

PAULA MONTEIRO FIGUEIREDO

RELATÓRIO

Diversidade de Campos de Ação da Psicologia Clínica



ESCOLA SUPERIOR DE ALTOS ESTUDOS

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica

Área de Especialização em Terapia Cognitivo-Comportamental

COIMBRA, 2022

Relatório

Diversidade de Campos de Ação da Psicologia Clínica

PAULA MONTEIRO FIGUEIREDO

Relatório de Atividade Profissional em Psicologia Clínica

Área de Especialização em Terapia Cognitivo-Comportamental

Orientadora: Professora Doutora Teresa Carvalho, Professora Auxiliar do
ISMT

ÍNDICE

1. Introdução	1
2. Formação académica desenvolvida na área da psicologia	2
2.1 Estágio Curricular no Instituto Português da Juventude	2
2.2 Estágio Curricular na Associação Novo Olhar	2
2.3 Estágio Curricular na Associação de Apoio a Pessoas Depressivas e Bipolares	5
3. Formação complementar desenvolvida no âmbito da psicologia	8
3.1 Participação no mestrado I e II em psicologia clínica no Centro de Terapia Conducta em Valencia	8
3.2 Formação de curta duração:	9
3.2.1 Cursos e Formações	9
3.2.2 Reuniões científicas	10
4. Atividade clínica	13
4.1 Fondation Adsis Hedra	13
4.2 Centro de Saúde da Figueira da Foz	14
4.3 Diagnosticum e Associação da Previdência Portuguesa	21
4.4 Antenne d'Écoute	21
4.5 Paiperleck	22
5. Apresentação de um Caso Clínico de Perturbação Bipolar	24
6. Reflexão Crítica	41
7. Referências Biográficas	42

1. INTRODUÇÃO

O Instituto Superior Miguel Torga de Coimbra (ISMT), no âmbito do “Regime Especial de Creditação de Formação Académica e de Experiência Profissional”, permite aos titulares da Licenciatura Pré-Bolonha, com experiência profissional superior a 4 anos, a possibilidade de validação e creditação das suas competências académicas e profissionais para efeito da obtenção do grau de Mestre.

O presente relatório de atividades destina-se à obtenção da equivalência ao grau de Mestre em Psicologia Clínica – Segundo Ciclo. Com este propósito, os candidatos devem ser sujeitos ao procedimento de equivalência com base no Sistema Europeu de Transferência de Créditos e de análise da experiência profissional bem como redigir um relatório sobre a sua experiência profissional acompanhado de uma reflexão crítica. Numa fase posterior, este relatório será avaliado e defendido diante de um júri constituído para o efeito.

O presente relatório incide sobre o trabalho desenvolvido no decorrer da prática profissional da candidata e encontra-se estruturado da seguinte forma: formação académica e formação complementar, atividade clínica e profissional e apresentação de uma história clínica sobre um caso clínico com o diagnóstico de perturbação bipolar, acompanhada de uma proposta de intervenção e de uma reflexão crítica.

2. Formação académica desenvolvida na área da psicologia

2.1 Estágio Curricular no Instituto Português da Juventude de Coimbra em 2004/2005

O estágio curricular, integrado no segundo ano do curso de psicologia, foi desenvolvido no Gabinete de Apoio à Sexualidade Juvenil (GASJ) inserido numa das variadas valências do Instituto Português da Juventude (IPJ) de Coimbra oferecidas aos jovens. O GASJ é um espaço confidencial, gratuito e personalizado de informação que disponibiliza aconselhamento na área da saúde sexual e reprodutiva juvenil e, ainda, apoio médico a jovens.

O estágio efetuado no supramencionado gabinete englobou o aconselhamento psicológico a jovens acerca dos seguintes temas: sexualidade, contraceção, infeções sexualmente transmissíveis, disfunções sexuais, práticas sexuais “seguras”, violência, prevenção de comportamentos de risco (como, por exemplo, a gravidez indesejada na adolescência e infeção pelo HIV).

As escolas foram, também, espaços privilegiados para a intervenção da estagiária na realização de ações de informação e esclarecimento sobre a temática da sexualidade e do planeamento familiar. Abordaram-se os seguintes temas: mitos, tabus e preconceitos sobre a sexualidade; diversidade sexual e homossexualidade; desenvolvimento psicosexual; diferentes tipos de relações afetivas; doenças sexualmente transmissíveis e HIV (síndrome da imunodeficiência adquirida); gravidez na adolescência e métodos contraceptivos, entre outros.

2.2 Estágio Curricular na Associação Novo Olhar em 2005/2006

Enquanto aluna do 3º ano da licenciatura em psicologia, colaborou no projeto Porta Azul (PA) desenvolvido pela Associação Novo Olhar (ANO), cita na Marinha Grande. O Porta Azul é um centro de apoio sócio-sanitário destinado a toxicodependentes, prostitutas e sem abrigo.

A ANO tem como principais objetivos a cooperação, o apoio, a concessão de bens, a prestação de serviços de segurança social, o apoio à integração social e comunitária, a promoção de bem-estar físico e psicológico e, ainda, a proteção da saúde. Indivíduos em situação de exclusão social, vítimas de violência e discriminação, pessoas com doença mental, doentes com SIDA, utilizadores de substâncias psicoativas e, ainda, prostitutas constituíam essencialmente a população alvo da associação.

Enquanto estagiária participou nas diversas valências e dinâmicas do serviço PA, nomeadamente:

- atendimento e acompanhamento psicológico;
- apoio a atos simples de enfermagem;
- apoio alimentar (distribuição de alimentos e refeições quentes a sem abrigo);
- distribuição de roupas e apoio a cuidados de higiene a sem abrigo;
- prestação de ações de educação para a saúde e desenvolvimento de comportamentos e hábitos de vida saudáveis e de autocuidado;
- desenvolvimento e realização de um programa de atividades ocupacionais (jogos, passatempos, atividades temáticas, visualização de filmes, ateliês de pintura, atividades com madeira, etc.);
- prevenção primária, secundária e terciária do VIH, com o objetivo de diminuir os comportamentos de risco e promover estilos de vida saudáveis;
- consultas de acompanhamento psicológico cognitivo-comportamental;
- integrou as “equipas de rua”, atuando em zonas onde se verificava uma maior prática de consumo de substâncias psicoativas, por forma a disponibilizar apoio psicossocial e material injetável, visando reduzir os riscos associados aos consumos;
- colaboração na preparação e organização de conferências/colóquios informativos acerca da SIDA, toxicod dependência e sexualidade;
- participação em sessões de esclarecimento, dirigidas a escolas, sobre a temática da SIDA, toxicod dependência e sexualidade juvenil.

O presente estágio permitiu à estagiária o contato direto e o conseqüente aprofundar de conhecimentos no âmbito da toxicod dependência e respetivas características clínicas (e.g., perturbações associadas ao consumo de substâncias psicoativas e ao controlo dos impulsos), tendo-lhe sido possível constatar na prática que:

- a toxicod dependência é um fenómeno complexo e multifatorial que compromete o indivíduo com dependência de substâncias psicoativas assim como o seu ciclo interpessoal, particularmente a família e os amigos, impactando, assim, todo o contexto biopsicossocial e cultural em que se encontra inserido;
- o consumo de drogas dos utentes do PA encontrava-se relacionado com a dependência psicológica e física caracterizada por comportamentos que incluíam a compulsão e a necessidade de consumir droga de forma

continuada de modo a experimentar efeitos físicos e/ou evitar o desconforto ligado à abstinência;

- a tendência para o abandono progressivo de centros de interesse e de prazer antigos e/ou presentes em consequência do consumo de substâncias psicoativas, apesar de serem conscientes do impacto negativo e nocivo dos mesmos na sua vida;
- os efeitos adversos das drogas, quer a nível físico, comprometendo, por exemplo, o bom funcionamento da função cardíaca, respiratória e digestiva, quer ao nível da psicológico e cognitivo (e.g., alterações humor, ansiedade, alterações de memória, desorientação, agitação). Em alguns momentos foi, também, possível presenciar os sintomas de abstinência em utentes do PA, tais como, vômitos, delírios e tremores;
- constatação dos efeitos depressores e estimulantes das diversas substâncias psicoativas no sistema nervoso central (SNC). Perante a grande variedade de drogas depressoras do SNC, ou seja, indutoras de uma diminuição da atividade mental, consumidas pelos utentes da PA, foi possível presenciar uma diminuição da atividade motora, da reatividade à dor e a presença de ansiedade, bem como o aumento da sensação de bem-estar em geral. A heroína era uma das substâncias mais utilizadas pelos referidos utentes, preferencialmente utilizada na forma injetada, embora existissem utentes que a fumavam ou inalavam. Após o consumo, os seus efeitos surgiam rapidamente e tinham a duração de três a quatro horas, independentemente da sua forma de administração. Outra droga utilizada pelos utentes da PA era a cocaína, apresentada sob a forma de um pó branco e consumida maioritariamente das vezes por via nasal. A estagiária pode verificar o seu efeito estimulante da mesma ao nível do SNC dos utentes, manifestado por estados de alerta exagerados, euforia, labilidade emocional, delírio de grandiosidade, hipervigilância e agitação;
- os programas de distribuição de agulhas e seringas reduziam consideravelmente a transmissão de vírus transmitidos pelo sangue. O facto dos participantes receberem cuidados regulares a estes programas oferecia-lhes, igualmente, a oportunidade de facilitar o seu acesso a outros serviços de saúde.

2.3 Estágio curricular na Associação de Apoio a Pessoas Depressivas e Bipolares de Coimbra em 2006/2007

O presente estágio curricular, inserido no 4º ano da licenciatura em psicologia, foi realizado na Associação de Apoio a Pessoas Depressivas e Bipolares (ADEB), em Coimbra.

A referida instituição apresenta como principais objetivos a promoção e a reabilitação psicossocial de pessoas deprimidas e bipolares, visando o desenvolvimento e a conservação do equilíbrio do doente mental, a promoção de uma ação médica especializada junto da comunidade destinada a divulgar conhecimentos sobre as doenças mentais, o apoio familiar e o apoio à integração social dos doentes.

Ao longo do estágio foram desenvolvidas as seguintes atividades:

- observação de consultas de psicologia clínica cognitivo-comportamental efetuadas pela psicóloga da instituição - Dra. Sónia Cherpe -, maioritariamente, destinadas a casos clínicos com perturbações de ansiedade e de depressão unipolar e bipolar;
- atendimento, acompanhamento e apoio psicológico efetuado via telefone, destinado a utentes em situação de crise (SOS);
- colaboração nas atividades administrativas da associação como, por exemplo, recepção e atendimento de clientes;
- participação nas reuniões semanais de supervisão clínica, destinadas à apresentação de histórias clínicas de casos em acompanhamento, as quais englobaram reflexão, discussão e delimitação de estratégias de intervenção terapêutica. Estas reuniões, pautadas por uma troca de informação bastante enriquecedora, permitiram à estagiária uma aquisição mais abrangente de conhecimentos no domínio da prática clínica de acordo com a Terapia Cognitivo-Comportamental;
- elaboração de um programa de intervenção para doentes com perturbações do humor (Unipolar ou Bipolar), seguidos em regime de ambulatório.

O programa de intervenção para doentes com perturbações do humor centrou-se, fundamentalmente, na promoção da aceitação da doença e na adesão ao tratamento psicofarmacológico. Pretendeu-se, assim, com este programa:

- promover a psicoeducação sobre a doença;
- promover competências de *coping* para lidar com a doença;
- melhorar o ajustamento psicossocial à doença.

Este programa foi realizado num grupo de 6 utentes com diagnóstico de perturbação de humor (bipolar), de ambos os sexos. Atendendo ao tipo de grupo e aos objetivos propostos, estruturaram-se nove sessões com duração de duas horas e com uma frequência quinzenal.

Tais sessões psicoeducativas pretenderam maximizar:

- a aquisição de conhecimentos sobre a perturbação depressiva e bipolar e sobretudo sobre os sinais de crise;
- a consciencialização sobre a doença e a importância da sua aceitação;
- a importância, quer de desenvolver hábitos de vida facilitadores do equilíbrio emocional, quer de prevenir novas crises.

Relativamente aos conteúdos das sessões, na primeira sessão, procedeu-se à apresentação do programa de intervenção. Assim, os objetivos desta sessão foram:

- 1) apresentação e esclarecimento do funcionamento dos grupos psicoeducativos;
- 2) apresentação dos membros do grupo;
- 3) apresentação e discussão do programa de intervenção;
- 4) avaliação dos conhecimentos do grupo acerca das perturbações do humor;
- 5) avaliação das expectativas dos elementos do grupo em relação ao programa de intervenção, ao grupo e aos formadores;
- 6) definição das normas e das regras de funcionamento do grupo.

Informar sobre a perturbação depressiva e a perturbação bipolar constituiu o tema da segunda sessão de grupo. Esta sessão centrou-se sobre a psicoeducação relativa à perturbação depressiva e a perturbação bipolar, incluindo respetivos sintomas e sinais de crise para cada uma das perturbações de humor.

A terceira sessão centrou-se sobre a importância da toma regular da medicação, respetivos efeitos secundários, bem como os efeitos adversos e riscos associados ao abandono ou ao mau cumprimento da mesma.

“Detecção precoce: aprender a lidar com os sinais e sintomas de crise”, constituiu o tema da quarta sessão de grupo. Nesta sessão abordaram-se estratégias de *coping* funcional para lidar com situações de *stress*. Assim, os participantes foram convidados a partilhar as suas próprias experiências stressantes e as estratégias de *coping* por si empregues, debatidas e discutidas em grupo.

A quinta sessão centralizou-se sobre as principais preocupações dos utentes face à doença. No seguimento do relato individual de cada participante sobre situações perturbadoras decorrentes no seu quotidiano, apresentaram-se lhes estratégias orientadoras para os auxiliar ao nível de uma melhor gestão da resposta ansiosa e do stress. Nesta sessão, abordaram-se, ainda, os aspectos cognitivos, comportamentais, emocionais e interpessoais da perturbação bipolar.

Na sexta e sétima sessão de grupo, abordaram-se os fatores protetores da perturbação bipolar. Nestas duas sessões salientou-se a importância da promoção de um estilo de vida e rotinas saudáveis. Foram, igualmente, abordados os fatores protetores da doença com o objetivo de prevenir recaídas (crises). Sublinhou-se a importância de realizar atividades de mestria e lazer, de adoptar bons hábitos alimentares, de respeitar os ritmos circadianos, de praticar exercício físico, de evitar o abuso de substâncias, de elaborar um diário do humor e dos acontecimentos stressores, de desenvolver uma percepção realista das capacidades e qualidades individuais bem como definir um projeto de vida realista e promover a valorização pessoal. Salientou-se, também, a importância de aprender a relaxar-se, tendo sido apresentadas diversas técnicas de relaxamento físico (alongamentos, rotação da cabeça, relaxamento dos braços, pernas, pés, mãos e dedos e técnica do controlo respiratório através de exercícios de inspiração e expiração abdominal) e técnicas de relaxamento mental (vazio mental e imagética).

A oitava sessão foi um momento de reflexão acerca das vantagens promovidas pela participação no grupo psicoeducativo. Fez-se uma avaliação sobre a implementação do programa e sobre os conhecimentos adquiridos pelos participantes.

A nona e última sessão do programa foi destinada a um momento de convívio e de despedida dos utentes.

3. Formação complementar desenvolvida no âmbito da psicologia

3.1 Participação no mestrado I e II em psicologia clínica no Centro de Terapia Conducta em Valencia, no período entre Junho de 2008 e Junho 2010, perfazendo um total de 642 horas de formação.

No ano letivo de 2010, concluiu o mestrado I e II em psicologia clínica no Centro de Terapia Conducta – Valencia (Espanha), uma instituição de ensino caracterizada por ser a mais antiga, com elevado prestígio na área da psicologia clínica e reconhecida pela Universidade de Valência. A candidata destaca a importância deste mestrado devido ao facto de o mesmo incidir sobre os principais procedimentos e técnicas da prática de clínica na terapia cognitivo-comportamental, sendo, então, uma mais valia na prática profissional.

Ao longo desta formação desenvolveu competências na área da terapia cognitivo comportamental, nomeadamente no que diz respeito:

- ao enquadramento teórico e aos fundamentos presentes na terapia cognitivo comportamental;
- ao modelo cognitivo: esquemas, crenças centrais e intermediárias, identificação de pensamentos automáticos disfuncionais, distorções cognitivas, etc.;
- à realização da entrevista clínica e avaliação cognitivo-comportamental efetuada através de entrevistas clínicas, auto-registos (registo de pensamentos, registo de atividades diárias, registos do padrão de sono) e de instrumentos psicométricos de avaliação (e.g., Inventário de Ansiedade de Beck (BAI), Inventário de Depressão de Beck (BDI), Escala de Ansiedade de Hamilton, inventário de Assertividade de Rathus, Escala YaleBrown para Transtorno Obsessivo-Compulsivo – Y-BOCS, Escala de Intensidade de Sintomas de Transtorno de Estresse Pós-Traumático – PTSD Symptom Scale;
- elaboração de histórias clínicas, as quais se destaca a conceptualização dos casos de acordo com o modelo cognitivo-comportamental e a planificação de intervenções terapêuticas. Foram efetuadas histórias clínicas de doentes com as seguintes problemáticas: perturbação depressiva; perturbação de ansiedade; perturbação obsessivo-compulsiva e perturbações relacionadas; perturbação alimentar; perturbação bipolar e perturbações relacionadas; perturbação disruptiva, do controle de impulsos e do comportamento;

disfunções sexuais; perturbações parafilicas, perturbações do neurodesenvolvimento e perturbação relacionada a substâncias e transtornos aditivos;

- aplicação de técnicas da terapia cognitivo comportamental como por exemplo: solução de problemas, toma de decisões, treino de assertividade, descastrofização, *role-play*, padrões duplos (dois pesos, duas medidas), autoinstrução, exposição, auto instruções, formulação de imagens mentais, registo de pensamentos disfuncionais, psicoeducação, questionamento socrático, técnicas de exposição, dessensibilização sistemática, relaxamento muscular progressivo de Jacobson, exposição e prevenção de resposta, técnicas de habilidades sociais, troca de papeis, seta descendente, análise custo-benefício, construção de alternativas, caixa da gratidão;
- Ao longo do mestrado foram apresentados, conceptualizados e discutidos vários casos clínicos acompanhados da apresentação do protocolo terapêuticos a aplicar. Realizaram-se, também, *role-plays* a propósito da aplicação de estratégias/técnicas terapêuticas;

3.2 Formação de curta duração

3.2.1 Cursos / Formações

Participou na qualidade de formanda nos seguintes cursos de duração breve:

- Omega90 (2021, Janeiro). *Formação de sensibilização em cuidados paliativos*. Cuidados Paliativos e Acompanhamento em Fim de Vida, Luxemburgo.
- Costa, J & Moura, C. (2020, Dezembro). *Agentes de fim de vida: preparar equipas para lidar com doentes em fim de vida*, Porto.
- Reyes, P. (2021, Novembro). *Terapia Racional Emotiva Comportamental para a Infidelidade*. Formação Internacional organizada pelo Centro de Terapia Conducta, Valencia.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (2020, Abril). *Intervenção psicológica em problemas ligados ao álcool*. Formação online organizada pela Ordem dos Psicólogos Portugueses, Portugal.

- Ordem dos Psicólogos Portugueses (2020, Abril). *Intervenção em Cuidados Paliativos*. Formação online organizada pela Ordem dos Psicólogos Portugueses, Portugal.
- Henriques, S. (2019, Janeiro). Formação de especialização em *Avaliação Multidimensional em Geriatria*. ReplicarSocialform, Coimbra.
- Escola Tecnológica e Profissional do Sicó (2013, Outubro). Formação profissional sobre *Igualdade do Género*, Coimbra.

3.2.2 Reuniões científicas

Assistiu às seguintes reuniões científicas:

- Maio 2011 – participação no simpósio “Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção” promovido pela Unidade de Hiperatividade do desenvolvimento Luís Borges do Hospital Pediátrico de Coimbra.
- Fevereiro de 2011- participação no III Encontro Nacional de Unidades de Saúde Familiar: “Motivar, Inovar, Projetar Figueira Cidade Saudável” no casino da Figueira da Foz promovido pela Administração Regional de Saúde do Centro.
- Novembro de 2010 - participação nas sessões plenárias “IV encontro do grupo de violência: informação, investigação e intervenção” bem como na oficina de avaliação e intervenção face à vitimização indireta nas crianças promovida no Centro Hospitalar psiquiátrico de Coimbra.
- Novembro 2010 – participação no II encontro nacional da rede de núcleos da ação de saúde para crianças e jovens em risco organizado pela Direção Geral da Saúde em parceria com a Administração Regional de Saúde do Norte no Fórum da Maia.
- Outubro 2010 – participação no Simpósio Nacional “Stress, Burnout e desordens Emocionais” promovido pela Fundação Eng. António de Almeida no Porto.
- Setembro de 2010 - participação no I Encontro Comemorativo do Dia Mundial da Prevenção do Suicídio no Auditório do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra – Unidade do Sobralcid.
- Novembro de 2007 – obtenção do Certificado de Aptidão Profissional atribuído pelo Instituto do Emprego e Formação Profissional de Coimbra.

- Novembro de 2006 - participação no “XI Symposium on Bipolar Disorders – The Life of Bipolar Patients” promovido pela Clínica psiquiátrica da Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Novembro de 2006 – participação no curso “Insight and Psychosis - XI Symposium on Bipolar Disorders – The Life of Bipolar Patients” promovido pela Clínica psiquiátrica da Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Outubro de 2006 - participação nas primeiras Jornadas de Psiquiatria e Saúde Mental intitulado "O olhar de ontem pensando no Amanhã" organizado pela Casa de Saúde Rainha Santa Isabel em Coimbra.
- Março de 2006 – participação nas “Conversas à Quarta – venha conhecer o Estabelecimento Prisional Regional de Leiria” organizado pela Associação Novo Olhar em Leiria.
- Dezembro de 2005 – participação na Conferencia “O Natal no Divã – O Natal como Narcisismo da Vida e Modelo para a Família” organizado pelo Instituto Superior Miguel Torga em Coimbra.
- Novembro de 2005 – participação no Congresso Nacional de Psiquiatria e Saúde Mental – "Novos Tempos, novas esperanças" organizado pela sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Metal.
- Novembro de 2005 – participação no colóquio “Nos que não somos como as outras – Conversa sobre a Prostituição Feminina” organizado pela Associação Novo Olhar em Leiria.
- Novembro de 2005 – participação no curso de Formação em Inteligência Emocional (auto-conhecimento, auto-domínio, auto-motivação, empatia) promovido pela Psicoglobal com duração total de 16 horas.
- Maio de 2005 – participação no colóquio intitulado “Mães Antes do Tempo” realizado no Auditório da Casa Municipal da Cultura de Coimbra.
- Abril de 2005 – participação no encontro de Profissionais de Saúde da Região Centro subordinado ao tema “A Saúde Sexual e Reprodutiva em Portugal” organizado pela Associação para o Planeamento da Família - Delegação do Centro.
- Março de 2005 – participação no Simpósio Internacional de Sexologia Médica organizado pela Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Abril de 2004 – participação na Conferência “Consumo de Álcool em Portugal, entre o gosto e o desgosto – o desafio da prevenção” promovido pelo Gabinete de Apoio Psicossocial do Instituto Superior Miguel Torga.

- Março de 2004 – participação no IV Encontro do Centro de Estudos Psicossociais do Instituto Superior Miguel Torga, “Dois discursos Terapêuticos... em construção” realizado no auditório da reitoria da Universidade de Coimbra.
- Março de 2004 – participação na Conferencia “Exploração da Sexualidade” organizado pela associação para o planeamento da família – Delegação do Centro.
- Março de 2004 – participação na Conferência intitulada “As Roda da Noite” promovido peço Gabinete de Apoio Psicossocial do Instituto Superior Miguel Torga.

4. Atividade Clínica

4.1 Fondation Adsis Hedra – Valencia (Espanha) de Fevereiro a Maio 2010

A Fondation Adsis Hedra visa apoiar ex-toxicodependentes e ex-reclusos na sua integração social. Neste sentido, procedeu-se à criação, estruturação, planificação e dinamização de um programa de competências sociais destinado a ex-presidiários e a toxicodependentes em fase de remissão. Este programa compreendeu oito sessões teórico-práticas semanais, com duração de duas horas, com a finalidade de proporcionar aos participantes um programa psicoeducativo de competências sociais. Neste, visou-se desenvolver padrões de comportamento sociais adequados bem como uma melhoria ao nível da gestão de conflitos em contextos sociais.

Desenvolver competências sociais, melhorar a autoestima e o autoconceito social foram os objetivos gerais do programa. Abordaram-se, igualmente, outros temas como, por exemplo, a importância de trabalhar em equipa e de cooperar com os outros, a importância de ser flexível e adaptado aos diferentes contextos socioculturais, o desenvolvimento de habilidades para fomentar a participação activa num contexto social.

Na referida atividade, foram trabalhadas as competências sociais básicas e mais complexas/avançadas. As competências básicas incluíram: aprender a ouvir ativamente, saber iniciar ou manter uma conversa, formular perguntas, agradecer, apresentar-se e apresentar outros. Por sua vez, o treino de competências mais avançadas englobou, por exemplo, a formulação de um pedido de ajuda, seguir e dar instruções e formas de abordar os outros, etc.

No final do programa, foram desenvolvidas competências relacionadas com a regulação emocional: aprender a reconhecer, analisar, expressar os próprios sentimentos; saber compreender os sentimentos dos outros; saber enfrentar e lidar com a raiva dos outros e, ainda, aprender a expressar e a manifestar afeto.

No referido programa trabalhou-se com base no método de aprendizagem estruturada de Goldstein e colaboradores (1989). As características mais importantes deste programa consistiam no uso combinado de diferentes técnicas didáticas, instrucionais e audiovisuais que ensinavam a modificar as habilidades pessoais, interpessoais, pró-sociais e cognitivas que se mostrassem pouco eficazes e desadaptadas.

A aprendizagem estruturada foi um método de "aprendizagem psicoeducativa" composto por:

- Modelamento de competências sociais adaptativas: os participantes foram convidados a reproduzir e a assumir uma atitude semelhante em relação ao modelo apresentado.
- Representação de papéis (*Role Playing*): O *role-playing* foi a técnica utilizada para melhorar e desenvolver competências sociais. Criaram-se e representaram-se situações do quotidiano solicitando ao participante o desempenho de determinado papel e a comportar-se de uma determinada maneira (e.g. salutar, aprender a apresentar-se, aprender a fazer um pedido, como fazer um pedido de mudança de forma adequada etc.).

Fundamentalmente, a implementação do referido programa permitiu à psicóloga consolidar conhecimentos teórico-práticos a propósito do programa de habilidades sociais obtidos ao longo da sua formação e desenvolver um programa que permitiu colocar em prática esses mesmos conhecimentos e estratégias no âmbito das relações interpessoais.

4.2 Estágio Profissional no Centro de Saúde da Figueira da Foz - Administração Regional de Saúde do Centro

Entre Setembro de 2010 e Junho de 2011 realizou o estágio profissional na Administração Regional de Saúde do Centro (ARS centro), sob supervisão da então psicóloga da instituição, Dra. Barbara Guimarães.

As principais atividades desenvolvidas e responsabilidades, englobaram:

- 1) Realização de consultas de psicologia clínica a crianças, jovens, adultos e idosos, as quais englobaram as diversas fases do processo psicoterapêutico: avaliação, diagnóstico e tratamento baseado em técnicas cognitivo-comportamentais.
- 2) Elaboração de relatórios de avaliação psicológica solicitados pelas escolas;
- 3) Sinalização e encaminhamento de utentes para organismos adaptados às suas necessidades (e.g., encaminhamento para assistentes sociais, médicos de clínica geral, psiquiatras).
- 4) Realização de consultas de psicologia ao domicílio a utentes com mobilidade gravemente reduzida, sem apoio familiar e sem meio de transporte próprio.
- 5) Aconselhamento a pais e a cuidadores que se encontravam em dificuldade relativamente à educação e ao desenvolvimento dos seus filhos como por

exemplo: crianças com perturbações de comportamento, dificuldades ao nível das relações interpessoais (problemas com o grupo de pares, *bullying* escolar), problemas de adaptação escolar, situações de insucesso escolar (perturbações de aprendizagem, dislexia, défice de atenção e hiperatividade).

- 6) Elaboração do regulamento interno do serviço de psicologia.
- 7) Participação nas reuniões de equipa propostas pelo centro de saúde. Estas constituíram espaços de comunicação e de transmissão de informações pluridisciplinares onde cada membro (psicólogo, nutricionista, técnicos de enfermagem) era convidado a apresentar o seu parecer clínico a propósito dos pacientes. Nestas, debatiam-se, igualmente, alguns problemas que surgiam visando assim uma melhoria constante na qualidade dos serviços prestados.
- 8) Desenvolvimento de ações de formação para professores do primeiro, segundo e terceiro ciclo de escolas pertencentes ao Agrupamento de Centros de Saúde do Baixo Mondego II. Tais formações envolveram a temática da sexualidade “Como abordar a temática da sexualidade com alunos? “. Procedeu-se à apresentação de conteúdos, à exemplificação de dinâmicas a aplicar na sala de aula e à divulgação de materiais, bibliografia e sites de interesse.
- 9) Promoção, desenvolvimento e dinamização de várias ações de formação sobre educação para a saúde nas diversas unidades de saúde pertencentes ao Agrupamento de Centros de Saúde do Baixo Mondego II, tais como: “o bem-estar psicológico da grávida e da puérpera”, efetuada no âmbito da semana da amamentação (6 de Outubro 2010); “o equilíbrio psicológico na diabetes”, decorrida na comemoração do dia Mundial da Diabetes (19 de Novembro 2010); “as variáveis psicológicas que constituem fatores de risco nas doenças coronárias”, efetuada no âmbito da comemoração do mês de Maio 2010 – Mês do Coração.
- 10) Planeamento e dinamização da sétima e oitava sessão “Intervenção Psicológica na Diabetes”, integrada num programa educacional para pessoas com diabetes mellitus tipo 2 e intitulado “Caminhar para o Equilíbrio”. Este programa envolveu uma equipa multidisciplinar (médica, enfermeira, psicóloga e nutricionista) e foi constituído por 8 sessões com frequência semanal.

A Diabetes Mellitus (DM) é uma doença crónica no qual as consequências a curto, médio e longo prazo dependem da forma como o paciente age e se comporta em relação à mesma. O diagnóstico de DM obriga os pacientes a realizar várias mudanças no seu estilo de vida: mudanças na rotina diária e no plano alimentar, na sua condição médica, no tratamento medicamentoso e no aumento da frequência a consultas afetando assim a qualidade de vida do paciente assim como da família nuclear. As intervenções médicas podem aliviar, parcialmente, ou atrasar o surgimento de algumas complicações, contudo os sintomas do DM são influenciados pelo estilo de vida e pelas escolhas diárias que os portadores da doença fazem. Neste sentido, consideramos que seria importante que os pacientes beneficiassem de sessões de terapia cognitivo-comportamental no sentido de beneficiarem de apoio relativamente ao tratamento e à manutenção da sua doença.

Os objetivos destas sessões foram:

- promover uma atitude de aceitação do doente em relação à doença;
- estimular e motivar o doente para o desenvolvimento de uma atitude de autocuidado em relação aos sintomas relacionados com a DM;
- sublinhar a importância da adesão ao tratamento farmacológico;
- fornecer novas estratégias no sentido de ajudar os doentes a realizar mudanças comportamentais que proporcionassem um maior controlo glicémico e, consequentemente, uma melhoria no bem-estar psicológico e na qualidade de vida;
- salientar, ainda, a importância do desenvolvimento de atitudes e comportamentos funcionais na manutenção da mesma.

Com a intenção de atingirmos os objetivos a que nos propusemos utilizamos a psicoeducação para educar o paciente relativamente à doença e ao seu tratamento; avaliamos a existência de barreiras inerentes à adesão ao tratamento farmacológico seguindo-se uma reflexão conjunta sobre estratégias de enfrentamento a desenvolver no sentido de atingir melhores resultados relativos ao tratamento farmacológico e psicológico; estimulamos alterações comportamentais visando erradicar posturas passivas e incrementando o sentido de responsabilidade e de compromisso dos pacientes face à doença e recorreremos, ainda, à terapia cognitiva no sentido de desafiar pensamentos automáticos e crenças disfuncionais visando a reformulação e a substituição por outros mais funcionais e adaptativos.

Baseamo-nos no modelo proposto por Greaves et al. (2010) para promover uma modificação dos comportamentos relacionados com estilo de vida. O modelo é constituído por três fases: motivação, ação e manutenção que, por sua vez, são subdivididos em etapas.

Começou-se por abordar e trabalhar a motivação dos pacientes para a mudança. Nessa fase, foi-lhes dado o racional sobre o processo inerente à mudança comportamental, avaliamos o nível de motivação individual de cada um e procurou-se desenvolver uma rede de apoio sociofamiliar no sentido de os ajudar a atingir os seus objetivos. Esta dimensão psicossocial visou: auxiliar os pacientes nas atividades da vida diária (preparação e compra de alimentos e controle da glicose), fornecer um grupo de suporte emocional que acompanhasse o paciente no sentido de o motivar, apoiar e reforçar face à mudança.

Na fase de ação, procedeu-se à revisão dos motivos apontadas pelos pacientes para a mudança de estilo de vida. Discutimos as principais dificuldades a serem enfrentadas no processo de mudança e planeamos estratégias para superá-las. Visou-se antecipar e encontrar soluções alternativas para os problemas, no sentido de aumentar a autoconfiança e reforçar a autonomia dos participantes na resolução de problemas.

Na última fase, intitulada fase de manutenção, procedeu-se à revisão dos comportamentos funcionais aprendidos, estabeleceram-se estratégias para prevenir o retorno aos comportamentos disfuncionais e incoerentes com o novo estilo de vida.

Ao longo das sessões utilizamos as seguintes técnicas terapêuticas:

- Psicoeducação com o objetivo de educar o paciente relativamente à doença e ao seu tratamento;
- Balanço decisional: analisaram-se as vantagens e as desvantagens de manter ou realizar uma mudança comportamental (prós e contras a curto, médio e a longo prazo da mudança de comportamento). Avaliamos a existência de barreiras inerentes à adesão ao tratamento farmacológico;
- Auto-monitorização: englobou o registo de pensamentos, comportamentos e de emoções negativas associados ao controle glicémico. Estes registos permitiram consciencializar os pacientes acerca dos conteúdos registados e identificar áreas problemáticas a serem trabalhadas;
- Toma de decisão e estabelecimento de um plano de ação. Operacionalização de objetivos e implementação de planos de ação para a mudança: definição e estabelecimento de objetivos e metas a longo, médio e a curto prazo, elaboração de planos de ação, foco na modificação dos comportamentos desadaptativos e exposição gradual a novos

comportamentos funcionais. Abordaram-se, ainda, os fatores facilitadores, os obstáculos e os limites associados à mudança comportamental (e.g., desânimo, procrastinação, medo);

- Reestruturação cognitiva: abordamos a importância do papel dos pensamentos e dos afetos no comportamento e avaliou-se o nível de autoeficácia percebida de cada paciente sobre a sua capacidade de realizar com sucesso as alterações comportamentais. Identificaram-se pensamentos automáticos disfuncionais e distorções cognitivas dos pacientes relativos aos processos de mudança e procedeu-se à reestruturação cognitiva;

11) Promoção, desenvolvimento e dinamização de ações de formação no âmbito da saúde escolar, decorridas nas escolas pertencentes ao Agrupamento de Centros de Saúde do Baixo Mondego II. Foram concretamente abordados os seguintes temas: tabagismo (no âmbito da comemoração do Dia Mundial do Não Fumador), violência no namoro, sexualidade e *bullying* escolar;

12) Desenvolvimento, com a colaboração de uma nutricionista, do projeto comunitário de psicoeducação, destinado a utentes com pré-obesidade ou obesidade. Esta iniciativa consistiu numa intervenção em grupo com o propósito de se efetuar reeducação alimentar (aprendizagem de novos hábitos alimentares facilitadores da perda de peso), de promover um estilo de vida saudável e, conseqüentemente, uma melhoria ao nível da qualidade de vida.

O referido projeto incluiu sessões de avaliação individual inicial e final, intercaladas por 10 sessões de grupo sobre temas específicos. A nível psicológico foram propostas estratégias no sentido de assegurar a implementação e a manutenção das alterações alimentares e dos estilos de vida salutar:

- 1) Fase educativa e intervenção nutricional: procedeu-se à identificação e à discussão de mitos relativos à alimentação, transmitiu-se informação acerca dos diferentes tipos de nutrientes e das variáveis biológicas envolvidas na regulação de peso corporal (metabolismo basal, calorias, gasto energético, balanço energético). Para o processo de perda de peso, abordou-se, ainda, a importância de modificar padrões de ingestão alimentar (alteração do tipo, qualidade e quantidade dos alimentos ingeridos) e de aumentar atividade física como fator determinante no controlo, bem-estar e manutenção do peso corporal.
- 2) Fase psicoeducativa: visou-se esclarecer os pacientes acerca dos diversos fatores etiológicos e mecanismos relacionados com o excesso de peso: “por que razão se come em excesso?”; “em que situações se come em

excesso?"; "para que serve comer em excesso?". Destacaram-se algumas causas associadas a uma ingestão excessiva de alimentos: sobrevalorização do ato de comer aprendido entre gerações (predisposição e vulnerabilidade psicológica); ingestão de alimentos com o propósito de reduzir emoções negativas (e.g., raiva, frustração, aborrecimento, depressão, ansiedade), na ausência da sensação física de fome, mantidas reforço negativo; ingestão excessiva de alimentos mantida por reforço positivo, ou seja, por gratificação diretamente associada ao ato de comer e/ou resultante de situações que lhe estão comumente associadas (e.g., celebração, êxito, afeto).

- 3) Auto-monitorização sobre os alimentos ingeridos sólidos e líquidos. O objetivo desta tarefa de casa era ajudar os utentes a observarem e a consciencializar-se acerca do tipo e quantidade de alimentos consumidos e dos estímulos associados ao ato de comer (o que come, quanto come, quando come), bem como das suas rotinas alimentares. As automonitorizações visaram, igualmente, a identificação dos fatores de manutenção do comportamento excessivo de ingestão alimentar (o que motiva/impulsiona o indivíduo a comer mais do que o seu corpo precisa?).
- 4) Elaboração de um balanço decisional: momento de reflexão acerca das razões pelos quais se pretendia perder ou manter o excesso de peso. O facto de elaborar uma lista de prós e contras permitia ao paciente um momento de reflexão, exteriorização e compreensão de aspectos menos conscientes. Este reconhecimento, pretendeu facilitar a modificação do comportamento e um estilo de alimentação mais saudável.
- 5) Desenvolvimento de uma lista motivacional e implementação de planos de ação para uma mudança comportamental, utilizando o controlo de estímulos:
 - i. estipular um único local de casa para comer (e.g., a cozinha);
 - ii. alterações associadas ao comportamento de comer: reduzir quantidades de comida no prato, utilizar pratos de menor dimensão, comer pausadamente, respeitar os horários regulares das principais refeições, desenvolver uma atitude de consciência plena durante as refeições, isto é, focar-se apenas na refeição e no degustar dos alimentos e eliminar os estímulos ambientais distratores (e.g., televisão, utilizar o telemóvel e ler enquanto come) por forma a evitar a associação entre estes e a sensação de fome;

- iii. planificar refeições, antecipadamente, com o intuito de evitar o imprevisto;
 - iv. preparação de refeições ainda na ausência de fome por forma a evitar perdas de controle alimentar;
 - v. ingerir alimentos de baixo valor calórico nos momentos de “emergência” como, por exemplo, frutas e verduras;
 - vi. fazer compras na ausência da sensação de fome, elaborar previamente uma lista de compras e focar-se na mesma;
 - vii. na impossibilidade da refeição se realizar em casa, selecionar estabelecimentos que apresentem opções alimentares de baixo valor calórico.
- 6) Aquisição de novos hábitos alimentares que proporcionem comer mais devagar e em menor qualidade como, por exemplo, cortar os alimentos em porções menores, introduzir os alimentos individualmente na boca, mastigar e salivar bem a cada porção, servir a comida em pratos mais pequenos;
- 7) Exposição à sensação de “fome” com a finalidade de aprender a reconhecer a verdadeira sensação fisiológica de fome e explicação do funcionamento ondular da sensação de fome (origem, desenvolvimento, intensificação, manutenção e desaparecimento);
- 8) Terapia cognitiva: ensinamos os pacientes a reconhecer os pensamentos automáticos disfuncionais, a contestar esses pensamentos e a construir pontos de vista alternativos a fim de tornar os pacientes mais conscientes dos seus processos de pensamento. Debates pensamentos automáticos negativos / desadaptativos e crenças disfuncionais no sentido de aumentar a autoestima e motivar os pacientes para a instauração de hábitos saudáveis. Efetuamos, ainda, uma reflexão conjunta acerca de autoinstruções encorajadoras a aplicar perante o surgimento de situações indesejáveis;
- 9) Definição de tarefas incompatíveis e distratoras a implementar perante a compulsão para comer: listagem de 4 ou 5 atividades distratoras agradáveis (e.g., telefonar a um amigo, dar um passeio, tomar um banho relaxante, ler, etc.).

4.3 Atividade clínica na Diagnosticum - Clínica de Diagnóstico da Figueira da Foz e na Associação da Previdência Portuguesa em Coimbra em 2011 e 2012

No período compreendido entre 2011 e 2012, realizou consultas de psicologia clínica em instituições privadas, nomeadamente no Diagnosticum e na Associação da Previdência Portuguesa. Acompanhou quadros clínicos diversos, tais como perturbação depressiva, fobia social, luto patológico, perturbação de pânico, perturbações de sono e problemas familiares.

Quer na clínica Diagnosticum, quer na Associação da Previdência Portuguesa, aplicou a terapia cognitivo-comportamental a crianças, adultos, idosos e famílias. Esta experiência profissional permitiu à psicóloga consolidar competências de avaliação, diagnóstico e acompanhamento, desenvolvidas durante a formação académica.

4.4 Atividade clínica na Antenne d'Écoute - Maison des Associations, Luxembourg

A Antenne d'Écoute é uma associação de solidariedade social, cita no Luxemburgo, que presta apoio psicológico à população emigrante que apresenta dificuldades em comunicar numa das três línguas oficiais do país (luxemburguês, francês e alemão) e que se encontre numa situação financeira precária. Esta associação oferece assistência ao nível da reinserção social, presta apoio psicológico e psicoterapêutico individual, familiar e conjugal aos referidos emigrantes. A Antenne d'Écoute é constituída por uma equipa pluridisciplinar e disponibilizava serviços na língua portuguesa, italiana, espanhola, francesa, inglesa e servo-croata, em formato presencial ou via telefone.

Na supramencionada associação, a psicóloga teve contacto com as diversas valências e dinâmicas do serviço, contudo a sua ação concentrou-se, fundamentalmente, na prestação de consultas de psicologia clínica a adultos. Procedeu à implementação das diversas fases do processo de psicoterapia cognitivo-comportamental, nomeadamente, entrevista clínica, diagnóstico e intervenção. Seguiu casos com os seguintes diagnósticos clínicos: perturbação depressiva, perturbação ansiosa, perturbação obsessivo-compulsiva, problemas conjugais, familiares e dificuldades associadas à presença de doença física e mental crónica.

A atividade clínica desenvolvida nesta associação revelou-se muito gratificante porque permitiu o acesso à profissão no estrangeiro, bem como a possibilidade de continuar a desenvolver experiência profissional na área da psicologia clínica, progredir na consolidação de conhecimentos e competências adquiridas ao longo da formação

nos seguintes domínios como por exemplo: entrevista de anamnese, administração de instrumentos de avaliação, estabelecimento de diagnósticos, psicoeducação, reestruturação cognitiva, relaxamento muscular progressivo de jacobson, exposição com prevenção de resposta, processo de toma de decisões e resolução de problemas, e, ainda, competências de comunicação no casal, entre outras.

4.5 Atividade clínica na PAIPERLÉCK – Aide et Soins à Domicile – Résidences Séniors desde 2019 até ao momento atual

A Paiperléck é uma empresa que presta apoio e cuidados de saúde em residências psicogeriatricas e no domicílio. As atividades e missões principais centram-se na:

- realização de entrevistas clínicas, apoio psicológico e psicoterapia cognitivo-comportamental;
- realização de provas neuropsicológicas: Mini Mental State Examination (MMSE) e teste de relógio;
- realização de sessões de relaxamento muscular e de estimulação sensorial;
- realização de atividades de estimulação cognitiva e workshops de memória individuais e grupais;
- realização de atividades de estimulação criativa e lúdicas, afim de promover a expressão pessoal, diminuir a ansiedade e aumentar a autoestima;
- organização de saídas/passeios, por forma a promover as relações sociais e manter o contacto com o exterior;
- organização e programação de atividades e ateliers diversos como, por exemplo, ateliers de jardinagem, de culinária, de pintura, de costura, etc, visando a promoção do bem-estar, a estabilização do humor e a manutenção dos níveis de motivação e de autoestima apropriados;
- desenvolvimento de um plano de vida individualizado para cada novo utente;
- psicoeducação e apoio psicológico aos pacientes, às famílias e aos cuidadores face a situações de doença crónica (e.g., demência, esclerose em placas): apresentação de informação acerca das características e fases da doença e proposição de uma proposta terapêutica não medicamentosa de acompanhamento;
- psicoeducação acerca de atitudes e comportamentos a desenvolver para lidar com familiares com demência, incluindo na doença de alzheimer, no sentido de auxiliar a família dos doentes no processo de comunicação e de

interação com estes (psicoeducação para lidar com algumas dificuldades que podem estar presentes no convívio, como agressividade, agitação, irritabilidade, etc.);

- criação e animação de grupos de apoio psicológico para familiares e cuidadores de doentes como diagnóstico de Alzheimer (Café Alzheimer).
- apoio psicológico e acompanhamento a familiares em situação de crise ou em situação de perda iminente ou consumada de pessoas próximas como, por exemplo, situações de fim de vida em doentes paliativos e processos de luto dolorosos;

Na Paiperléck teve oportunidade de acompanhar casos clínicos com perturbação depressiva, perturbações da ansiedade, perturbação do comportamento alimentar e transtornos neurocognitivos (TNCs) (e.g. doença de Alzheimer; TNC vascular; TNC com corpos de Lewy; TNC devido à doença de Parkinson; TNC frontotemporal).

5. Apresentação do Caso Clínico

Dados Biográficos

Nome: MFC

Sexo: Feminino

Idade: 51 anos

Estado Civil: Casada

Habilitações Literárias: 4ª classe

Profissão: Desempregada

Agregado Familiar: marido (J.), dois filhos (D., 21 anos e MJ, 28 anos)

Motivo da Consulta

MF, deslocou-se à consulta acompanhada pelo marido (J.) no sentido de obter ajuda psicológica em relação à perturbação bipolar e com o objetivo de integrar o grupo de autoajuda.

MF recebia acompanhamento psiquiátrico e tinha o seguinte plano terapêutico:

Tabela 1

Plano terapêutico

Medicamento	Dosagem (mg)	Pequeno Almoço	Jantar
Alprazolam	1		1
Diplexil R	0,5	1	
Diplexil	250	1	
Seroquel	200	1	
Seroquel	300		1

Dificuldades Atuais

MF apresentou-se à consulta com um aspecto cuidado, vestida de forma adequada para a sua idade e ao seu estatuto sócioeconómico. Permaneceu com uma postura rígida e curvada, sendo notória a existência de algum tremor corporal. Concerveu um contacto visual reduzido e uma expressão facial triste. O ritmo do seu discurso era lento e o tom de voz baixo, o discurso era organizado embora pouco espontâneo marcado por silêncios prolongados. Foi, ainda, possível constatar uma lentificação psicomotora bem como uma diminuída capacidade de resposta acompanhada de uma resistência na verbalização e partilha de informações pessoais.

A paciente apontou a perturbação bipolar como a principal causadora das suas dificuldades atuais. Referiu, no momento presente, encontrar-se a vivenciar uma fase

depressiva, sublinhando a sua tristeza profunda, o seu cansaço e a sua vida desprovida de interesses, de prazer e, ainda, de atividades gratificantes “sinto-me muito triste, não tenho atividade, já não passeio...”. Confessou não conseguir controlar a sua necessidade de chorar, revelou não ter energia nem esperança em relação à sua vida futura.

A MF identificou algumas características e sintomas da sua doença: “a bipolar tem um alto e um baixo, quando estamos num alto temos uma alegria desmesurada, quando estamos num baixo não gostamos de nós, nem dos outros... não queremos viver!”. No ano de 2019, MF referiu ter recebido acompanhamento clínico com outro psicólogo, durante quatro meses, terminando por confessar o seu abandono e o seu posterior desinteresse pelo processo terapêutico.

MF receava recair e ter que vivenciar, novamente, os episódios maníacos da perturbação bipolar, “tenho medo de não conseguir ser eu por causa das minhas crises e de perder o controle”. MF afirmou ter vivenciado momentos eufóricos e descontrolados salientando o impacto dos mesmos na sua vida pessoal, familiar e financeira. Acreditava, porém, na possibilidade de conseguir prevenir as crises maníacas e depressivas e, ainda, na possibilidade de conseguir viver “sem ir aos extremos”.

Foi possível constatar o seu sentimento de inutilidade e de culpa devido ao facto de não possuir energia nem para ajudar nem para colaborar com a família através das suas verbalizações “sou um peso na vida do marido e dos filhos”, evidenciando, ainda, o seu agradecimento em relação ao primeiro “o meu marido é o melhor marido do mundo, ele merecia outra mulher”. Através do seu discurso foi possível constatar o desenvolvimento de sentimentos de culpa em relação ao impacto da sua situação de saúde no seio familiar, porém, MF acreditava possuir a capacidade de deixar de ser “um peso na vida do marido” caso conseguisse alcançar a estabilidade emocional.

Sublinhou encontrar-se a vivenciar um episódio Depressivo desde março de 2018, momento em que existiram algumas mudanças no seio familiar: saída de casa do filho mais velho (D.), em janeiro de 2018, para cumprir serviço militar e, posteriormente, alguns meses mais tarde, saída de casa da filha (MJ) para viver junto do companheiro em casa dos sogros. MF mencionou aceitar o companheiro da filha embora o considerasse “um rapaz de risco” devido ao facto de se tratar de um “ex-toxicod dependente”.

No seguimento do anúncio da gravidez da filha, a doente verbalizou a sua manifesta preocupação em relação à mesma através de verbalizações do tipo “é a minha menina, estou muito preocupada com ela, eu sei que ela está com muitas dificuldades, apesar de não me contar”, “não consigo imaginar a minha filha a resolver os seus problemas, ela não é muito expedita”, “estou muito assustada... tenho muito

medo do futuro... vejo um túnel negro...” sendo evidente o seu sentimento de ansiedade e de preocupação relativamente à sua gravidez, à sua situação de desemprego e ao seu futuro da filha. Constatou-se o desenvolvimento de uma preocupação acrescida relativamente às dificuldades financeiras da filha visto ser o companheiro o único a trabalhar “eles não têm dinheiro para comer”; “eles são um jovem casal não tem percepção da realidade, acham que é tudo muito fácil”. Segundo a doente, as dificuldades financeiras não constituíam uma dificuldade recente no jovem casal existindo depois de alguns meses embora MJ tentasse ocultá-las da família “MJ tentou sempre esconder, mas agora, recentemente, não teve saída e foi obrigada a pedir dinheiro ao pai”.

Desde os 10 anos e até ao momento em que desenvolveu Perturbação Bipolar, a doente ressaltou, o seu anterior gosto pela realização de atividades domésticas, confessou gostar de limpar a casa (constituída por uma sala comum, três quartos, duas WC, um escritório, uma cozinha, um terraço e o sótão) e referiu, ainda, no passado, fazê-lo, diariamente, e de forma rápida “numa manhã limpava tudo, já fui muito boa a limpar”. Confessou sentir-se incapaz de manter o mesmo estilo de funcionamento anterior devido ao cansaço e à fadiga que vivenciava. Salientou ter abandonado a realização de todas as atividades domésticas anteriores “não tenho mais coragem nem para limpar a cozinha” bem como as atividades que lhe produziam prazer no momento presente, sendo notória a presença do sentimento de pena e de culpabilidade. Assim, retomar à realização de limpezas de casa constituiu um dos objetivos terapêuticos apontados por MF. Esta preocupava-se com o facto de ser incapaz de realizar e colaborar com o marido nas lides domésticas verbalizando frases do tipo “sinto que só atrapalho os outros, em vez de ajudar, desajudo”. Este desajudar devia-se ao facto de MF não conseguir fazer bem as limpezas “limpei mal o fogão e o meu marido teve de ir por trás de mim e limpar outra vez”. Para MF as coisas só se encontravam “bem limpas quando estão a brilhar”, não aceitava a imperfeição deixando transparecer o seu padrão de funcionamento marcado por controlo e traços perfeccionistas.

A Perturbação Bipolar interferia significativamente na vida familiar e profissional da doente. MF referiu que a sua família nuclear compreendia, apoiava e aceitava a sua doença, sublinhando, ainda, a atitude hipervigilante dos mesmos em relação ao seu comportamento devido à sua tendência suicida anterior. Relativamente à família mais alargada (irmãos e cunhados) salientou, igualmente, o apoio dos mesmos (“sinto que gostam de mim e colaboram, até me tratam com mais carinho do que dantes”), contudo, ressaltou, a incompreensão dos mesmos relativamente à evolução da doença e às suas tentativas suicidas anteriores. Aquando da visita a familiares, foi possível constatar a existência de um défice de habilidades sociais. MF referiu a sua dificuldade em

comunicar de forma espontânea (“eu penso que sou o centro das atenções e por isso falo menos”), alegando, ainda, o desenvolvimento de um conjunto de sintomatologia ansiosa: sensação de aperto no peito, medo e preocupação, bloqueio e desconforto generalizado (“parece que estão todos postos com os olhos em cima de mim e fico bloqueada”). Salientou, ainda, o descontentamento da família em relação ao seu déficit de comunicação e de interação social tendo sido verbalizado através de frases do tipo “então, não dizes nada?... não falas, só dizes que sim ou que não”. Na sequência deste tipo de reflexões por parte dos familiares, MF destacou o desenvolvimento de ansiedade de avaliação social (“tenho receio de falar e que eles notem o meu nervosismo e que achem que estou muito doente...”; “eu era tão alegre e agora estou assim, tão triste...”).

A nível profissional, MF era proprietária de uma loja de malhas, porém, devido por um lado, ao seu quadro clínico e, por outro lado, ao insucesso económico-financeiro da mesma, em fevereiro de 2014, tomou a decisão de encerrar a loja. J, seu esposo era, igualmente, proprietário de um café. MF trabalhava e colaborava com J. no café de acordo com a sua disponibilidade contudo, devido à instabilidade do quadro clínico da esposa, no final de setembro de 2014, J. optou por trespassar o café e tirar licença sem vencimentos. J. alegou ter abandonado a sua atividade profissional com o intuito de prestar maior auxílio e apoio a MF durante a sua doença.

No final do ano de 2014, MF salientou ter abandonado todas as atividades consideradas “obrigatórias” e de prazer (gratificantes) evidenciando-se notórios défices ao nível do funcionamento. Sublinhou, ainda, a sua perda de interesse em relação à participação nos ateliês de artesanato e de pintura, atividades que, anteriormente, constituíam fontes de reforço positivo. Neste seguimento, MF acrescentou que J. começou a ocupar-se dos trabalhos domésticos (e.g. preparação das refeições, limpar e arrumar a casa), visto que MF considerava-se incapaz de efetuar as mesmas “custa-me muito limpar a casa, fazer o jantar, arrumar a cozinha, limpar o fogão”.

Quando questionada acerca dos objetivos terapêuticos, MF afirmou o desejo de retomar ao seu nível de funcionamento anterior ao início da doença. Concretamente, pretendia voltar a cozinhar, a limpar a casa, a pintar e a estar com as amigas. Desejava, ainda, melhorar o seu estado de saúde geral.

Apresentou expectativas elevadas relativamente à terapia e à sua colaboração neste processo: “acredito que vou ficar boa”, “eu vou conseguir fazer tudo direitinho”. Ao longo das sessões, MF apresentou-se motivada para o tratamento.

Início e Desenvolvimento de Dificuldades

MF tinha uma loja de malhas e, paralelamente, um café com o marido. Revelou ter aberto esses dois negócios a pensar no futuro da filha. Devido ao facto do negócio de malhas não ter ido de encontro com as suas expectativas financeiras, em fevereiro de 2014, MF optou por fechar a loja, mantendo apenas o café que, posteriormente, acabou por ser trespassado na sequência do desenvolvimento de uma crise de mania meio ano depois.

Em maio de 2014, MF destacou ter vivenciado momentos de humor elevado, salientou o seu aumento de energia e o desejo de fazer coisas (“saia de casa para trabalhar, lia e fazia arraiolos, tinha sempre muita energia, não parava e mesmo assim o dia não me dava para nada”). Referiu ouvir música com volume muito alto e a tendência para colher muitas flores “ouvia música com o volume muito alto” e “apanhava muitas flores embora só tivesse apenas uma jarra para as por”. Declarou uma reduzida necessidade de dormir “muitas vezes não conseguia dormir e, quando conseguia, dormia muito pouco”; “quando dormia, ao final de quatro a cinco horas estava bem” e um aumento de apetite (“comia tudo aquilo que tivesse à mão”) fazendo-se acompanhar por um aumento de peso significativo. Confessou, ter contraído muitas dívidas devido a aquisições realizadas sob a forma de impulso e, sublinhou, ainda, o seu comportamento desinibido em relação a outros homens (“já só fazia disparates...”).

Em outubro de 2014, revelou ter começado a sentir-se ansiosa, triste e sem esperança “estava muito preocupada com a vida e com o futuro” situação esta que culminou num episódio depressivo acompanhado por uma tentativa de suicídio que foi interrompida pelo regresso do marido, atempadamente, a casa acabando por conduzindo-a, imediatamente, ao hospital. Referiu encontrar-se sozinha em casa aquando da ingestão de veneno para efeito suicida. Uma vez hospitalizada, a doente permaneceu em coma durante alguns dias, e, progressivamente, foi tornando-se consciente acabando por recuperar as suas capacidades cerebrais na totalidade.

Permaneceu estável relativamente ao diagnóstico de perturbação bipolar durante os quatro anos e meio seguintes, sendo que, em março de 2018, desenvolveu, novamente, um episódio depressivo. Esta situação coincidiu com a interrupção, por autorrecriação, da medicação prescrita pela psiquiatra. Destacou ainda que, aproximadamente, no mesmo momento, o seu filho D. começou a cumprir o serviço militar, em janeiro de 2018 e, em março de 2018, MJ saiu de casa dos pais para ir viver com o companheiro em casa dos sogros seguido do anúncio da gravidez da mesma. Esta situação constituiu um importante fator desencadeador de stress na medida em que MF considerava que a filha carecia de habilidades e capacidades maternas (“ela não tem capacidades nem para assumir nem para cuidar de um bebê”).

Estes três acontecimentos acabaram por ser percebidos de forma negativa pela doente devido, por um lado, à sensação de impotência em relação à saída de casa dos filhos e, por outro, devido à impossibilidade controlar a ocorrência de eventuais eventos negativos em ambos acabando por gerar, assim, instabilidade emocional, preocupação, angústia e tristeza em MF.

Em setembro de 2018, a doente cometeu uma nova tentativa de suicídio por intoxicação medicamentosa, argumentou “só queria desaparecer porque eu só perturbo, sou um peso na vida do meu marido e dos meus filhos”. Foi internada e conseguiu estabilizar o seu quadro clínico devido ao reajuste da sua medicação para a perturbação bipolar.

História de Desenvolvimento e Aprendizagens Prévias

MF relatou que nasceu decorrente de uma gravidez e parto normais. Mencionou não ter nascido de uma gravidez planeada, “não fui programada”. Pertence a uma frateria de oito irmãos, sendo a mais nova. Um irmão, o que seria o mais velho, faleceu à nascença. Dos sete irmãos vivos, 4 são do sexo feminino e 3 são do sexo masculino.

Apresentou, enquanto criança, um desenvolvimento psicomotor, linguístico, esfíncteriano e social dentro dos parâmetros normais.

Dos dois aos oito anos de idade, residiu com a sua tia permanecendo, assim, afastada dos irmãos e dos pais. MF justificou este facto devido às “bulhas” em que se envolvia com a irmã mais nova: “nós bulhávamos muito e por isso tiveram que nos separar”. Segundo a doente, a mãe e a tia possuíam duas versões distintas acerca deste acontecimento: a mãe alegava que MF tinha sido educada pela tia porque necessitava de ajuda para educar os sete filhos e, por sua vez, a sua tia comentava ter educado MF porque “ficou com pena”, porque “caso contrário teria que dar entrada num orfanato”. MF referiu não ter desenvolvido sentimentos de rejeição em relação aos pais devido ao facto de não passar a infância junto destes e dos irmãos: “fui única e privilegiada relativamente a todos os meus irmãos porque tinha muitos brinquedos e os meus irmãos não porque eles eram muitos”, acrescentando “a minha tia nunca me faltava com nada”.

Quanto ao padrão de interação familiar, MF referiu ter uma relação afável particularmente com a tia, mãe e irmãos, e definiu o pai como “uma boa pessoa”, porém severo quando a mandava trabalhar. A tia constituiu uma figura de suporte ao longo da vida da doente.

No que concerne ao percurso escolar da doente, ingressou com seis anos de idade na escola primária da aldeia onde residiam os pais e irmãos tendo sido, por este motivo, obrigada a regressar à sua aldeia natal. A partir desse momento, visitava a tia apenas na época das férias escolares. O regresso de MF a casa dos pais decorreu de

forma calma e ajustada (“fui bem recebida, fiquei contente porque tinha os meus irmãos para brincar”). Por outro lado, no contexto escolar, foram identificadas algumas dificuldades de adaptação à escola primária (“sentia-me deslocada daquela escola, não conhecia ninguém”) que, posteriormente, com o passar do tempo, foram ultrapassadas. Segundo a doente, reprovou na primeira classe devido a conflitos entre a mãe e a professora, resultantes de assuntos externos à educação e à aprendizagem da mesma. Confessou ter experienciado o sentimento de rejeição por parte da professora verbalizando “ela colocou-me na última carteira ao fundo da sala e nunca me quis ensinar o abecedário”. Na sequência desta sua reprovação escolar, obteve uma outra professora com quem tinha um bom entendimento terminando por a acompanhar até ao final da quarta classe. Saliu o perfil severo, exigente e rigoroso da professora (“também era mazinha, dava-nos réguas”), porém, acrescentou “ela tinha razão em dar-nos réguas porque nós não estudávamos e era para aprendermos”. Informou que a sua aprendizagem se desenvolveu dentro dos parâmetros normais até à quarta classe, salientando que a professora não permitiu que se apresentasse a exame enquanto não aprendesse a tabuada. Esta situação não lhe induziu um sentimento de inferioridade nem de humilhação (“a humilhação era geral, só havia duas que eram melhores”), porém, partir desse momento e até ao final do ano letivo, referiu ter desenvolvido receio e ansiedade escolar. Esta ansiedade estava relacionada com a possibilidade de surgirem novas exigências por parte da professora e o receio que tinha por não conseguir passar de ano. MF referiu ter aprendido a tabuada, acabando por realizar o exame da quarta classe com sucesso, salientando-o com orgulho “passei com distinção no exame”.

Referiu, ainda, dificuldades ao nível da capacidade para memorizar conteúdos escolares, desabafando “tinha que estudar muito para passar de ano”. Depois de terminar a quarta classe, aos doze anos de idade, começou a trabalhar e justificou este facto ao verbalizar “eu nunca quis estar fechada, então comecei a ser o braço direito da minha mãe”. Para além de fazer a distribuição de leite, MF trabalhou no campo, confeccionou as refeições para a família e realizou limpezas e afazeres domésticos, “todos os meus irmãos estavam empregados na fábrica, mas alguém tinha de ficar em casa para fazer as coisas”, e, juntamente com os irmãos, ajudava o pai a fazer cestos para a pesca do bacalhau. MF efetuou estas atividades até aos 21 anos. Esclareceu, ainda, a sua tendência desde a infância para planear atividades: “havia uma tarefa para fazer, eu planeava que a minha mãe acordava às seis horas da manhã. Então eu pensava assim: às cinco da manhã levanto-me e faço a tarefa e assim quando a minha mãe acordasse já tinha tudo feito”. Saliu o que perante esta atitude era muito elogiada pela sua mãe, (“olha que bem, é muito trabalhadora”). Comentou o seu contentamento

aquando da sua inscrição no patronato para aprender costura feita pela mãe, situação que proporcionou considerar-se privilegiada em relação aos restantes irmãos.

Relativamente às relações sociais, referiu que tinha vários amigos na escola, acrescentando “aos domingos costumávamos reunirmo-nos todos e víamos televisão”. Revelou ter um bom entendimento com os irmãos.

No que diz respeito à sua sexualidade, a menarca surgiu aos 13 anos, mencionando “atravessei bem esta fase”. Referiu ter sido informada sobre esta pelas irmãs “as minhas irmãs sempre me alertaram, a minha mãe nunca me abordou sobre o assunto”. MF alegou “nunca fui muito namoradeira, era mais para a brincadeira”. Esclareceu ter tido o seu primeiro namorado aos 18 anos de idade e acabou este relacionamento um ano depois devido às crises de ciúmes desenvolvidas pelo mesmo. Três anos depois, começou a namorar com seu atual marido, tendo consumado com este a sua primeira relação sexual.

MF casou-se com J. tendo ido viver para casa dos sogros, referindo a este propósito “foi um grande erro, a relação era estável, mas, a partir do momento em que fui viver para casa dos meus sogros, eles começaram a opinar e a querer mandar na nossa vida e eu, por causa disso, amuava, não comia nem falava durante uma ou duas semanas”. Estes “amuos” ocorriam como resposta ao seu descontentamento em relação à atitude dos sogros, tendo-se apurado que tal comportamento já ocorria desde a adolescência “ainda me recordo da minha mãe me dizer: com esses amuos, se um dia te casas, ainda vais levar muito nessa cara”. Este comportamento que adoptava constituía uma forma de manifestar aos outros a sua insatisfação em relação aos diferentes aspectos da vida destacando-se, assim, as suas competências sociais reduzidas.

No que diz respeito ao marido, referiu a sua bondade para com os outros e para com a própria, “ele é tudo de bom: é bom marido, bom pai e bom filho”, “ele é muito bondoso, não perde uma oportunidade para ajudar”.

MF casou-se com 21 anos, deste casamento resultaram dois filhos: D. et MJ. Imediatamente, após o casamento, MF ficou grávida do seu filho D. e, posteriormente, 7 anos mais tarde, engravidou da filha. MF salientou a recorrência de vários problemas de saúde ao longo do desenvolvimento de MJ considerando a fenda palatina e o diagnóstico de esclerose múltipla como os mais impactantes. Desabafou, ainda, que a sogra a culpabilizava pela doença da filha, “ela dizia-me: tu nunca ias à missa e por isso Deus castigou-te”. Apurou-se que a doente teve dificuldades financeiras na altura que MJ foi operada: “na altura da operação não tínhamos dinheiro para pagar a operação e tivemos de ir pedir dinheiro aos meus pais, eles ajudavam-nos muito. Quando precisávamos de ajuda eram os meus pais quem nos ajudavam e a quem pedíamos

dinheiro”. Referiu a recusa de pedido de ajuda aos sogros “nunca tivemos a ajuda da família do J., ele era muito traumatizado com o pai”, acrescentando, ainda, o carácter intrusivo e abusivo da sogra na vida e intimidade do casal, “ela tinha uma chave de casa e quando eu não estava em casa vinha fiscalizar”, “um dia a minha sogra deixou uma cinta de renda na minha casa de banho que não me pertencia”.

Em relação à área profissional, após ter terminado a quarta classe, MF começou a trabalhar. Dos 12 aos 21 anos de idade, auxiliou os pais no trabalho do campo, na distribuição de leite e nas lides domésticas. Depois de casar, MF foi cabeleireira durante 10 anos, acabando por deixar essa profissão para tomar conta dos seus filhos. Mais tarde, por volta dos 31 anos de idade, MF comprou uma loja onde instaurou o comércio de malhas e, paralelamente, abriu um café com o seu marido. Devido ao facto de o negócio de malhas não ter ido de encontro com as expectativas de MF, fecha a loja, mantendo o café. Posteriormente, com o surgimento de uma crise de mania, o marido optou por trespassar o café para acompanhar MF na sua doença. Atualmente, MF e J. encontram-se sem atividade profissional.

No que respeita à religião, MF referiu ser católica não praticante. Confessou ter-se casado pela igreja e ter batizado os seus filhos, enfatizando, ainda, a descrença dos mesmos “eles não seguem, acham uma fantochada”.

No que se refere à história médica familiar, a doente destacou o diagnóstico de Perturbação Bipolar da sua irmã mais velha. Relativamente ao seu próprio estado de saúde, MF mencionou a diabetes e o diagnóstico de perturbação bipolar como áreas problemáticas. A doente alegou ter uma boa higiene de sono assim como bons hábitos de ingestão alimentar.

No que concerne ao autoconceito, MF efetuou uma notória distinção entre o período de tempo que antecedeu e sucedeu a perturbação bipolar. Antes do diagnóstico de perturbação bipolar, descreveu-se como “pronta, meiga e realizada” e, posteriormente, manifestou uma clara perplexidade para se descrever, referindo “hoje, no momento presente, não sei” sendo notória a sua expressão triste, abatida e desesperançosa. Relativamente ao futuro, imaginou-se “mais velhota e rezingona”, “avó a sorrir com alguns netos, mas não muitos” visualizou-se a fazer viagens e a arrumar a casa.

Foi possível constatar a presença de uma baixa autoestima através dos seus desabafos “já fui bonita, mas já não sou o que era dantes” sendo notória a avaliação negativa e diminuída que fazia de si própria no momento e que existia desde a idade de jovem adulta salientando “já antes não tinha confiança em mim, pensava sempre que podia fazer melhor”. Ainda a este propósito, expressou a sua timidez e o seu medo de

rejeição devido ao facto da sua família ser de classe social inferior à do marido “a minha sogra não queria o casamento porque eu era pobre e isso fazia sentir-me muito triste”.

Formulação Cognitivo-Comportamental

Mediante a informação recolhida e, anteriormente, descrita, propõe-se de acordo com o manual de DSM-5 o diagnóstico de Perturbação Bipolar I, Episódio Depressivo Mais Recente, uma vez que foi possível constatar a existência de vários episódios maníacos acompanhados por episódios depressivos.

Em outubro de 2014, MF experimentou um episódio Depressivo Major. Verificou-se a presença dos seguintes sintomas durante um período de pelo menos duas semanas, acompanhados da alteração do seu funcionamento prévio: humor depressivo e diminuição clara do interesse e prazer em todas as atividades durante a maior parte do dia, quase todos os dias, diminuição de apetite acompanhada de perda de peso, lentificação psicomotora, fadiga e perda de energia quase todos os dias, sentimentos de desvalorização (“já gostei de mim, agora já não gosto”), de culpa excessiva e inapropriada, diminuição da capacidade de pensamento, concentração e indecisão quase todos os dias, pensamentos recorrentes de morte e tentativas de suicídio. Foi possível constatar que a presença destes sintomas causou um mal-estar clinicamente significativo e uma deficiência no funcionamento social e ocupacional.

Existiu previamente um episódio maníaco, em maio de 2014. A doente evidenciou um período de humor persistentemente elevado, expansivo e irritável com duração de pelo menos uma semana. Durante o período de alteração de humor, os seguintes sintomas persistiram e estiveram presentes num grau significativo: autoestima aumentada e grandiosidade (e.g., “fiz muitas dividas”); diminuição da necessidade de dormir (e.g., “apenas tinha necessidade de dormir quatro a cinco horas por noite”); mais faladora do que o habitual ou pressão para continuar a falar, evidenciando fuga de ideias ou experiência subjetiva de aceleração do pensamento; agitação psicomotora, e aumento da atividade dirigida para determinados comportamentos (“saia de casa, ia ler e ia fazer arraiolos”), nomeadamente sexuais.

A perturbação bipolar foi suficientemente intensa provocando uma deficiência no funcionamento ocupacional, ao nível das atividades sociais assim como ao nível do relacionamento com os outros, culminando várias em vários internamentos.

Relativamente aos fatores que predisuseram a doente ao desenvolvimento da Perturbação Bipolar I, podemos considerar a existência de uma vulnerabilidade genética devido ao facto da irmã de MF apresentar, também, o diagnóstico de perturbação bipolar.

O estilo de vida desprovido de atividades gratificantes adoptado por MF ao longo de vários anos, as reduzidas competências, interações e reforços sociais constituíram outros fatores que predisuseram MF a desenvolver o episódio depressivo presente aquando da primeira consulta. Constatou-se, ainda, uma inatividade comportamental devido ao abandono, primeiro de atividades de interesse que, anteriormente, lhe proporcionavam prazer (e.g., ler, passear, fazer arraiolos, fazer pintura, artesanato), de atividades consideradas “obrigatórias” pela doente (atividade laboral, encerramento da loja de malhas, trepasse do café), bem como de outras atividades valorizadas para a doente (realização de tarefas domésticas). Tais fatores contribuíram para a presença de um humor depressivo e de cognições negativas acerca de si mesmo (e.g., “sou um peso na vida dos outros” “já fui boa, agora não valho nada”), acompanhadas de sensações fisiológicas negativas (fadiga, perda de energia) e uma diminuição na resposta comportamental (inatividade).

Os fatores que precipitaram a crise depressiva na doente relacionaram-se com a exposição da mesma a situações percebidas como negativas e geradoras de stress: saída de casa do filho para cumprir serviço militar e da filha para viver com o companheiro em casa dos sogros, seguido do anúncio da gravidez por parte desta última. Estes eventos stressantes induziram na doente uma sensação de perda de controlo relativamente à sua vida e à vida dos filhos. A existência de dificuldades financeiras, a reduzida capacidade de resolução de problemas e de gestão de vida por parte da filha, constituíram outros fatores de preocupação e de stress para a doente e parecem, também, ter contribuído para o desenvolvimento do episódio depressivo, em março de 2018, aumentando o sentimento de tristeza, acompanhado de uma visão negativa em relação a si e ao futuro.

Os principais fatores de manutenção da depressão foram a inexistência de atividades agradáveis e pensamentos automáticos negativos associados (e.g., “não me apetece”; “é muito difícil, não vou conseguir fazer bem”). Outros fatores de manutenção das fases depressivas prendem-se com o facto de MF apresentar défices de competências sociais e de resolução de problemas, perpetuadores de pensamentos e sensações fisiológicas negativos, do sofrimento e da inibição comportamental (ausência de atividades de prazer e/ ou consideradas obrigatórias). Os fatores anteriormente referidos parecem, assim, ter contribuído para o ciclo da manutenção dos episódios depressivos.

Embora a perturbação bipolar tenha uma natureza crónica, havendo uma tendência a reincidirem crises ao longo da vida, a não aderência da MF à medicação no início da referida perturbação, também, pode ter contribuído para o agravamento do diagnóstico e manutenção das dificuldades associadas.

Proposta Terapêutica:

1. Estabelecimento de uma relação terapêutica colaborativa, baseada na confiança, empatia e aceitação incondicional.
2. Explicação à paciente acerca do seu problema/patologia e das suas dificuldades atuais. Psicoeducação acerca do diagnóstico estabelecido, esclarecimento acerca da origem, desenvolvimento e fatores que mantem a perturbação bipolar.
3. Promover a adesão ao tratamento e educar a doente acerca de:
 - 3.1 Racional sobre a terapia cognitivo-comportamental;
 - 3.2 Psicoeducação sobre a perturbação bipolar:
 - 3.2.1 Explicação dos vários sintomas da perturbação bipolar, esclarecer prognóstico e motivar a paciente para o tratamento;
 - 3.2.2 Monitorização dos sintomas: desenvolvimento de competências para a identificação precocemente do início/reaparecimento de sintomas, visando prevenir recaídas. Ensinamos a paciente e o seu marido a identificar e a acompanhar o padrão típico da perturbação bipolar, bem como os fatores precipitantes (antecipadores) dos episódios de depressão e de mania.

Por forma a proceder à psicoeducação da perturbação bipolar e monitorizar os sintomas da paciente foram utilizadas as seguintes técnicas: gráfico de vida, gráfico do humor e resolução de problemas. No sentido de proporcionar à doente uma visão mais ampla acerca da sua doença e do seu desenvolvimento, dos fatores de stress e da influência dos mesmos na sua vida, foi elaborado, com a colaboração da mesma, uma representação gráfica dos episódios depressivos e bipolares existentes ao longo da sua trajetória de vida. Foi elaborada uma linha de tempo com uma sequência de eventos relacionados com a doença (períodos de doença e de saúde, tratamentos, hospitalizações, acontecimentos importantes, identificação de recaídas e melhorias do curso da sua vida). Destacou-se, igualmente, o número, a sequência, a intensidade e a duração das fases de mania e de depressão, bem como o impacto do tratamento e dos acontecimentos importantes em relação à sua vida e à perturbação bipolar. As representações gráficas dos episódios ao longo da vida da paciente permitiram à paciente, ao marido e à terapeuta uma melhor compreensão ao nível das interações entre os episódios de perturbação bipolar, o início e abandono dos tratamentos, os acontecimentos significativos da vida e a sua influência e, ainda, acompanhar o

desenvolvimento da perturbação bipolar desde o momento em que surgiu até o momento presente. Com a colaboração da doente, elaborou-se, um gráfico de humor no sentido de explorar e identificar, minunciosamente, os sintomas associados às crises depressivas e bipolares da doente, visando o detectar atempadamente o início do desenvolvimento de novas crises.

4. Intervenção ao nível cognitivo e comportamental:

4.1 Promover a ativação comportamental.

Para tal, elaborou-se uma agenda de atividades que incluiu horários de deitar e levantar, horários para refeições e horários para realizar atividades regulares e de lazer, determinou-se o grau de prioridade e as dificuldades existentes em relação às últimas. Procedemos ao levantamento e à listagem de atividades agradáveis no passado, no presente e desejadas a realizar no futuro. Foram anotadas, para cada atividade, os níveis de gratificação/benefício e de custo/dificuldade em realizar as mesmas. Da lista, selecionamos 3 atividades e planificamo-las na agenda semanal. Nesta agenda, contemplamos, ainda, a realização de tarefas domésticas (limpeza). Começou-se por sugerir à doente que escolhesse uma divisão da sua casa que considerasse que tivesse uma maior necessidade/urgência de ser limpa. MF mencionou o frigorífico. Propôs-se o seguinte objetivo: Limpar uma prateleira do frigorífico por dia mediante o seu ritmo e forneceram-se as seguintes indicações:

- Caso necessitasse de se repousar estaria “autorizada” a fazê-lo, contudo, após 15 minutos, deveria retomar a tarefa.
- Proibição de controlar e verificar a forma como ficou limpo.
- Caso necessitasse de incorporar mais atividades na sua agenda semanal estaria autorizada a fazê-lo caso não derivasse de uma influência externa.

Sublinhou-se, ainda, a importância de, numa fase inicial, o conhecimento do contrato terapêutico permanecer circunscrito à cliente e à terapeuta, excluindo marido e restantes familiares, por forma a evitar pressões em relação ao seu cumprimento por parte dos mesmos.

4.2 Terapia cognitiva (questionamento socrático, flecha descendente):
identificação de sentimentos, pensamentos automáticos negativos, regras, crenças distorcidas, discussão e reestruturação cognitiva com o intuito de promover mudanças cognitivas.

Foi utilizada a técnica de registo de pensamentos disfuncionais para auxiliar a doente a identificar pensamentos (resposta cognitiva), emoções (resposta fisiológica) e comportamentos (resposta motora) desenvolvidos no decorrer da ocorrência de situações perturbadoras do seu quotidiano. Através de um registo sequencial, paciente foi convidada a anotar e a descrever as situações perturbadoras (e.g., emoções e sensações fisiológicas negativas, pensamentos automáticos que antecederam/sucederam a situação; comportamento);

Juntamente com a paciente, identificaram-se sentimentos negativos, pensamentos automáticos, erros cognitivos e esquemas cognitivos desadaptativos e procedeu-se à análise de evidências das suas crenças (evidências a favor e contra a veracidade das crenças), avaliaram-se, também, as vantagens e as desvantagens de manter determinadas crenças e, posteriormente, elaborou-se uma lista com alternativas racionais. Esta técnica de reestruturação cognitiva visou ensinar a paciente a mudar as suas crenças e a pôr em prática uma nova maneira de pensar. Para este fim, utilizamos exercícios com imagens mentais e aplicamos a técnica de *role-play*.

4.3 Debate com a doente acerca da componente comportamental da depressão e da mania e promoção de estratégias de *coping* adaptativas para lidar, respectivamente, com a inatividade e o aumento exacerbado de atividades através, por exemplo, da elaboração de listas pela doente, onde selecionam um número limitado de atividades e discriminam as tarefas diárias de maior ou menor grau de prioridade.

4.4 Debate acerca autocontrolo da doença: elaboração, de forma colaborativa, de estratégias para lidar com o stress visando uma diminuição do desenvolvimento de novos episódios depressivos e bipolares.

4.5 Racional acerca do seu padrão rígido de funcionamento, marcado pela necessidade de controlo e perfeccionismo, e, ainda, a sua interferência na adesão ao processo terapêutico.

Procurou-se elucidar a doente de que os seus traços perfeccionistas e de controlo constituíam fatores de vulnerabilidades no despoletar das crises e debateu-se a importância de relativizar e de ser menos exigente consigo mesma.

4.6 Trabalho sobre a regulação emocional da doente, promovendo a aceitação de pensamentos e emoções negativas, debate acerca da forma como são ativadas e aprendizagem de formas para lidar e regular emoções de forma adaptativa.

5. Definição de estratégias de resolução de problemas com a paciente, com o intuito de evitar a recorrência de novos episódios da doença e de atenuar a dificuldade da paciente em estabelecer uma rotina regular. Em concreto foram definidas e implementadas as estratégias:

5.1 Promoção de um estilo de vida saudável:

Educou-se a doente sobre a importância de promover uma boa higiene do sono (e.g., adquirir um ciclo sono-vigília regular) e de evitar o consumo de álcool e de cafeína por forma a estabilizar o humor.

5.2 Ajudar a paciente a definir e a avaliar prioridades na sua vida.

5.3 Auxiliar a paciente a refletir acerca do modo de resolver problemas:

Identificação e definição de um problema, estratégias para solucionar o problema, listagem de possíveis soluções e teste de soluções.

5.4 Promover a adesão da paciente à medicação psiquiátrica:

- Discussão acerca das crenças disfuncionais relacionadas com a utilização da medicação para a perturbação bipolar;
- Debate, acerca dos efeitos positivos e adversos da medicação;
- Criação de rotinas para minimizar esquecimentos e aumentar a adesão à toma regular da medicação.

6. Intervenção ao nível do funcionamento social e ocupacional:

Através do treino de competências sociais, utilizando-se, preferencialmente, o *role play*, pretendeu-se desenvolver tais competências e melhorar o desempenho da doente no contexto social e ocupacional. Visou-se melhorar habilidades de comunicação (e.g. iniciar e manter uma conversa, receber críticas, fazer pedidos, treino ao nível da autoafirmação).

Resultados Terapêuticos:

A doente iniciou o acompanhamento a 16 de outubro de 2020, tendo sido realizadas consultas com periodicidade semanal/quinzenal. MF teve acompanhamento psicológico previamente e encontrava-se em acompanhamento psiquiátrico desde 2014.

Embora MF demonstrasse uma postura resistente face à terapia, colaborou sendo notória a sua diminuída capacidade metacognitiva, verificada através de manifestas dificuldades ao nível da compreensão e da assimilação de conceitos.

Tendo em conta a área de dificuldade apontada por MF no que respeita à inatividade, na sequência do plano comportamental relativamente à limpeza e às tarefas domésticas, foi possível constatar séries interrompidas de limpeza e de não limpeza por parte da paciente. Numa fase inicial do plano comportamental, verificou-se alguma resistência e dificuldade a colocar em prática o programa de atividades agradáveis tendo existido uma clara melhoria ao longo do processo terapêutico. Numa fase posterior, MF acabou por se tornar bastante assídua revelando alguma preocupação ao constatar que não tinha cumprido o plano terapêutico “eu hoje estou muito nervosa porque não consegui fazer as tarefas domésticas a que me propus”.

Aquando da psicoeducação acerca da perturbação bipolar foi possível constatar uma melhoria ao nível da compreensão, aceitação e cooperação da paciente face à doença. A psicoterapia permitiu à paciente superar as dificuldades impostas pelas características da perturbação bipolar, auxiliando na antecipação e na prevenção de episódios. A paciente aprendeu a detectar precocemente os sintomas de mania e da depressão, aprendeu métodos para fazer uma melhor gestão de stress, aprendeu estratégias para resolver problemas e desenvolveu habilidades sociais tendo sido visível uma melhoria ao nível do receio de avaliação social.

Foi notório o desenvolvimento de pensamentos mais adaptativos e funcionais e a adopção um estilo de vida mais saudável por parte da paciente. A paciente aprendeu a reconhecer, a discutir e a mudar pensamentos automáticos negativos utilizando os conhecimentos adquiridos na terapia em situações da sua vida quotidiana.

No decorrer da promoção de hábitos e estilos de vida saudáveis verificou-se um maior cuidado por parte da doente em relação ao seu padrão de sono. A aderência ao tratamento farmacológico foi, também, conseguida ao longo da terapia.

De uma forma global, a paciente acabou por assumir uma maior responsabilidade na relação terapêutica tendo aplicado as aprendizagens obtidas na terapia cognitivo-comportamental em situações da sua vida cotidiana.

6. REFLEXÃO CRÍTICA

O meu percurso profissional permitiu-me consolidar um conjunto de conhecimentos teóricos e práticos fundamentais para uma adequada implementação da terapia cognitivo-comportamental. Possibilitou-me desenvolver competências ao nível do acompanhamento, avaliação, conceptualização e intervenção de casos clínicos. Foi-me possível integrar metodologias e estratégias diversas que ainda não tinham sido praticadas e, assim, obter alguma destreza ao nível da aplicação das mesmas no processo terapêutico como, por exemplo, a reestruturação cognitiva (discussão, questionamento socrático, a flexa descendente), a psicoeducação sobre as diferentes características e particularidades das perturbações clínicas, a toma de decisões e resolução de problemas, o treino de habilidades sociais, o relaxamento muscular de Jacobson, o mindfulness e a técnica de prevenção de recaídas.

A prática profissional possibilitou-me desenvolver habilidades sociais constatando a importância da comunicação empática e assertiva ao longo das consultas. Foi notória a necessidade de flexibilizar as intervenções de acordo com as necessidades, capacidades e dificuldades de cada paciente.

A diversidade de experiências profissionais nos diversos contextos, permitiu uma melhoria na destreza profissional e promover um crescimento pessoal e profissional importante.

Gostaria, ainda, de salientar a necessidade e o desejo de prosseguir na participação em ações de formação contínua, no sentido de continuar a aprender e a aprofundar conhecimentos teóricos e técnicas com o intuito de fornecer respostas adaptadas às pessoas que solicitam ajuda psicológica.

Face ao exposto, submeto este relatório relativo aos meus conhecimentos teórico-práticos e às minhas atividades realizadas no domínio da psicologia clínica para sua apreciação com a finalidade de poder vir a obter a equivalência ao grau de mestre em terapia cognitivo-comportamental pelo Instituto Superior Miguel Torga.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Azevedo, M. (2003). *Teses, relatórios e trabalhos escolares: sugestões para estruturação da escrita*. Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Basteiro, S. et al (2003). *Guia para Familiares de Doentes Mentais*. Lisboa: Edições FNAFSAM.
- Beck, J.(2014). *Terapia Cognitivo-Comportamental: teoria e Prática*. Porto Alegre: Artmed editora.
- Beck, A. &Haigh, E. (2014). *Advances in Cognitive Theory and Therapy: The Generic Cognitive Model*. Annual Review of Clinical Psychology, 10,1-24.
- Bergeret, J. (2004). *Psicologia Patológica e Teoria Clínica*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Curatolo&Friedrich.(2000). *Transtornos afetivos*. Revista Brasileira de Psiquiatria. vol.22. São Paulo.
- Caminha, Renato M. (2003). *Psicoterapia Cognitivo- Comportamental: teoria e prática*. São Paulo: Casa do psicólogo.
- Conceição, J. Bueno G (2020). *101 Técnicas da Terapia Cognitivo-Comportamental*.Mafra: Editora UNC.
- Knapp, P.& Beck, A. (2008). *Cognitive therapy: foundations, conceptual models, applications and research*. Revista Brasileira de Psiquiatria, 30 (Suppl II): 54-64.
- Neto, F. (2004). *Terapia Cognitiva para pessoas com Transtorno Bipolar*. Revista de Psiquiatria Clínica: São Paulo.
- Oscar, G.(2006).*Teorias Cognitivas:Teorias e Práticas*. 5ª edição. Porto: Edições Afrontamento.
- Wenzel, A. (2018). *Inovações em Terapia Cognitivo Comportamental: Intervenções estratégicas para uma prática criativa*. Porto Alegre: Artmed.
- Wright, J; Brown. G; Thase, M.; Basco M. (2019). *Aprendendo a Terapia Cognitivo Comportamental: um guia ilustrado*. Porto Alegre: Artemed Editora.