M.I.” é do género feminino, de 52 anos, casada e mãe de um filho de 31 anos e de uma filha de 24 anos, sendo o agregado familiar constituído pelo marido e a filha. Neste momento, “M.I.” Trabalha como empregada doméstica e o marido é camionista.

Encaminhamento e Problema apresentados

“M.I.” foi encaminhada para a valência de Psicologia pelo médico de família, o qual refere que a utente apresenta um quadro depressivo reativo a problemas familiares.

História do Problema

“M.I.” refere que o seu problema iniciou-se à 14 anos atrás, quando o filho de 17 anos engravidou a namorada de 16 anos, “(...) *eu não aceitei bem a notícia, era uma*

criança que ia ter outra criança, mas tive que aceitar porque era o que o meu filho queria (...) a mãe dela não queria que ela casasse e chegou a dizer que o bebé que ela esperava não era do meu filho, ela não é mãe (...) chegou a levar a filha a Espanha para fazer um aborto mas como ela já estava de 5 meses não o fizeram” (sic). O filho casou e ficou a viver com a “M.I.”, mas a relação com a nora era conflituosa “(...) a mãe dela pôs a filha contra mim, eu queria ir ver o bebé e fechavam-me a porta dentro da minha própria casa, era um ambiente muito pesado para mim” (sic). Passado 2 anos do filho casar o marido de “M.I.” saiu de casa por um período de 15 dias e abriu uma casa de prostituição ilegal “(...) ele esteve nessa casa por dois anos, ele falou-me onde era a casa, onde tinha no jornal, o que mais me revolta é não ter tido força para o deixar, a força que eu tenho hoje devia a ter tido noutra altura” (sic).

História Desenvolvimental e Psicossocial

“M.I.” foi fruto de uma gravidez planeada e desejada por ambos os pais tal como a 4 dos irmãos, sendo a mais nova dos irmãos. Os pais, mãe de 74 e pai de 75 anos de idade, “M.I.” descreve-os favoravelmente dizendo que sempre teve uma boa relação com ambos.

Descreve a infância como sendo normal, aos 4 anos de idade o pai imigrou para França por motivos financeiro. “M.I.” estudou até ao 9º ano não continuou os estudos por opção, com 16 anos começou a trabalhar numa confeção onde permaneceu por 20 anos até a empresa fechar. “M.I.” conheceu o marido com 18 anos de idade com o qual namorou 9 meses e casaram, ficou a viver em casa dos pais durante 7 anos enquanto construíram a sua própria casa. Do casamento nasceram 2 filhos (um rapaz e uma rapariga) ambos planeados e desejados pelo casal. “M.I.” refere que a relação com o marido foi sempre de altos e baixos devido a estes gastos por parte do marido com a caça. Há 14 anos atrás o filho com 17 anos engravidou a namorada com quem decidiu casar, decisão essa que não foi de agrado da família, e a qual trouxe problemas para a “M.I.”. O marido após dois anos do casamento do filho ainda não conformado com o casamento decidiu sair de casa, tendo estado fora por um período de 15 dias. Abre uma casa de prostituição a qual manteve por dois anos. “M.I.” descobre a atividade paralela do marido e a relação entre os dois passa a ser de desconfiança e sofrimento por parte de “M.I.”. Hoje em dia “M.I.” refere que tem uma relação “normal” com o marido, apesar

de ainda ter muitos ressentimentos em relação a ele e não conseguir esquecer tudo o que aconteceu.

Descreve o seu sono como “sendo normal”. Mantém uma alimentação saudável, mas não pratica atividade física. Não tem uma vida social ativa.

História Médica Pessoal e Familiar

É a primeira vez que recorre ao serviço de psicologia. Recorre novamente ao médico de família no dia 16 de Janeiro deste ano com um quadro depressivo reativo a problemas com o grupo de apoio primário, encontra-se medicada com Mirtazapina (um comprimido à noite).

Relativamente à sua saúde física atual menciona um nódulo num peito mas refere que está controlado, e não refere histórias de patologias anteriores.

Avaliação do Estado Mental e relação estabelecida com a utente

“M.I.” apresenta um aspeto geral cuidado, denota preocupação com a sua imagem. Tem idade aparente coincidente à real. Apresenta um discurso coerente, lógico e organizado. Não apresentou comprometimento ao nível da memória, consciência, atenção e sensopercepção. O humor é congruente com o discurso, demonstrando as emoções de acordo com as temáticas abordadas.

Durante o processo de avaliação “M.I.” manteve um comportamento adequado, atitude cooperativa e disponibilidade para o estabelecimento da aliança terapêutica. A relação estabelecida com a utente foi de empatia, demonstrando grande adesão às intervenções sugeridas.

Instrumentos de Avaliação e Interpretação de Resultados

Para obter uma melhor e maior compreensão acerca do funcionamento emocional, cognitivo e social de “M.I.”, foram administradas as provas: *Beck Anxiety Inventory* (BAI) e o *Brief Symptom Inventory* (BSI).

- Beck Anxiety Inventor - BAI (Beck et al., 1988).

O Beck Anxiety Inventor é um inventário que avalia a intensidade de sintomas de ansiedade e é constituído por 21 itens. Para cada item a resposta compreende uma escala de Lickert de 4 valores, numa amplitude que vai desde Nunca (0) a Quase Sempre (4).

- Brief Sympton Inventory – BSI (Degoratis, 1982; versão adaptada por: Canavarro, 1999).

O Brief Sympton Inventory é um instrumento que pretende avaliar a presença ou ausência de perturbação emocional, bem como identificar as dimensões sintomatológicas mais prevalentes, sendo constituída por 53 itens. Para cada item o sujeito utiliza uma escala de Lickert de 5 valores, com respostas que vão desde Nunca (0) a Muitíssimas Vezes (4).

Este instrumento foi administrado com o objetivo de compreender o funcionamento de “M.I.” e de avaliar a presença ou ausência de perturbação emocional, bem como, identificar as dimensões sintomatológicas mais prevalentes.

Material/Instrumentos	Resultados
BDI	“M.I.” obteve uma pontuação total de 41 pontos, conclui-se que a mesma possivelmente se encontra com uma depressão grave e clinicamente significativa.
BSI	Os valores obtidos encontram-se todos acima da média da população com perturbações emocionais, sendo que as dimensões mais significativas são a depressão com 3,3; a ansiedade com 3,3; as obsessões-compulsões com 3,3 e a sensibilidade interpessoal com 3,2.

Diagnóstico

296.32 - Perturbação Depressiva Major Recorrente, Moderada com características Melancólicas

Diagnostico Diferencial

“M.I.” cumpre os critérios para a Perturbação Depressiva Major Moderada, uma vez que apresenta um humor depressivo durante a maior parte do dia, quase todos os dias, uma diminuição de interesse e prazer em quase todas as atividades, perda de energia, sentimentos de desvalorização e culpa por não ter reagido na altura em que o problema surgiu.

Esta perturbação não é melhor explicada por uma Perturbação Distímica (não cumpre critério temporal), Esquizoafetiva (ausência de ideias delirantes) nem relacionada com um estado físico geral ou consumo de substâncias.

Conceptualização Clínica

“M.I.” apresenta um quadro clínico que preenche os critérios de diagnóstico de Perturbação depressiva major com características melancólicas e, assim sendo, o caso irá ser formulado de acordo com a perspectiva Cognitivo-Comportamental da Depressão.

Jeffrey Young (2003) desenvolveu dentro do modelo cognitivo-comportamental, uma teoria denominada de Teoria dos Esquemas, apresentando 18 esquemas desadaptativos, estáveis e duradouros que se desenvolvem durante a infância, sendo aperfeiçoados durante toda a vida, inseridos em cinco domínios (Instabilidade e Desconexão; Autonomia; Indesejabilidade; Autoexpressão Limitada e Gratificação Restrita), predispondo os pacientes deprimidos a distorcer os eventos de uma forma muito característica e negativa.

Para Beck (1995), as disfunções psicológicas são caracterizadas por diferentes esquemas cognitivos que, por sua vez, se expressam em distorções sistemáticas do processamento, originando conexões cognitivas distorcidas. Desta forma, o objetivo terapêutico da teoria cognitiva passa a restaurar e corrigir os pensamentos distorcidos,

através do desenvolvimento de estratégias pragmáticas que produzem mudança e alívio dos transtornos emocionais (Knaap & Beck, 2008).

Focando no caso específico de “M.I.”, podemos verificar que as áreas problemáticas referem-se ao nível do relacionamento interpessoal.

São vários os mecanismos cognitivos que mantêm as problemáticas de “M.I.”, verificando-se a presença de alguns erros cognitivos, como quando ela refere: “*Se na altura que tudo aconteceu eu me tivesse divorciado não estava assim*” (sic.) e o do pensamento dicotómico, quando esta qualifica a sua relação com o marido como “*umas vezes gosto dele, outras odeio-o*”, não existindo meio-termo (Beck, 1995).

Por sua vez os mecanismos comportamentais refletem-se não só no fato de esta continuar a limitar-se às tarefas e rotinas de casa, e não ter procurado ajuda quando o problema se manifestou, prevalecendo um certo conformismo face á dissolução do problema.

Processo de Intervenção

O plano de intervenção foi aplicado segundo o modelo de cognitivo de Beck (1995), que levanta a hipótese de que as emoções e comportamentos dos indivíduos são influenciados de acordo com a sua perceção dos acontecimentos.

Ao longo da intervenção foi utilizada uma abordagem colaborativa e psicoeducativa com o intuito de realizar: promoção e ativação comportamental; identificação, motorização e validação de pensamentos automáticos; relação entre cognição-emoção; identificação, monitorização e validação de crenças centrais e prevenção de recaída.

O objetivo das técnicas comportamentais como a monitorização e o diário de atividades e tarefas de casa é o de aumentar o envolvimento de diversas práticas, de forma a elevar o humor e a combater a depressão. Foi proposto que “M.I.” observa-se o seu padrão de atividades, envolvendo a manutenção de um registo detalhado do que realiza ao longo do dia (de hora a hora), assinalando o nível de dificuldade e prazer antes e depois de cada ação, levando a que tome consciência naquilo que faz.

Praticar a identificar os pensamentos automáticos foi o segundo passo, desta forma iniciamos o registo de pensamentos disfuncionais, sendo que “M.I.” foi instruída a identificar as emoções e os sentimentos desagradáveis, identificar as situações em que

as mesmas ocorrem e identificar os pensamentos automáticos associados. De seguida foram colocadas em prática técnicas como treino assertivo, reestruturação cognitiva, debate socrático e treino de competências sociais. A reestruturação cognitiva permitiu que “M.I.” tomasse consciência das suas próprias cognições. O uso do debate socrático consistiu em conduzir “M.I.” a um sucesso de reflexão e descoberta dos próprios valores.

Numa fase de intervenção em que já se esperava que “M.I.” fosse capaz de identificar, questionar, debater e confrontar os seus pensamentos automáticos e os sentimentos vivenciados, sublinhando várias vezes que a forma como esta pensa influencia certamente o seu humor, foi pedido que “M.I.” monitoriza-se a relação entre estes para debatermos alguns aspetos. Esta fase previa a exposição a situações de *role-play* com respetiva reestruturação cognitiva. Seria importante provocar a evocação de crenças centrais, identificar os erros cognitivos presentes e fazer a substituição por pensamentos mais ajustados á realidade através de estratégias cognitivas como a flecha descendente.

À medida que o final da intervenção se aproximava, muitos dos pacientes preocupam-se com o fato de não serem capazes de enfrentar sozinhos as diversas situações do quotidiano. Nesta fase “M.I.” expressa isso mesmo e conjuntamente elaboramos planos para eventualmente lidar com tais situações, agindo com eficácia e prevenindo a recaída.

O plano de intervenção foi concluído, onde se verificaram os progressos a vários níveis, nomeadamente no que diz respeito á redução da sintomatologia depressiva, uma vez que “M.I.” não exhibe uma aparência triste.

2.4. Intervenção Psicológica em Grupo

2.4.1 PASSE - Programa de Alimentação Saudável em Saúde Escolar

O programa PASSE foi desenvolvido por um grupo do Departamento da Saúde Pública da ARS Norte e implementado pela primeira vez no ano letivo 2007/2008. Trata-se de um programa projeto-piloto da psicóloga Dra. Piedade Vieitas, e da

nutricionista, Dra. Cristiana Setas e teve como objetivo promover a saúde e uma alimentação saudável em escolas no 1º ciclo do ensino básico.

O PASSE teve como público-alvo os alunos do 1º ciclo da Escola EB1 de Santo Tirso e foi iniciado em Janeiro de 2015, as sessões eram semanais e tinham duração de 90 minutos. Este programa é constituído por 15 sessões educativas que contêm os seguintes temas: Competências informativas; experiências pessoais; competências de tomada de decisão e atitudes nas áreas alimentares; nutricionais; aceitação do corpo; auto-conceito e estilos de vida. O módulo I foi dinamizado pelas psicólogas estagiárias e pela nutricionista Dra. Cristiana, constituído por 4 sessões:

- Sessão 1 - *Jogamos com regras!*: esta sessão teve como objetivos: apresentação dos elementos do grupo; promoção de uma consciência grupal; reflexão sobre expectativas e dúvidas sobre o programa.
- Sessão 2 - *Juntos conseguimos!*: esta tem como objetivos: promoção de coesão grupal e promoção de hetero-conhecimento.
- Sessão 3 - *Somos únicos e insubstituíveis!*: esta apresenta os seguintes objetivos: promoção da tomada de consciência da individualidade e unicidade de cada um e promoção da tomada de consciência da individualidade corporal.
- Sessão 4 - *Aprender a admirar!*: esta última sessão teve como objetivos a promoção da capacidade de admirar outrem sem anular ou diminuir a consciência de si e desenvolvimento da capacidade de analisar os diferentes aspetos das pessoas que admiramos.

O PASSE foi uma atividade bastante pertinente no âmbito da prevenção da obesidade infantil, tem extremamente importância na psicologia infantil pois foi exposta de forma lúdica o que cativou a atenção e participação de todas as crianças.

2.5 Atividade de Formação

2.5.1 Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE) - “Os Jovens e a Sexualidade

A PNSE é uma ação de educação para a saúde que se denomina “Jovens e a Sexualidade”, tendo como foco principal a promoção do conhecimento sobre os conteúdos necessários no âmbito da Educação Sexual. Assim sendo, os temas abordados na sessão de esclarecimento tinham como objetivo abordar questões específicas como:

promoção da vivência no relacionamento do jovem com a sua própria sexualidade, promoção da tomada de consciência das crenças existentes sobre a identidade e o papel sexual, promoção da tomada de decisão ponderada sobre o início da vida sexual, alertar para as consequências psicológicas e sociais da gravidez e do aborto na adolescência e por ultimo apresentar e aprofundar conhecimentos acerca dos aspetos psicológicos e sociais da adolescência e sexualidade.

Antes da intervenção dos estagiários de psicologia com a apresentação de *Power Point*, as enfermeiras da Unidade de Cuidados Continuados (UCC) de Santo Tirso complementaram a nossa formação com os temas mais direcionados, como o planeamento familiar, doenças sexualmente transmitidas e métodos contraceptivos.

A ação “Jovens e a Sexualidade” foi realizada na Escola Secundária de D. Dinis, nos dias 21, 29, 30 de Janeiro e 4 de Fevereiro; na Escola Profissional de Serviços Cidreiros no dia 10 de Fevereiro; fomos também à Escola Profissional Agrícola Conde S. Bento no dia 23, 24 e 25 de Fevereiro e Escola Tomas Pelayo, realizada nos dias 18, 19, 20 e 21 de Maio com a orientação da Dr^a. Piedade Vieitas.

Para termos uma melhor perceção dos conhecimentos transmitidos aos alunos e também se a apresentação de conteúdos estavam perceptíveis e direcionada às suas dúvidas e questões, assim sendo foi sugerido a criação de um questionário de opinião em relação à ação de formação (Anexo 2), para termos um feedback das formações dadas. Os resultados demonstraram de uma forma global, que os alunos adquiriram os conhecimentos necessários e ficaram elucidados quanto à temática e demonstram também que a apresentação foi dada de uma forma que não causasse constrangimento.

Conclusão

Realizar o estágio curricular no Centro de Saúde de Santo Tirso foi uma oportunidade única, cheia de experiências, de momentos cruciais para o meu crescimento pessoal e profissional.

As expectativas e os objetivos, antes de iniciar o estágio, eram elevados. O passar da teoria à prática era o mais esperado e o mais enriquecedor, aplicar na prática todos os conhecimentos e competências adquiridas ao longo dos 4 anos de formação académica. O Centro de Saúde de Santo Tirso revelou-se uma agradável surpresa. No que toca à adaptação ao local físico, à organização e ao ambiente foi feita de forma faseada e bem conseguida. No que concerne à adaptação que passa pelo contacto diário com os profissionais, com quem tive o enorme privilégio de trabalhar e dividir o espaço de trabalho, sendo eles: a orientadora de estágio Dr^a. Piedade Vieitas, tendo um contacto permanente e um acompanhamento das suas atividades diárias, as assistentes técnicas que sempre se mostraram disponíveis para me ajudar na adaptação e organização dos processos que me eram destinados e pela amizade que me prestaram durante uma época cheia de stress e nervosismo. Os médicos de família sempre se mostraram disponíveis para dialogar sobre os casos encaminhados.

Outra das aprendizagens foi a familiarização com a linguagem mais formal ligada à saúde, como patologias que os pacientes padeciam e que eu tinha de deter algum domínio para os poder ajudar, os fármacos usados tanto para as perturbações psicológicas, bem como para as doenças generalizadas.

Entendi e percebi que cada caso é um caso, com a mesma psicopatologia, os pacientes vivem-na de forma diferente, de uma forma única, com contornos diferentes, dependendo do que a faz despoletar. Retirando assim um ensinamento importante, que consiste em estar desperta e sensível para cada paciente que recebo, e não julgando pelo diagnóstico com que me chega. De fato é um desafio porque nos pede uma postura aberta e abrangente.

De uma forma geral, sinto-me realizada e com sentimento de dever cumprido, considerando que superei as expectativas colocadas inicialmente. Dia após dia, com o decorrer do tempo, todos os meus medos e receios foram-se diluindo. O feedback

recebido pela Dra. Piedade Vieitas, tornou-se fundamental uma vez que demonstrava agrado com o meu trabalho realizado, fazendo-me sentir segura e confiante.

Referências Bibliográficas

American Psychiatric Association (2013). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais (DSM-V)*. Lisboa: Climpesi.

Barlow, D. & Durand, V. (2001). *Psicopatologia*. Madrid: Thomson.

Barlow, D. H. (2002). Biological Aspects of Anxiety and Panic. In D. H. Barlow (Eds.), *Anxiety and its Disorders: The Nature and Treatment of Anxiety and Panic* (2nd ed., pp. 380-417). New York: The Guilford Press.

Barbosa, A. (2006). Luto. In A. Barbosa & I. Neton (Eds.). *Manual de Cuidados Paliativos*, (pp. 485-510). Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa.

Batista, A., Carvalho, M., & Lory, F. (2005). O medo, a ansiedade e as suas perturbações. *Psicologia*, 267-277.

Beck, J. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. New York: Guilford.

Beck, A. T., & Star, R. A. (1997). *Beck Depression Inventory (BDI)*. San Antonio: The Psychological Corporation.

Canavarro, M. C. (1999). Inventário de Sintomas Psicopatológicos – B.S.I. In M. R. Simões, M. Gonçalves & L. S. Almeida (Eds), *Testes e Provas Psicológicas em Portugal* (pp 95-109). Braga: APPORT/SHO.

Corman, L. (1979). *O teste do desenho da família*. São Paulo: Editora Mestre Jou.

Decreto de lei nº28/2008 de 22 de Fevereiro. *Diário da República nº38, 1ª série*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Dias, P. & Gonçalves, M. (1999). Avaliação da ansiedade e da depressão em crianças e adolescentes (STAIC-C2, CMAS-R, FSSC-R e CDI): estudo normativo para a população portuguesa. In A. P. Soares, S. Araújo & S. Caires (Orgs.), *Actas do Congresso “Avaliação Psicológica: formas e contextos”* (Vol. VI) (pp. 553-564). Braga: APPORT.

Derogatis, L. R. (2002). *Cuestionario de 90 síntomas – SCL-90-R: Manual*. Madrid: TEA Ediciones.

Fairburn, C. (2008). *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders*. New York: The Guilford Press.

Filho, T. Magalhães, P. & Tavares, B. (2009). A Terapia Cognitivo Comportamental e seus Efeitos no Tratamento dos Transtornos do Comportamento Alimentar. *Revista de Psicologia da IMED*, 1(2), 160-168.

Gonçalves, M., Morais, A. P., Pinto, H. & Machado, C. (1999). Teste Aperceptivo de Roberts para Crianças. In M. R. Simões, M. Gonçalves & L. S. Almeida (Eds.), *Testes e provas psicológicas em Portugal* (p.185-198). Braga: APPORT/SHO.

Kendall, P. C. & Hedtke, K. (2011). *O livro do gato habilidoso: manual do terapeuta, terapia cognitive-comportamental para crianças ansiosas*. Lisboa: Coisas de Ler.

Knapp, P. & Beck, A. (2008). Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v30s2/a02v30s2.pdf>.

Laham, C. (2003). *Percepção de perdas e ganhos subjetivos entre cuidadores de pacientes atendidos em um programa de assistência domiciliar*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina da USP. São Paulo.

McIntyre, T. M. & McIntyre, S. (1995). *Inventário de Depressão de Beck – versão portuguesa*. Braga: Universidade do Minho.

Margis, R., Picon, P., Cosner, A. F., & Silveira, R.O. (2003). Relação entre estressores, estresse e ansiedade. *Revista Psiquiatrica*, 25(1), 65-74.

PASSE – Programa de Alimentação Saudável em Saúde Escolar. Acedido a 5 de Janeiro de 2015 em <http://www.passe.com.pt/>.

Pimenta, F., Leal, I., Maroco, J. & Rosa, B. (2012). Validação do Body Shape Questionnaire (BSQ) numa amostra de mulheres de meia idade. *Atas de 9 Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. Lisboa: Placebo, Editora, Lda.

Stajdubar, K. I. (2003). Examining the perspectives of family members involved in the delivery of palliative care at home. *Journal of Palliative Care*, 19(1), 27-35.

Turner, L. (1997). “Return to Life”: Communicating in families of the Holocaust. L. Perry & P. Geist (Eds.). *Courage of conviction: Women’s words, women’s wisdom*. (pp.221-234). Cidade: Editora.

Teixeira, J. A. (2007). A psicologia e o Centro de Saúde do século XXI. *Notas Didacticas*, 311-313.

Trindade, I. & Teixeira, J. (2007). *Psicologia nos cuidados de Saúde Primários*. Lisboa: Climepsi Editores (2ª Edição).

Zamignani, D., & Banaco, R. (2005). Um Panorama Analítico-Comportamental sobre os Transtornos de Ansiedade. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 77-92.

Weahler, 1999 cit in Padilha, Noronha & Fagan 2007.

Worden, J. W. (1998). *Terapia de luto. Um manual para profissionais de Saúde Mental* (2º Ed.). Artes Médicas: Porto Alegre.

Young, J., K., J., & Weishaar, M. (2008). *Terapia do Esquema: Guia de técnicos cognito-comportamentais inovadores*. Porto Alegre: Artmed.

ANEXO



ARS NORTE
Administração Regional
de Saúde do Norte, I.P.



Ação de Educação para a Saúde: “Os Jovens e a Sexualidade”

ACES Grande Porto I – Santo Tirso/Trofa
Centro de Saúde de Santo Tirso

Psicólogas estagiárias:

Andreia Jordão

Joana Almeida

Joana Oliveira

Sara Dinis

João Carvalho

Janeiro de 2015

“Os Jovens e a Sexualidade”

Puberdade

Marca o início da vida reprodutiva e é caracterizada por mudanças fisiológicas e psicológicas:

RAPAZES

RAPARIGAS

Caracteres sexuais secundários femininos

Maior produção das hormonas estrogénio e progesterona

Alargamento e desenvolvimento das ancas

Maior acumulação de gordura no tecido adiposo

Aparecimento de pêlos nos órgãos genitais, axilas..

Desenvolvimento dos seios

Aparecimento do acne

Menstruação mensal

Caracteres sexuais secundários masculinos

Maior secreção da hormona testosterona

Mudança na voz

Desenvolvimento corporal por aumento da massa muscular (ombros alargam)

Aparecimento de pêlos nos órgãos genitais, axilas, pernas, braços e rosto

Aumento do tamanho do pênis e dos testículos

Aparecimento do acne

Ejaculação involuntária durante o sono (normais e saudáveis)

“Os Jovens e a Sexualidade”

Adolescência

- A adolescência implica mudanças físicas e emocionais e representa também um momento de crise.

- A adolescência não é uma simples adaptação às transformações corporais, mas sim um período no ciclo de vida que corresponde a diferentes tomadas de posição sentidas ao nível social, familiar e também sexual.
 - As alterações corporais são vivenciadas de forma diferente, de jovem para jovem. A nível psicológico podem aparecer sensações de **vergonha**, **timidez**, **pudor** e até **ansiedade**, nomeadamente em casa e na escola.

Por outro lado as hormonas que são responsáveis por estas modificações, produzem um acentuado aumento do desejo sexual e das sensações eróticas. É a partir desta fase que se vai desenvolver a resposta sexual adulta.

“Os Jovens e a Sexualidade”

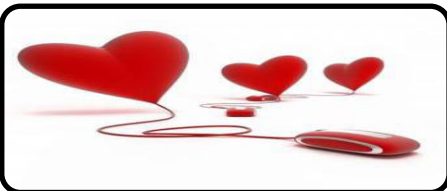
Namoro



O namoro é o primeiro passo para uma vida afetiva a dois.



Implica aproximação física e envolvimento emocional diferente da amizade.



É um período repleto de descobertas e sensações novas.



“Os Jovens e a Sexualidade”

Sexualidade

• O QUE É A SEXUALIDADE?

➤ É uma energia que nos motiva a procurar amor, contato, ternura e intimidade

➤ Integra-se no modo como nos sentimos, movemos, tocamos e somos tocados

➤ É ser-se sensual e ao mesmo tempo sexual.

➤ Influencia pensamentos, sentimentos, ações e interações e por isso influencia também a nossa saúde física e mental.

“Os Jovens e a Sexualidade”



Relação Sexual

- Existem muitas “ primeiras vezes ” na experiência sexual: o primeiro beijo, a primeira curte, a primeira carícia, a primeira vez que estamos nus à frente de alguém...
- À medida que a relação sexual se vai desenvolvendo, tanto o rapaz como a rapariga, vão descobrindo novas sensações e emoções fortes.

Ato Sexual - O conceito de ato sexual (coito) refere-se a todos os gestos e movimentos que levam à união dos órgãos sexuais entre uma rapariga e um rapaz. Este restringe-se à penetração do pênis em ereção na vagina, à subida do prazer e da excitação devido ao ritmo e à fricção, terminando com a ejaculação e o orgasmo no homem e na mulher.

“Os Jovens e a Sexualidade”

Relação Sexual



Preliminares - São jogos eróticos (beijos, carícias, sexo oral...) e fantasias, que também podem levar ao orgasmo, existindo assim uma satisfação sem penetração.

Excitação - A excitação que leva ao prazer pode ser obtida por estímulos físicos e/ou psíquicos.

Rapaz

A excitação causa um fluxo de sangue no pênis, provocando uma ereção.

O pênis endurece, toma uma cor mais escura e atinge a sua grossura e o seu comprimento máximo.

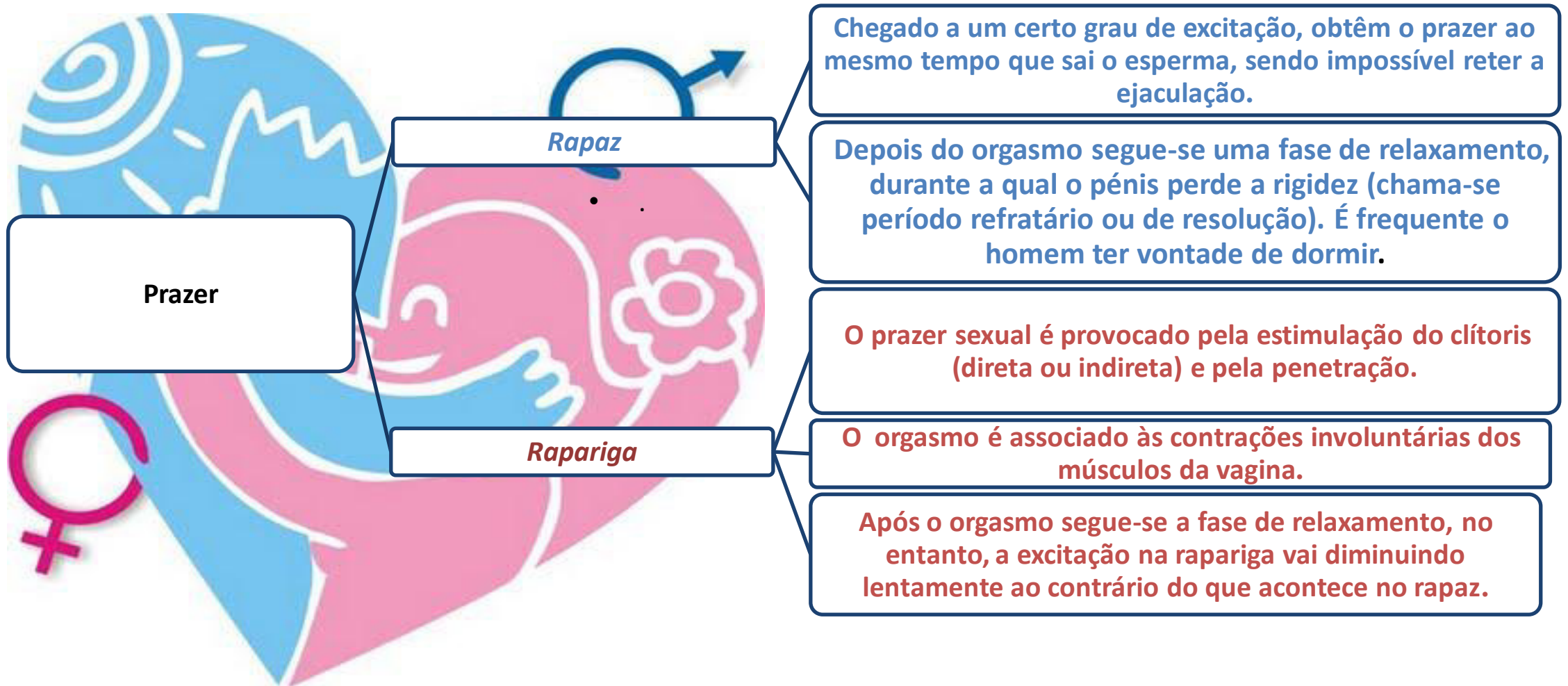
Rapariga

O sangue aflui até à vulva e à vagina que fica mais húmida. Esta lubrificação prepara a penetração.

“Os Jovens e a Sexualidade”

Relação Sexual

A intensidade do orgasmo pode variar segundo as circunstâncias, quer no rapaz como na rapariga.



“Os Jovens e a Sexualidade”



A Decisão da iniciação da vida Sexual

Ambos estarem em sintonia.;

Estar apaixonado.;

Estar bem informado (a) sobre a contraceção, de forma a estares protegido das doenças sexualmente transmissíveis (Sida) e de gravidez não planeada.

Ambos podem usufruir de um espaço para conversar e decidir quando e como o querem fazer.

“Os Jovens e a Sexualidade”

Virgindade

- Não existe um prazo de validade para perder a virgindade.

- É natural que tenhas vários medos e dúvidas sobre as relações sexuais.

- Procura encontrar alguém de confiança com quem possas conversar abertamente sobre os teus medos e dúvidas.



“Os Jovens e a Sexualidade”

Receios

MEDOS

Medo de não estar à altura

Medo da dor e de ter vontade de parar

Ter vergonha de expor o próprio corpo

Medo de não ser aceite

Medo de não conhecer outras zonas corporais que te podem dar prazer ou excitar

Medo de não gostar ou de gostar muito

Medo de não ser capaz de ter prazer

Medo de se arrepender

PARA ELAS...

Descontrair não é tarefa fácil

Se a ansiedade for elevada pode comprometer a lubrificação vaginal e causar dor.



PARA ELES...

Ejaculação Prematura

Medo de não conseguir ter ereção

“Os Jovens e a Sexualidade”

Não!...

Aprender a dizer: Não



Ninguém te deve forçar a ter relações quando não o desejas.

Não é fácil dizer não, sobretudo quando estamos apaixonados. É normal termos receio de perder a aquela pessoa especial.

Tenta falar abertamente, sem te refugiares em pretextos como a menstruação, dores de cabeça, cansaço ou outra coisa qualquer...

Se quem está contigo não é capaz de te ouvir, compreender e aceitar as tuas necessidades...então talvez não valha a pena perder tempo com histórias que te podem desagradar ou magoar.

“Os Jovens e a Sexualidade”

A Gravidez na Adolescência

Uma gravidez na adolescência provoca alterações na transformação que já ocorre de forma natural, ou seja, implica um duplo esforço de adaptação interna fisiológica e uma dupla movimentação de duas realidades que se unem num único momento: **estar grávida e ser adolescente.**



“Os Jovens e a Sexualidade”

A Gravidez na Adolescência

Implicações de ser adolescente e estar grávida:

- ✓ Mudanças físicas, emocionais e psicossociais.
- ✓ A gravidez pode ser vivenciada como uma experiência traumática, num problema emocional e de saúde e promotor de exclusão social.
- ✓ A gravidez e o risco de engravidar podem estar associados a uma menor autoestima, ao funcionamento intrafamiliar inadequado ou à menor qualidade de atividades do seu tempo livre.

A gravidez pode interromper o processo de desenvolvimento próprio da idade, fazendo-a assumir responsabilidades e papéis de adulto antes da hora, já que dentro em pouco se virá obrigada a dedicar-se aos cuidados maternos .



“Os Jovens e a Sexualidade”

A Gravidez na Adolescência

Interrupção Voluntária da gravidez

Em Portugal, a Lei da Interrupção Voluntária da Gravidez (lei 16/2007 de Abril de 2007) entrou em vigor em 30 de Julho de 2007.

A IVG pode ser realizada em caso de mal formação congénita ou doença grave, nas primeiras 24 semanas de gravidez, ou até às 10 semanas de gravidez, por opção da mulher grávida.

Permitida até às dezasseis semanas em caso de violação ou crime sexual (não sendo necessário que haja queixa policial).

Permitida até às vinte e quatro semanas em caso de malformação do feto.

Relativamente à idade podem ser sujeitas à IVG:

Mulheres com idade igual ou superior a 16 anos, ficando a decisão da sua inteira responsabilidade

Caso a mulher grávida seja menor de 16 anos, o consentimento é prestado por parte de um representante legal.

“Os Jovens e a Sexualidade”

História

Ana (14 anos) e o José (15 anos) estão muito apaixonados. Namoram há cerca de 2 meses.

O José quer ter relações sexuais com a Ana (“todos o fazem...se me amasses, terias relações comigo...não sejas criança...”).

Ana tem muitas dúvidas (“se eu disser não será que ele me vai deixar? Será que me vai trocar por outra rapariga? Como é que eu sei que é agora?” Tenho medo de ter dores...de não ser especial...ou que ele depois me deixe...”) e, perguntando à sua professora de maior confiança, esta disse-lhe que não deve ter relações sexuais na sua idade.

José quer muito perder a virgindade com a Ana mas não lhe diz que tem receio de não ter ereção e de lhe dar prazer.

No sábado à noite tiveram uma primeira relação coital.

Dois meses após a Ana estava grávida de 8 semanas.

“Os Jovens e a Sexualidade”



A escolha é sempre tua,
não deixes que decidam
por ti!

