



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

**INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA EM CONTEXTO DE CUIDADOS DE SAÚDE
PRIMÁRIOS**

Relatório de estágio para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e do
Aconselhamento

Autora: Mafalda Militão

Orientadora: Professora Doutora Ana Gomes

Nº: 30012328

Setembro, 2025

Lisboa

Agradecimentos

A realização deste estágio assumiu um significado muito especial, constituindo-se como um marco tanto a nível profissional como pessoal. Constituiu uma oportunidade ímpar da prática de psicologia em contexto de intervenção primária, caracterizado pela diversidade de problemáticas clínicas e pela heterogeneidade sociocultural dos utentes. Paralelamente, possibilitou a experiência em equipa, bem como o reforço de competências relacionais e o fortalecimento do meu próprio autoconceito. Pelo que aqui deixo um profundo agradecimento ao Nucelo de Psicologia, pelo acolhimento respeitoso e cuidado, pela integração facilitada e pela possibilidade de desenvolver um estágio profundamente enriquecedor.

À Dra. Carla Martinho, orientadora de estágio, expresso o meu reconhecimento pela permanente disponibilidade, atenção e cuidado demonstrados, bem como pela importante partilha de conhecimento pessoal e profissional. A sua conduta constitui para mim uma referência de excelência no exercício da ética profissional, na qualidade das relações interpessoais e na solidez dos valores pessoais.

A todos os utentes com quem tive a oportunidade de contactar, agradeço a confiança e a partilha das suas histórias de vida, que constituíram momentos únicos de aprendizagem e reflexão.

Às Professoras Doutoras Ana Gomes, Odete Nunes e Rute Brites agradeço o acompanhamento atento e o apoio durante o estágio e a produção do relatório.

À minha família e amigos, deixo um reconhecimento especial pelo incentivo constante e pelo suporte incondicional.

Por fim, agradeço à Universidade Autónoma de Lisboa pela oportunidade de realizar um estágio autoproposto, bem como pelo conhecimento académico adquirido ao longo destes dois anos.

Resumo

O presente relatório resulta do estágio curricular realizado no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica e de Aconselhamento da Universidade Autónoma de Lisboa, desenvolvido no Núcleo de Psicologia de um Centro de Saúde da área da Grande Lisboa. O estágio apresentou como principal objetivo a integração de conhecimentos teóricos e científicos na prática clínica em contexto de Cuidados de Saúde Primários, permitindo a aquisição e o aperfeiçoamento de competências profissionais, éticas e relacionais. Este relatório encontra-se estruturado de forma a descrever a instituição de acolhimento, caracterizar as atividades realizadas e apresentar o enquadramento teórico que sustenta a prática da psicologia em contexto de Cuidados de Saúde Primários. Nomeadamente a utilização da abordagem Cognitivo-Comportamental no tratamento das problemáticas clínicas mais comuns, a ansiedade e a depressão, neste contexto de intervenção primária. Adicionalmente, procede-se à descrição dos acompanhamentos psicológicos realizados durante o estágio, à apresentação e análise compreensiva de um caso clínico à luz da Teoria de Desenvolvimento Psicoafectivo Centrado na Pessoa, bem como à apresentação de uma avaliação psicológica, incluindo a descrição dos instrumentos utilizados e a respetiva discussão clínica.

Palavras-chave: Psicologia Clínica, Intervenção Psicológica, Cuidados de Saúde Primários, Estágio.

Abstract

This report results from the curricular internship carried out within the scope of the Master's Degree in Clinical Psychology and Counseling at the Universidade Autónoma de Lisboa, developed at the Psychology Unit of a Primary Health Care Center in the Greater Lisbon area. The main objective of the internship was the integration of academic and scientific knowledge into clinical practice in the context of Primary Health Care, allowing the acquisition and improvement of professional, ethical and relational skills. This report is structured to describe the institution, characterize the activities carried out, and present the theoretical that supports the practice of psychology in Primary Health Care settings. With particular emphasis in the use of Cognitive-Behavioral approach in treatment of the most common clinical problems, namely anxiety and depression. Additionally, the report includes a description of the psychological interventions carried out during the internship, the presentation and comprehensive analysis of a clinical case based on the Theory of Person-Centered Psychoaffective Development, as well as the presentation of a psychological assessment, including the description of the instruments used and the corresponding clinical discussion.

Keywords: Clinical psychology, Psychological Intervention, Primary Health Care, Internship.

Índice

Introdução	1
Parte I – Enquadramento do Local de Estágio.....	2
1.1. Apresentação da Instituição	2
1.2. O Núcleo de Psicologia.....	2
1.2.1. As consultas de Psicologia.....	3
1.2.2. Programas e Projetos do Núcleo de Psicologia.....	4
1.3.Caracterização sociodemográfica do local de estágio	5
Parte II – Fundamentação Teórica	7
2.1. A Psicologia nos Cuidados de Saúde Primários	7
2.2. A importância do Modelo Biopsicossocial.....	8
2.3. Terapias Breves nos Cuidados de Saúde Primários	9
2.3.1. Abordagem Cognitivo-Comportamental Nos Cuidados de Saúde Primários	10
2.4. A Terapia Centrada no Cliente.....	10
2.4.1. A Terapia Centrada no Cliente nos Cuidados de Saúde Primários	12
2.5. Dados Epidemiológicos em Portugal de Saúde Mental	13
2.6. Perturbações psicológicas mais comuns nos Cuidados de Saúde Primários	15
2.6.1. Ansiedade.....	15
2.6.1.1. Etiologia da Ansiedade	17
2.6.1.2. Critérios de diagnóstico e tipos de Perturbações de Ansiedade	20
2.6.1.3. Perturbação de Ansiedade Generalizada	20
2.6.1.4. Perturbação de Stress Pós-Traumático (PTSD)	21
2.6.2. Depressão	22

2.6.2.1. Etiologia da Depressão	24
2.6.2.2. Critérios de diagnóstico e tipos de Depressão	26
2.6.2.3. Perturbação Depressiva Major	27
2.6.2.4. Perturbação Depressiva Persistente.....	28
2.6.2.5. Perturbação Depressiva Pós-Parto	28
2.6.3. O Suicídio	29
2.6.4. Intervenção Clínica.....	30
2.7. Saúde Mental nos idosos.....	33
2.7.1. Prevalência e Epidemiologia da Saúde Mental na Terceira Idade	33
2.7.2. Perturbações Psicológicas mais frequentes na Terceira Idade	35
2.7.2.1. Perturbações de Adaptação na Terceira Idade.....	36
2.7.2.2. Depressão.....	37
2.7.2.3. Ansiedade.....	38
2.7.2.4. Demência	39
2.7.2.5. O Suicídio na Terceira Idade.....	40
2.7.3. Intervenção Clínica em idosos em contexto de Cuidados de Saúde Primários ..	41
Parte III - Trabalho de Estágio	43
3.1. Objetivos gerais	43
3.2. Objetivos específicos	43
3.3. Atividades desenvolvidas	44
3.3.1. Observação.....	44
3.3.2. Realização de Acompanhamentos Psicológicos.....	46
3.3.3. Avaliação Psicológica	52
3.3.4. Desenvolvimento do Programa <i>SerenaMente</i>	55

3.3.5. Sessões de Supervisão	58
3.3.6. Reunião Global das Equipas de Psicologia.....	59
3.3.7. Formação.....	59
3.3.7.1 Participação nas Jornadas de Psiquiatria e Saúde Mental III	59
3.3.7.2. Participação no Seminário: “Marcas Invisíveis dos Maus-Tratos: Impacto no desenvolvimento das crianças e jovens"	60
3.4. Cronograma das Atividades Realizadas	61
3.5. Apresentação e Discussão do Caso de Acompanhamento Psicológico	62
3.5.1. Identificação da utente.....	62
3.5.2. Motivo da consulta	62
3.5.3. Dados de observação	62
3.5.4. Estado atual	63
3.5.5. Anamnese Biográfica e História Familiar.....	63
3.5.6. Compreensão da história de vida à luz da Teoria de Desenvolvimento Psicoafectivo Centrado na Pessoa	68
3.6. Apresentação e Discussão de uma Avaliação Psicológica	70
3.6.1. Identificação da utente.....	70
3.6.2. Motivo da Consulta	71
3.6.3. Dados da Observação	71
3.6.4. Anamnese Biográfica e História Familiar.....	72
3.6.5. Testes e Instrumentos utilizados.....	75
3.6.6. Resultados	79
3.6.7. Discussão do caso de Avaliação	81
Parte IV - Conclusão	83
Referências Bibliográficas.....	86

Lista de abreviaturas

ACES – Agrupamentos dos Centros de Saúde
APA – American Psychological Association
DSM-5-TR – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EAG – Escala de Ansiedade Geriátrica
EDG – Escala de Depressão Geriátrica
ESEMeD – European Study of the Epidemiology of Mental Disorders
INE – Instituto Nacional de Estatística
MoCA – Montreal Cognitive Assessment
Perturbação de Stress Pós-Traumático (PTSD)
SNS – Serviço Nacional de Saúde
TCC – Terapia Cognitivo-Comportamental
URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados
WHO – World Health Organization
WMS-III – Escala de Memória de Wechsle

Introdução

O presente relatório insere-se no âmbito do estágio curricular do Mestrado em Psicologia Clínica e do Aconselhamento da Universidade Autónoma de Lisboa e tem como finalidade apresentar uma descrição profunda e uma reflexão sobre as atividades desenvolvidas em contexto de Cuidados de Saúde Primários, mais especificamente no Núcleo de Psicologia de um Centro de Saúde da região da Grande Lisboa.

A escolha do local de estágio justifica-se pelo papel central que os Cuidados de Saúde Primários ocupam no acesso ao Serviço Nacional de Saúde, constituindo-se como um espaço privilegiado para a identificação precoce de perturbações psicológicas, promoção da saúde mental e prevenção da doença. Assumindo um papel crucial na resposta às necessidades de uma comunidade, caracterizada por significativa diversidade sociodemográfica e por um elevado índice de envelhecimento populacional.

O estágio decorreu entre novembro de 2024 e junho de 2025, num total de 400 horas, proporcionando o contacto direto com a realidade clínica, bem como a participação em programas de intervenção, dirigidos a diferentes faixas etárias e problemáticas.

O presente relatório, encontra-se estruturado em quatro partes distintas. A primeira parte centra-se no enquadramento do local de estágio e do seu contexto sociodemográfico, na descrição dos projetos e programas desenvolvidos pelo Núcleo de Psicologia e na caracterização das consultas de psicologia. A segunda parte apresenta a revisão da literatura e fundamentação teórica relativa à epidemiologia da saúde mental em Portugal, às principais problemáticas clínicas, ao papel do psicólogo e aos modelos de intervenção em contexto de Cuidados de Saúde Primários. A terceira parte é dedicada à caracterização das atividades desenvolvidas durante o estágio, incluindo a descrição dos acompanhamentos psicológicos realizados com base na abordagem Cognitivo-Comportamental, a apresentação e análise de um caso clínico fundamentado na Teoria do Desenvolvimento Psicoafectivo Centrado na Pessoa, bem como a descrição e discussão de uma avaliação psicológica. Por último, a quarta parte do relatório destina-se à reflexão e análise crítica sobre a experiência do estágio e à avaliação dos objetivos inicialmente propostos.

Parte I

Enquadramento do Local de Estágio

1.1. Apresentação da Instituição

A realização do estágio académico da via profissionalizante, teve lugar no Núcleo de Psicologia, de um Centro de Saúde, localizado na área da Grande Lisboa.

O Núcleo de Psicologia, pertence à *Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP)* que tem como função concentrar, organizar e disponibilizar a oferta de cuidados em diversas áreas, nomeadamente Psicologia, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Nutrição, Higiene Oral, Medicina Dentária e Serviço Social,

O Centro de Saúde integra o Serviço Nacional de Saúde (SNS) e apresenta como missão, dar resposta aos Cuidados de Saúde Primários dos cidadãos da sua zona de atuação. Através da prestação de cuidados multidisciplinares, de proximidade e adaptados às particularidades da comunidade, desempenha um papel essencial na promoção da saúde, na melhoria da qualidade de vida, bem-estar e na prevenção da doença, da população da área abrangente.

Os Cuidados de Saúde Primários, apresentam como valores fundamentais a consideração pela dignidade, direitos e necessidades dos utentes, garante o acesso e assegura a continuidade dos cuidados de saúde. A sua ação segue princípios de cooperação, autonomia acessibilidade aos cidadãos, parcerias, avaliação contínua e gestão participativa.

1.2. O Núcleo de Psicologia

O Núcleo de Psicologia, apresenta como principal objetivo, a prestação de cuidados psicológicos ao longo do ciclo de vida, privilegiando a promoção da saúde e a prevenção da doença.

A sua intervenção, baseada na evidência científica da Psicologia é dirigida a indivíduos, grupos e à comunidade em geral. Atua com base no princípio da autonomia técnica e científica, promovendo a articulação interdisciplinar nos cuidados de saúde integrados.

As suas áreas principais de intervenção envolvem a promoção do bem-estar psicológico, a prevenção da doença e a prestação de cuidados psicológicos. As principais atividades do Núcleo, centram-se nas consultas de psicologia e na implementação de programas e projetos dirigidos à comunidade.

1.2.1. As Consultas de Psicologia do Núcleo de Psicologia

Pode recorrer à consulta de Psicologia do Núcleo de Psicologia do Centro de Saúde onde foi realizado o estágio, qualquer cidadão inscrito naquela unidade de saúde, através do encaminhamento realizado por um profissional de saúde de referência, nomeadamente, médico ou enfermeiro, ou através de algum programa específico do Centro de Saúde, definido como canal de referenciação.

Após a referenciação é realizada uma consulta de triagem inicial com o utente, na qual se esclarece o pedido da consulta e se avalia a existência de critérios, para que seja realizado o acompanhamento psicológico no contexto do Núcleo.

São consideradas situações com critério para acompanhamento, dificuldades de adaptação à doença e/ou deficiência, bem como a presença de comportamentos de risco para a saúde, como hábitos alimentares desadequados, práticas sexuais de risco e o consumo nocivo de tabaco. Incluem-se igualmente as dificuldades de adesão a exames de saúde, rastreios e tratamentos médicos. São consideradas as situações de vulnerabilidade e as dificuldades de adaptação a diferentes períodos do ciclo vital, problemas de autocuidado, situações de crise pessoal ou familiar, como o luto, conflitos conjugais, problemas laborais, reforma ou doença grave de um familiar. Reações de stress relacionadas com atos médicos de diagnóstico ou tratamento. Dificuldades de ajustamento psicológico, alterações de comportamento e perturbações emocionais, nomeadamente sintomatologia ansiosa e depressiva.

Estão definidos como critérios de exclusão, casos de perturbação do desenvolvimento, nomeadamente, perturbação de hiperatividade com défice de atenção, as perturbações do espectro do autismo e as perturbações específicas de aprendizagem, como dislexia, disortografia, disgrafia e discalculia. Situações de psicopatologia grave, perturbação severa do comportamento alimentar, alterações graves do comportamento, perturbação psicótica e dependência de substâncias psicoativas.

Estão também excluídas das consultas de Psicologia do Núcleo, as situações que exijam avaliação psicológica específica, nomeadamente avaliações no âmbito da orientação escolar e profissional, exames de aptidão para o uso e transporte de arma, carta de condução ou para processos de reforma ou incapacidade.

A frequência das consultas é determinada pelo psicólogo responsável pelo acompanhamento, podendo variar entre sessões semanais, quinzenais ou mensais, de acordo com as necessidades identificadas.

As consultas online e ao domicílio, podem ocorrer em situações em que o utente apresente dificuldade em deslocar-se ao local de atendimento, por motivos relacionados com dificuldade na acessibilidade, por mobilidade física e não esteja a ser abrangido por nenhum programa.

1.2.2. Programas e Projetos do Núcleo de Psicologia

O Núcleo de Psicologia desenvolve vários programas de intervenção em grupo, com objetivos diferenciados, orientados para a promoção da saúde mental e para o desenvolvimento de competências pessoais e sociais. Estes programas, visam melhorar as habilidades de gestão emocional e de relações interpessoais, promover estratégias para gestão de stress, comportamentos de autocuidado e de adesão a tratamentos.

É desenvolvido pelo Núcleo, o programa de intervenção na doença crónica em doentes com Diabetes Tipo II. Este programa apresenta como objetivo promover a adesão ao tratamento, estimular comportamentos de autocuidado, melhorar a gestão da doença, promover educação alimentar e o desenvolvimento de competências de gestão de emocional, que impactam o controlo glicémico. Com carácter multidisciplinar, o programa conta com a participação de profissionais da Psicologia, Terapia Ocupacional, Nutrição e visa a alteração do estilo de vida dos utentes.

O Núcleo de Psicologia, dirige também o programa destinado a crianças entre os 6 e os 11 anos, que apresenta como objetivo, intervir precocemente em situações de desajustamento e desadaptação social. O programa visa a promoção de competências pessoais, sociais e a aquisição de estratégias de *coping* face ao stress. As sessões têm carácter psicoeducacional e são dirigidas às crianças identificadas em consulta com comportamento de oposição às regras, com comportamentos de roubo, fuga, mentira e agressividade.

Promove o programa designado “Laços de afeto” direcionado a grávidas, puérperas, pais e crianças dos 0-4 anos, que se enquadrem no conceito do “bebé irritável”, caracterizado por elevada agitação psicomotora, dificuldades na alimentação e perturbação do sono. Este programa, apresenta como objetivo, identificar precocemente situações de crise, de risco

emocional e relacional, que se possam perpetuar e ter implicações no desenvolvimento do bebé e na qualidade da relação entre os pais e o bebé.

Adicionalmente, desenvolve o programa de Cessação Tabágica, destinado a fumadores que demonstrem interesse na cessação tabágica e motivação para a mudança. A intervenção psicológica, está disponível desde o início do processo de deixar de fumar, e tem como objetivo contribuir para a promoção de estratégias de aquisição de novos comportamentos e prevenção de recaídas.

Por último, orienta o programa dirigido a mulheres entre os 35 e os 70 anos de idade, que apresentam sintomatologia depressiva associada a acontecimentos de vida e situações de crise, como divórcio, doença grave, desemprego ou luto. Este programa visa a criação de um espaço seguro de partilha, apoio psicológico, bem como promover a resiliência e a reconstrução emocional.

1.3. Caracterização sociodemográfica do local de estágio

A zona geográfica abrangida pelo centro de saúde onde decorreu o estágio, insere-se num concelho que embora apresente um dos mais elevados rendimentos médios declarados do país e uma percentagem significativa de cidadãos com o ensino superior completo, também demonstra ser uma área com elevada desigualdade na distribuição da riqueza. O que impacta quer as condições de vida dos residentes como as suas necessidades de acesso à saúde.

No que respeita à realidade demográfica, apresenta um elevado índice de envelhecimento, com uma tendência crescente nos últimos anos. A alta taxa de pessoas idosas a viverem sozinhas, potencia situações de risco como, o isolamento social e uma maior fragilidade emocional. O que leva ao acréscimo da procura e utilização dos cuidados de saúde, em particular nas áreas das doenças crónicas e da saúde mental.

De acordo como o último estudo realizado pela Unidade Local de Saúde, confirma-se uma elevada incidência de excesso de peso, perturbação depressiva e perturbação da ansiedade entre os cidadãos adultos. Com destaque para o predomínio expressivo de sintomas depressivos na população mais idosa. Fortalecendo a urgência de reforçar os serviços de psicologia nos Cuidados de Saúde Primários e a sua intervenção junto dos residentes mais vulneráveis (Unidade de Saúde Pública Amélia Leitão [USPA Leitão], 2024).

Os dados recolhidos pela Unidade de Saúde local realçam a importância de se investir e promover o alfabetismo em saúde, bem como uma intervenção eficaz que privilegie a

promoção do bem-estar emocional e a prevenção da doença. Em particular, ações eficientes que facilitem a adaptação aos desafios do envelhecimento e na gestão das doenças crónicas, pilares estruturais da prática psicológica na realidade de Cuidados de Saúde Primários (USPA Leitão, 2024).

Parte II

Fundamentação Teórica

2.1. A Psicologia nos Cuidados de Saúde Primários

Atualmente observa-se uma valorização crescente da saúde mental, o que tem contribuído para o reconhecimento da importância da presença de serviços de Psicologia nos Cuidados de Saúde Primários. De facto, os serviços de cuidados primários representam, para a maioria da população, a principal porta de entrada no sistema de saúde, desempenhando um papel fundamental no reconhecimento precoce, avaliação, intervenção e, quando necessário, encaminhamento dos casos de perturbações psicológicas. No entanto, continua a existir um défice de Psicólogos no Serviço Nacional de Saúde, que afeta negativamente o acesso dos utentes aos serviços de Psicologia e a qualidade do serviço prestado (Ordem dos Psicólogos Portugueses [OPP], 2020).

Os estudos mostram que a identificação e a intervenção precoce de perturbações psicológicas nos Cuidados de Saúde Primários, apresenta múltiplos impactos positivos, nomeadamente, reduz a possibilidade de agravamento do estado psicológico, potencia o bem-estar e a saúde mental dos utentes, facilita o acesso de populações vulneráveis, como idosos e desempregados, e contribui para a redução dos custos com os cuidados hospitalares (World Health Organization [WHO], 2018).

A ação transversal dos psicólogos nos Cuidados de Saúde Primários, visa a promoção da saúde, intervenção clínica, a prevenção do sofrimento psicológico e tem uma participação psicossocial ajustada às necessidades particulares da comunidade em que está inserido. Para além da prática clínica individual e em grupo, o psicólogo colabora na investigação, planificação e implementação de projetos de intervenção comunitária. Estes programas procuram responder às necessidades identificadas pelas equipas e podem ser de áreas diversas como a saúde escolar, cuidados paliativos, planeamento familiar, saúde materna e infantil. Estas ações têm o objetivo de reforçar competências pessoais e sociais e promover a saúde dos utentes (Carvalho Teixeira, 2004; Franco et al., 1992).

O trabalho dos psicólogos em contexto comunitário inclui a realização de projetos psicoeducativos direcionados para o bem-estar psicológico, com foco na promoção de comportamentos saudáveis e na prevenção de doenças. Estas ações têm como objetivo habilitar

os cidadãos a identificar sintomas e promover a procura de ajuda profissional atempadamente (Trindade, I., & Carvalho Teixeira, J. A., 1998).

No contexto de consultório, o psicólogo oferece suporte emocional em diferentes momentos de transição ao longo de vida, como a gravidez, a menopausa, o envelhecimento, o luto ou situações de crise pessoal ou familiar. A intervenção psicológica é também de particular importância na adaptação a doenças crónicas ou incapacitantes e no acompanhamento clínico de casos como depressão e ansiedade, muito frequentes na realidade de intervenção primária (Trindade, I., & Carvalho Teixeira, J. A., 1998).

Adicionalmente, os países que implementaram modelos de “*stepped care*”, ou seja, que oferecem intervenção clínica ajustada à gravidade e à complexidade de cada caso, recorrendo a equipas multidisciplinares robustas e utilizam protocolos objetivos de encaminhamento, demonstram um aumento da eficiência dos serviços e do agrado dos utentes (Bower & Gilbody, 2005).

A incorporação da psicologia nos Cuidados de Saúde Primários é reconhecida como um elemento fundamental num sistema de saúde contemporâneo e centrado no utente. Desempenhando um papel crucial na melhoria da resposta a problemas de saúde psicológica, na promoção do bem-estar e na adoção de comportamentos preventivos (Bower & Gilbody, 2005; OPP, 2020; WHO, 2018).

2.2. A importância do Modelo Biopsicossocial

A atuação do psicólogo no contexto de Cuidados de Saúde Primários, assenta no Modelo Biopsicossocial expandido por Engel (1977), em que o autor defende a inclusão de fatores biológicos, psicológicos e sociais na definição dos conceitos de saúde e doença. De acordo com este modelo, a interação entre o funcionamento do organismo, os processos cognitivo-emocionais e o contexto social do utente têm um impacto direto na sua saúde física e mental, marcando um corte com o modelo biomédico (Engel, 1977).

A implementação desta abordagem nos Cuidados de Saúde Primários, de carácter integrativo e preventivo, contribui para a diminuição dos sintomas, o fortalecimento do bem-estar psicológico e da melhoria da qualidade de vida dos utentes. Adicionalmente, potencia a sua capacidade de autorregulação, de resiliência e reforça a sua capacidade de adaptação às condições de saúde (Borrell-Carrio, Suchman, & Epstein, 2004).

Esta perspectiva centra-se na individualidade de cada utente, valorizando as suas competências pessoais, crenças, relações familiares, condições socioeconómicas e rede de apoio social. Trata-se de um modelo personalizado, que possibilita uma melhor compreensão da origem do sofrimento do paciente e definir técnicas de intervenção adequadas às carências específicas de cada pessoa (WHO, 2018).

A abordagem biopsicossocial privilegia a intervenção multidisciplinar entre psicólogos, médicos de família, assistentes sociais, enfermeiros e outros profissionais de saúde. Esta articulação favorece a elaboração de uma avaliação mais profunda e abrangente das necessidades do utente, aumenta a eficiência das intervenções clínicas, promove a adesão aos tratamentos, contribui para a redução dos internamentos e aumenta a satisfação dos utentes (Wade & Halligan, 2017).

2.3. Terapias Breves nos Cuidados de Saúde Primários

De acordo com Cape et. al. (2010), as Terapias Breves qualificam-se como intervenções estruturadas, fundamentadas em evidência científica, orientadas para objetivos concretos e de curta duração, normalmente entre 4 e 12 sessões. Estas abordagens mostram-se particularmente eficazes para dar resposta às demandas de saúde psicológica nos Cuidados de Saúde Primários, onde se verifica uma procura elevada dos serviços, mas limitado pela falta de profissionais.

Os modelos de Terapias Breves possibilitam uma atuação precoce eficiente, contribuem para a diminuição do agravamento da sintomatologia e para a redução de custos quando comparados com modelos de intervenção de maior duração (Cape et al., 2010; Seekles et al., 2011). Entre as abordagens mais utilizadas neste contexto encontram-se a Terapia Cognitivo-Comportamental, as Intervenções Motivacionais e a Terapia de Resolução de Problemas, por demonstrarem eficácia no tratamento da ansiedade, gestão de stress, depressão e na adaptação a doenças crónicas (Bower & Gilbody, 2005; Richards et al., 2016).

Segundo Gellatly et al. (2007) as Terapias Breves destacam-se pela sua acessibilidade e capacidade de aumentar e melhorar a resposta dos serviços de saúde, possibilitando o acompanhamento de um maior número de utentes através da redução do número de sessões necessárias. Adicionalmente, a utilização de protocolos uniformizados garante a consistência, qualidade e solidez das intervenções.

Como desafios à implementação destas terapias no contexto de Cuidados de Saúde Primários, a WHO (2018) identifica a necessidade de formação específica, a adaptação cultural

dos protocolos de intervenção e a garantia de supervisão clínica continuada. Sugere a integração de abordagens “*stepped care*”, nos quais as terapias breves ocupam o lugar da frente na intervenção, podendo subir para tratamentos mais profundos e intensos sempre que necessário.

2.3.1. Abordagem Cognitivo-Comportamental Nos Cuidados de Saúde Primários

De acordo com Kazantzis et al. (2017), a abordagem Cognitivo-Comportamental, apresenta elevada eficiência no tratamento diversas problemáticas, nomeadamente depressão, insónia, dificuldades de adaptação e ansiedade, comumente diagnosticadas nos Cuidados de Saúde Primários. Esta abordagem combina técnicas cognitivas comportamentais que visam a alteração de pensamentos e comportamentos disfuncionais, constituindo-se como uma resposta positiva à escassez de recursos característica deste nível de cuidados.

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), sustentada por evidência científica, caracteriza-se por uma intervenção estruturada e orientada para o objetivo, visando a diminuição da sintomatologia, bem como a promoção de aptidões, de resolução de problemas, autorregulação emocional, resiliência, autonomia e prevenção de recaídas. Contribui igualmente para a diminuição do uso de medicação em situações de sofrimento psicológico e apresenta particular eficiência no acompanhamento de utentes com doença crónica, nomeadamente na adesão ao tratamento e no impacto emocional da doença (Bennett-Levy et al., 2014; Bower & Gilbody, 2005; Seekles et al., 2011).

A implementação da TCC no contexto de Cuidados De Saúde Primários procura responder à necessidade de intervenções rápidas e eficientes, tendo em conta a elevada procura dos serviços. Tem como principais técnicas a reestruturação cognitiva, o treino de competências sociais, a ativação comportamental a exposição gradual a situações receadas, bem como a definição de tarefas para realizar em casa entre sessões, que otimizam os resultados e a evolução entre sessões (Cape et al., 2010; Kazantzis et al., 2017).

Adicionalmente às intervenções individuais, a TCC pode ser implementada em contexto de grupo e através de programas de computador específicos, possibilitando uma oferta de serviços mais alargados, maior acessibilidade a baixo custo e com eficácia comprovada (Andersson et al., 2014; Richards & Richardson, 2012).

2.4. A Terapia Centrada no Cliente

A Terapia Centrada no Cliente, desenvolvida por Carl Rogers, constitui-se como uma das principais correntes de Psicologia Humanista, tendo emergido como resposta às abordagens

mais diretivas com a apresentação de uma nova compreensão do ser humano, valorizando a experiência subjetiva, a liberdade, o potencial de crescimento e a busca de sentido como componentes centrais do funcionamento psicológico.

De acordo com Maslow (1954), cada indivíduo tem uma tendência natural para o crescimento e autorrealização, manifestando-se através da procura de significado, da criatividade e do desenvolvimento pessoal. Essa tendência é condicionada pelas circunstâncias de vida, no entanto, mantém-se como um impulso básico que orienta o comportamento humano. Carl Rogers (1961), afirma que cada pessoa tem dentro de si os recursos necessários para o seu próprio desenvolvimento, desde que se encontre num contexto relacional que ofereça aceitação, empatia e autenticidade. Uma força interna inata orientada para o crescimento, a integração e a autorrealização, designada como tendência atualizante e que se constitui como o principal motor do desenvolvimento pessoal. Trata-se de uma força direcional que conduz o organismo à autoconservação e ao crescimento, orientando-o para a autonomia e a autenticidade. Quando o indivíduo se encontra num ambiente relacional favorável, esta tendência expressa-se de forma espontânea e adaptativa e quando o meio é hostil ou crítico, o desenvolvimento psicológico pode ser bloqueado, conduzindo a sintomas de ansiedade, depressão ou desajustamento (Rogers, 1961).

Em contexto clínico, a escuta empática e a aceitação incondicional constituem instrumentos poderosos de validação emocional, sobretudo em utentes que apresentam vivências de rejeição, vergonha ou baixa autoestima. Através do reconhecimento genuíno, o cliente sente-se visto e compreendido, o que facilita o desenvolvimento de um autoconceito mais positivo e integrado (Joseph & Murphy, 2013).

Desta forma, o papel do psicólogo é o de facilitador do crescimento, e não de perito ou um interpretador da experiência do cliente. A mudança terapêutica não é entendida como resultado de técnicas ou intervenções estruturadas, mas sim da qualidade da relação interpessoal estabelecida entre o terapeuta e o cliente (Rogers, 1957). Ao contrário de outras abordagens mais estruturadas, a Terapia Centrada no Cliente valoriza a relação terapêutica como o principal agente transformador. O foco não está na técnica, mas na presença autêntica do terapeuta e na qualidade da escuta. A intervenção é não-diretiva, permitindo que o cliente explore livremente os seus sentimentos e construa o seu próprio entendimento sobre as dificuldades que vivencia. Esta abordagem reconhece a sabedoria interna do indivíduo e a sua capacidade de encontrar soluções adequadas, desde que se sinta aceite e compreendido (Cooper & McLeod, 2011).

Segundo Rogers (1959), o sofrimento psicológico surge da incongruência entre o self real, que remete para a forma como a pessoa se percebe e o self ideal que diz respeito à forma como gostaria de ser. Sendo o papel do terapeuta facilitar a redução dessa incongruência através da aceitação e da compreensão empática, permitindo ao cliente integrar experiências antes recusadas ou distorcidas.

É considerado necessário e fundamental a existência de um clima relacional de segurança e confiança, que permita ao cliente reconectar-se consigo próprio. A presença de um terapeuta congruente, que se apresenta de forma genuína e transparente na relação terapêutica, com capacidade de compreender verdadeiramente o mundo interno do cliente, os seus sentimentos e significados como se fossem seus. Ser capaz de comunicar essa compreensão de forma cuidada e autêntica, de valorizar e respeitar a pessoa que é o cliente, independentemente das suas atitudes, emoções ou comportamentos (Rogers, 1957).

2.4.1. Terapia Centrada no Cliente nos Cuidados De Saúde Primários

A Terapia Centrada no Cliente apresenta-se como uma abordagem humanista e relacional, reconhecendo ao próprio indivíduo a capacidade inata e natural de crescimento e de autorregulação. Defendendo a construção de uma relação terapêutica, que se constitui como um espaço seguro e assente na aceitação, empatia e autenticidade (Rogers, 1951)

Em contexto de Cuidados de Saúde Primários, onde as consultas são frequentemente de curta duração e centradas em problemáticas de ajustamento, ansiedade, depressão, luto, adaptação à doença crónica, dificuldade relacionais vulnerabilidade emocional, a Terapia Centrada no Cliente revela-se especialmente apropriada. Por um lado, a postura empática e não diretiva do psicólogo potencia a expressão emocional e o fortalecimento de competências internas de autorregulação, promovendo a autonomia e uma vida mais coerente com os seus valores pessoais. Por outro lado, favorece a rápida construção de um espaço terapêutico de confiança, o que facilita o processo de ajuda e a promoção do bem-estar psicológico mesmo em intervenções de curta duração (Joseph & Murphy, 2013).

Esta abordagem apresenta-se como um modelo flexível, acessível e ético, de natureza relacional, coerente com as exigências da prática de psicologia de proximidade e do modelo biopsicossocial utilizado no Serviço Nacional de Saúde. A ênfase na escuta ativa na validação emocional contribui para uma melhor adesão terapêutica e em equipas multidisciplinares, promove práticas mais colaborativas e centradas na pessoa. Desta forma, a Terapia Centrada no Cliente apresenta-se como uma resposta útil, eficiente e humanista às necessidades dos utentes,

promovendo a autonomia, a esperança e a valorização do potencial humano em contextos de cuidados de saúde primários (WHO, 2018).

A Terapia Centrada no Cliente partilha com a Terapia Cognitivo-comportamental o objetivo de reduzir o sofrimento, promover o bem-estar e ambas reconhecem a relação terapêutica como componente fundamental para o sucesso da intervenção. Porém, enquanto a TCC procura modificar padrões cognitivos e comportamentais, a abordagem centrada na pessoa, centra-se no crescimento natural e nas competências inatas do cliente. Assim, a combinação das duas abordagens pode ser particularmente benéfica em contexto de Cuidados de Saúde Primários, permitindo uma intervenção flexível que alia a estrutura e a eficácia da TCC à profundidade relacional e empática da Terapia Centrada no Cliente (Cooper & McLeod, 2011).

2.5. Dados Epidemiológicos em Portugal de Saúde Mental

O Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental que decorreu entre 2008 e 2009 representa a caracterização mais completa da saúde mental em Portugal, permitindo igualmente comparações internacionais no âmbito do *World Mental Health Survey Initiative* (Almeida et al., 2013). Os resultados demonstraram que o predomínio ao longo da vida de pelo menos uma perturbação psiquiátrica foi estimada em 42,7%, e o risco cumulativo até aos 75 anos, alcançou 51,4%, valores superiores comparativamente a outros países europeus participantes (Almeida et al., 2013).

No período de 12 meses anterior à recolha de dados, 22,9% da população apresentou alguma perturbação psiquiátrica, nomeadamente perturbação da ansiedade e do humor, perturbação do controlo de impulsos e problemas relacionados com a utilização de substâncias. Entre os países europeus incluídos no estudo, Portugal registou uma das prevalências mais elevadas, apenas ligeiramente inferior à da Irlanda do Norte (23,1%). As perturbações de ansiedade (16,5%) e as perturbações do humor (7,9%) foram as mais comuns entre os portugueses. O mesmo estudo concluiu que as mulheres apresentam risco mais elevado de desenvolver perturbações de ansiedade e do humor, e os homens maior vulnerabilidade para desenvolver perturbações do controlo dos impulsos e de abuso de álcool, sendo que as diferenças entre géneros se atenuam após os 49 anos. Verificou-se ainda que estas perturbações são mais frequentes entre os 18 e os 34 anos. A investigação demonstrou também que apenas 33,1% das pessoas diagnosticadas com alguma perturbação psiquiátrica tinham recebido cuidados apropriados, observando-se também um atraso considerável entre o início dos

sintomas e o início do tratamento. Em média, três anos para iniciar o tratamento de perturbações de ansiedade e quatro anos para iniciar tratamento de sintomas de depressão (Almeida et al., 2013).

Nos Cuidados de Saúde Primários, os registos clínicos representam uma fonte relevante para compreender a prevalência de perturbações mentais, embora dependam dos hábitos de registo dos profissionais e da procura de cuidados pelos utentes. Sendo que entre 2011 e 2018, observou-se uma tendência de aumento no registo de diagnósticos de perturbações depressivas, de ansiedade e de demência. Esta evolução poderá refletir não apenas um aumento real da ocorrência destas condições, mas também melhorias no reconhecimento e registo clínico (Serviço Nacional de Saúde [SNS], 2019).

O Inquérito Nacional de Saúde de 2014 revelou que 10% da população portuguesa apresentava sintomas depressivos no momento da recolha da informação. A prevalência foi mais elevada nas faixas etárias mais avançadas, sendo particularmente alta entre os reformados (38,7%) e mais frequente nas mulheres (mais de 70% dos casos). A frequência dos sintomas depressivos mostrou uma associação inversa com a escolaridade, sendo menos frequente com o aumento do nível de escolaridade. Sendo que 21% das pessoas sem formação académica apresentou sintomas depressivos, face a apenas 3,2% entre as que tinham completado o ensino superior (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2016). Em 2018, as regiões do Alentejo e Centro apresentaram as maiores proporções de utentes com registo de perturbações depressivas (13,4% e 13,2%, respetivamente) e de ansiedade (8,8% e 8,3%). Diferenças que poderão estar associadas a variações regionais na prevalência, acessibilidade aos cuidados ou práticas de diagnóstico (SNS, 2019). Desta forma, A depressão destaca-se como uma das perturbações psiquiátricas mais prevalente em Portugal, sobretudo nas mulheres, e configura-se como relevante problema de saúde pública (SNS, 2019).

A investigação científica tem demonstrado que a ansiedade é a perturbação mental mais frequente na Europa e a maior causa de mal-estar psicológico. Estima-se que em 2010 aproximadamente 38,2% da população europeia vivenciou pelo menos uma perturbação psicológica, nomeadamente, perturbação da ansiedade ou depressão, com impacto na sua funcionalidade diária (Wittchen et al., 2011). A literatura internacional demonstra também que o sexo feminino apresenta sensivelmente o dobro do risco de desenvolver perturbações de ansiedade e do humor durante a vida quando comparadas com o sexo masculino (Kuehner, 2017; Remes et al., 2016).

Em Portugal, a investigação concluiu a prevalência de 16,5% de perturbações de ansiedade, um dos valores mais elevados do continente europeu e também demonstrou que as mulheres apresentam maior predisposição para desenvolver perturbações de ansiedade e do humor até aos 49 anos, atenuando-se as diferenças de género nas idades mais avançadas (Almeida et al., 2013). Não obstante, as mulheres procuram com maior regularidade os cuidados de saúde, o que permite uma maior identificação de casos clínicos neste grupo (Van Droogenbroeck et al., 2018).

Diversos aspetos contribuem para a predominância de perturbações de ansiedade e depressão no sexo feminino, nomeadamente fatores biológicos como alterações hormonais durante o ciclo menstrual, bem como na gravidez e pós-parto e também na menopausa. Fatores psicológicos como a maior predisposição para pensamentos ruminantes e estratégias de *coping* internalizantes e fatores sociais, como estarem mais expostas a contextos de violência, abuso ou sobrecarga no desempenho simultâneo de múltiplos papéis familiares e profissionais (McLean et al., 2011, Kuehner, 2017).

De acordo com Bandelow & Michaelis (2015) as perturbações de ansiedade provocam um impacto funcional significativo, refletindo-se na redução da qualidade de vida, no aumento do absentismo laboral, em dificuldades nas relações sociais e numa maior possibilidade de comorbilidades, como perturbação do sono e depressão. A investigação também revela que os indivíduos diagnosticados com perturbação de ansiedade, apresentam mais dias de incapacidade total em comparação com outras patologias, o que sublinha a importância e o impacto socioeconómico desta condição clínica (Almeida et al., 2013).

2.6. Perturbações psicológicas mais comuns nos Cuidados de Saúde Primários

2.6.1. Ansiedade

Nos Cuidados de Saúde Primários, a ansiedade corresponde a uma das queixas mais comuns, surgindo como diagnóstico primário e como comorbilidade associada a diferentes problemas de saúde física e mental. Considerando a sua elevada prevalência, o risco de agravamento e o impacto no bem-estar dos utentes, mostra-se fundamental o investimento na sua compreensão, identificação e intervenção precoce (Kroenke et al., 2007).

A ansiedade é definida pela American Psychiatric Association (2013) como uma resposta emocional globalizada, caracterizando-se como uma condição de alerta antecipatória face a possíveis ameaças. Com carácter adaptativo quando se manifesta em níveis moderados,

pode evoluir para uma perturbação psicológica quando vivenciada de forma intensa, continua e desproporcionada com interferência significativa no funcionamento pessoal, profissional e social do indivíduo.

De acordo com Spielberger (2010), a ansiedade distingue-se pelos sentimentos de preocupação, apreensão e ativação fisiológica face a possíveis ameaças. Desempenha um papel protetor, facilita a mobilização de recursos, a adaptação a novas situações e a antecipação de perigos. A ansiedade é considerada normal quando manifestada de forma proporcional à situação e temporária. Funcionando como um mecanismo promotor de comportamentos preventivos e do estado de alerta, bem como potencia a atenção e a rapidez na execução de tarefas (Yerkes & Dodson, 1908).

Segundo Sandi & Richter-Levin (2009) a ansiedade normal engloba alterações fisiológicas, nomeadamente, tensão muscular, alterações respiratórias, aumento da frequência cardíaca e aumento da vigilância. Sendo que estes sintomas tendem a desaparecer após o término do evento desencadeador, e sem interferência considerável no funcionamento do dia-a-dia. São exemplo de eventos potenciadores de ansiedade, a preocupação que antecede a realização de uma intervenção cirúrgica, uma entrevista de emprego ou um exame.

Porém, a ansiedade torna-se patológica quando a resposta emocional é excessiva, continua e desproporcional em relação ao acontecimento percebido como ameaçador, com impacto limitador no funcionamento pessoal, profissional e social. Nestes casos, a ansiedade implica uma ativação fisiológica forte e intensa, pensamentos disfuncionais e comportamentos de evitação que fazem perdurar o ciclo da ansiedade (American Psychiatric Association [APA], 2013).

A evolução da ansiedade normal para a patológica pode ter a influência de fatores genéticos, estratégias de *coping* disfuncionais, experiências de vida hostis e condições sociais desfavorecidas (Hettema et al., 2001; McLaughlin et al., 2010; WHO, 2018). A ansiedade patológica, encontra-se associada a uma alteração na modulação dos neurotransmissores, nomeadamente, a noradrenalina, serotonina e o GABA, bem como a uma hiperatividade do sistema límbico, em particular da amígdala. Adicionalmente, verifica-se a existência de padrões cognitivos que ampliam a perceção de perigo e direcionam a atenção para estímulos negativos (Shin & Liberzon, 2010; Etkin & Wager, 2007).

Conforme descrito pela APA (2013), entre as perturbações de ansiedade mais frequentes encontram-se a Perturbação de Ansiedade Generalizada, a Perturbação de Ansiedade de Separação, a Perturbação de Ansiedade Social, a Agorafobia e as Fobias Específicas.

Na avaliação clínica da ansiedade, mostra-se fundamental ter em consideração a intensidade e a duração, bem como o impacto dos sintomas no dia-a-dia do utente. Em casos de ansiedade patológica, a intervenção deve incluir terapias breves baseadas na abordagem cognitivo-comportamental e psicoeducação (Hofmann et al., 2012). Adicionalmente, em contexto de Cuidados de Saúde Primários, a diferenciação entre ansiedade normal e patológica é crucial para elaboração de diagnósticos corretos e diminuir a toma de medicação a respostas emocionais adaptativas (Kroenke et al., 2007).

2.6.1.1. Etiologia da Ansiedade

De acordo com Barlow (2002) a etiologia da ansiedade emerge da combinação complexa de fatores biológicos, psicológicos e sociais que se influenciam mutuamente ao longo do decorrer da vida. A compreensão destes multifatores apresenta-se como fundamental na identificação das vulnerabilidades individuais e ambientais, bem como na definição de estratégias de prevenção e de intervenção adequada ao contexto.

Na realidade dos Cuidos de Saúde Primários prioriza-se a acessibilidade, a proximidade com a comunidade e a intervenção precoce, mostrando-se particularmente relevante a implementação de uma visão biopsicossocial na intervenção clínica, de forma a obter resultados eficazes no tratamento das perturbações da ansiedade já existentes, diminuir a possibilidade de progressão e de impacto funcional associado, bem como promover a prevenção do desenvolvimento de sintomas (WHO, 2018).

No que respeita à visão biológica, a investigação científica de genética comportamental, identifica a vulnerabilidade genética como um fator relevante nas perturbações da ansiedade, estimando que o impacto da hereditariedade esteja entre os 30% e os 50% (Hettema et al., 2001). Para além disso, são identificadas variações neurobiológicas, associadas a uma elevada reação ao stress e a estímulos ameaçadores, nomeadamente nas funções das estruturas do sistema límbico como o hipocampo, a amígdala e o córtex pré-frontal (Shin & Liberzon, 2010). Observam-se evidências de hiperatividade no eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, disfunção nos sistemas de neurotransmissores, que abrange a serotonina, a noradrenalina e o ácido gama-aminobutírico, e valores elevados de cortisol em indivíduos com perturbações de ansiedade crónica (Nutt & Malizia, 2004, Chrousos, 2009).

Os fatores psicológicos ocupam um lugar determinante na evolução e também na conservação das perturbações de ansiedade, nomeadamente, os processos cognitivos, como a propensão para atenção seletiva a estímulos ameaçadores, as expectativas exageradas de perigo e a tendência para interpretações distorcidas da realidade. Estes padrões cognitivos contribuem para a manutenção de um ciclo de ativação fisiológica e de comportamentos de evitamento que impedem a exposição e a habituação a acontecimentos percebidos como ameaçadores, contribuindo para a perpetuação da ansiedade (Clark & Beck, 2010). Também as técnicas de regulação emocional como a ruminação, a anulação emocional e o evitamento, apresentam maior predisposição ao desenvolvimento de perturbações da ansiedade e à intensificação dos sintomas (Nolen-Hoeksema, 2012).

Segundo a perspetiva do condicionamento clássico, as experiências de aprendizagem, como eventos hostis ou traumáticos são a principal causa do desenvolvimento de perturbações de ansiedade. Estes eventos, podem associar-se a respostas emocionalmente fortes que conduzem a respostas condicionadas de medo e de ansiedade, face a estímulos idênticos. Para além disso, esta abordagem também defende que a manutenção dos comportamentos de evitamento das situações percecionadas como ameaçadoras não permite a extinção da ansiedade (Mineka & Zinbarg, 2006).

Por outro lado, as experiências precoces de vinculação apresentam-se como um fator especialmente importante no desenvolvimento de perturbações ansiosas. Estas vivências impactam a construção dos modelos internos de relação e a forma como cada pessoa compreende e responde em situações de incerteza ou percebidas como perigosas. Desta forma, indivíduos com modelos de vinculação inseguros, imprevisíveis e marcados pela carência de suporte emocional por parte das figuras de referência, tendem a percecionar mais facilmente situações como ameaçadoras e a apresentar maior predisposição ao desenvolvimento de ansiedade patológica (Mikulincer & Shaver, 2016).

De acordo com McLaughlin et al. (2010) experiências vivenciadas como traumáticas em fases precoces, nomeadamente situações de negligência, a perda prematura das figuras de referência e acontecimentos de abuso físico ou psicológico, intensificam a reação ao stress e comprometem a construção saudável de estratégias adaptativas de regulação emocional. Quando estas vivências acontecem de forma persistente e repetida no tempo, reforçam a sensação de imprevisibilidade e insegurança, fortalecendo os padrões cognitivos de ameaça.

De acordo com Rogers (1961), a ansiedade corresponde a uma resposta defensiva face a uma percepção de ameaça, um mecanismo que tenta proteger o self da fragmentação, mas que paradoxalmente, mantém o ciclo de medo e evitamento. Afirmar que a ansiedade se intensifica sempre que a pessoa tem uma vivência que ameaça o seu autoconceito.

A gênese da ansiedade de acordo com a Abordagem Centrada na Pessoa encontra-se nas primeiras experiências de socialização, uma vez que o desenvolvimento saudável da personalidade depende de um ambiente relacional que proporcione empatia, autenticidade, aceitação positiva e incondicional. Quando estas condições não estão presentes, o indivíduo internaliza as críticas, expectativas e valores externos, desenvolvendo uma autoimagem rígida e condicionada. Por outro lado, contextos relacionais que oferecem compreensão, escuta e aceitação genuína permitem ao indivíduo reconectar-se com a sua experiência interna e reduzir a estado de alerta (Rogers, 1951). Sendo que a ansiedade diminui quando a pessoa se sente compreendida e livre para ser quem é, sem medo de julgamento (Joseph & Murphy, 2013).

Sobre a relação entre o poder económico e a ansiedade, a investigação tem demonstrado a relação entre o contexto socioeconómico baixo e a incidência de perturbações da ansiedade. Justificado pela exposição frequente a variáveis promotoras de stress, nomeadamente a instabilidade financeira, a insegurança habitacional e a dificuldade em aceder aos cuidados de saúde (Lorant et al., 2003; Sareen et al., 2011). Adicionalmente, segundo Paul & Moser (2009) o desemprego e a instabilidade laboral, provocam a sensação permanente de incerteza, insegurança e de falta de controlo sobre a própria vida, com impacto negativo no bem-estar emocional. Os fatores sociais e ambientais, nomeadamente, condições económicas, disponibilidade e qualidade dos apoios sociais, a vivência de situações hostis e o contexto cultural têm um papel determinante quer na iniciação, manutenção e no agravamento das perturbações ansiosas, como na forma como se manifesta, como é percebida e como é tratada (WHO, 2018).

No que diz respeito ao suporte social, esta variável, apresenta-se com um fator protetor no desenvolvimento de perturbações ansiosas. Os estudos demonstram que indivíduos com rede de apoio social e relações interpessoais, mostram ter níveis mais elevados de resiliência e uma mais rápida capacidade de recuperar de situações traumáticas. Por outro lado, o isolamento social e ausência, de apoio social e emocional, intensificam o agravamento dos sintomas (Santini et al., 2015).

Segundo Hofmann et al. (2010) os aspetos culturais e sociais também têm impacto nas perturbações de ansiedade, como é o caso da exigência constante da vida moderna, nomeadamente a necessidade de atingir determinados padrões pessoais e profissionais que se refletem numa pressão permanente, que facilmente conduz a sintomas de ansiedade. Adicionalmente, o preconceito associado à saúde mental, pode levar ao agravamento da situação, pela demora na procura de ajuda profissional e na adesão aos tratamentos.

Desta forma, mostra-se crucial a integração dos aspetos genéticos e neurobiológicos, bem como as vulnerabilidades emocionais, os padrões cognitivos e o contexto sociocultural para a compreensão da ansiedade, na realidade dos Cuidados de Saúde Primários. Esta abordagem biopsicossocial possibilita uma intervenção multidisciplinar e personalizada, bem com a implementação de estratégias preventivas alargadas a diferentes áreas de risco (Barlow, 2002).

2.6.1.2. Critérios de diagnóstico e tipos de Perturbações de Ansiedade

Segundo a APA (2022), as perturbações de ansiedade caracterizam-se por medo e preocupação excessiva que levam a alterações fisiológicas e do comportamento comprometendo o funcionamento no dia-a-dia. Estando incluídas a Perturbação da Ansiedade Generalizada, as Fobias Específicas, a Perturbação de Pânico, a Agorafobia, a Perturbação da Ansiedade Social, a Perturbação da Ansiedade de Separação, a Perturbação de Stress Pós-Traumático, a Perturbação de Adaptação, entre outras. Têm em comum mecanismos neurobiológicos, associados à hiperactivação fisiológica, distorções cognitivas e diferem em relação ao tipo de preocupação, medo, intensidade dos sintomas e evolução clínica.

Serão aqui caracterizadas as perturbações de ansiedade mais frequentemente observadas nos utentes no decorrer do estágio.

2.6.1.3. Perturbação de Ansiedade Generalizada

A Perturbação de Ansiedade Generalizada é uma das mais frequentes e define-se pela existência de uma preocupação persistente, desmedida e difícil de controlar a propósito de diversos aspetos da vida diária, nomeadamente relações pessoais, questões profissionais, saúde ou acontecimentos futuros. Esta apreensão é frequentemente desproporcional, ocorrendo na maioria dos dias durante, pelo menos, seis meses (APA, 2022).

De acordo com Ruscio et al. (2017), a Perturbação de Ansiedade Generalizada diferencia-se pela sua característica difusa, uma vez que as preocupações não são limitadas a

uma situação particular, mas estende-se a diversas realidades e alterna ao longo do tempo. É frequente os indivíduos descreverem sintomas como inquietação, cefaleias, fadiga, dificuldades de concentração e sensação de perda de controlo dos pensamentos.

O diagnóstico da Perturbação de Ansiedade Generalizada reque a existência de uma preocupação desmedida a propósito de diferentes contextos da vida e pelo menos três dos seguintes sintomas, de forma persistente, na maioria dos dias ao longo de seis meses ou mais. Entre os sintomas estão o nervosismo ou inquietação, irritabilidade, tensão muscular, fadiga, dificuldade de concentração e alterações do sono. Os sintomas precisam provocar sofrimento clinicamente considerável ou prejuízo no funcionamento do indivíduo, para além de não poder estar associada à toma de substâncias ou a outra situação médica (APA, 2022).

A investigação demonstra que a Perturbação de Ansiedade Generalizada apresenta elevada predominância ao longo do decorrer da vida, sendo mais comum nas mulheres e na idade adulta. O seu curso clínico tende a ser crónico, com fases de agudização dos sintomas e associa-se a elevadas taxas de comorbilidade com a depressão, a outras perturbações de ansiedade e a problemas ligados ao uso de substâncias. O que se traduz num impacto significativo no funcionamento geral do indivíduo, afetando negativamente a saúde, a qualidade de vida, as relações interpessoais e o desempenho profissional ou académico (Bandelow & Michaelis, 2015).

2.6.1.4. Perturbação de Stress Pós-Traumático (PTSD)

A Perturbação de Stress Pós-Traumático surge na sequência da exposição a um evento traumático, nomeadamente, ameaça de morte, violência sexual ou ferimentos graves, por vivência direta, testemunho, exposição repetida a detalhes hostis do evento ou conhecimento do que aconteceu com alguém próximo. Caracteriza-se pela persistência dos sintomas que comprometem significativamente o funcionamento do indivíduo a nível pessoal, social e profissional, podendo apresentar uma evolução crónica quando não tratada (APA, 2022).

O diagnóstico exige a presença de quatro domínios de sintomas, nomeadamente, sintomas de intrusão, evitação, alterações negativas da cognição e do humor, variações na ativação e reatividade, que persistem por mais de um mês após o trauma. Os sintomas de intrusão, dizem respeito às recordações involuntárias e recorrentes do evento, sonhos perturbadores, flashbacks, e sofrimento emocional significativo, perante sinais associados ao acontecimento traumático. A evitação manifesta-se através de esforços persistentes para afastar memórias, pensamentos, locais, conversas, pessoas ou atividades que recordem a experiência

traumática. As variações negativas da cognição e do humor, englobam crenças negativas persistentes sobre si próprio, sentimento de culpa ou vergonha exagerados, a incapacidade de recordar pormenores do evento, perda de motivação por atividades prazerosas e afastamento dos outros. Por último, alterações na ativação e reatividade que agregam a irritabilidade, comportamento, autodestrutivos, explosões de fúria, hipervigilância, resposta de sobressalto exacerbada, dificuldades de concentração e alterações do sono. Para além disso, os sintomas precisam provocar sofrimento clinicamente relevante ou limitações funcionais no indivíduo, sem associação ao consumo de substâncias ou outra situação médica (APA, 2022).

A PTSD pode surgir meses ou até anos depois da experiência traumática, mesmo que não tenham sido observados sintomas clínicos evidentes no período logo a seguir ao trauma. Diferencia-se da Perturbação de Stress Agudo, cujo diagnóstico só pode ser realizado no decorrer do primeiro mês após o trauma. Em algumas situações, a Perturbação de Stress Agudo pode progredir para Perturbação de Stress Pós-Traumático (APA, 2022).

A PTSD apresenta um predomínio mundial entre 3% e 5% na população geral, podendo ser superior em populações expostas a eventos traumáticos de elevada intensidade, como veteranos de guerra, vítimas de violência sexual, catástrofes naturais ou acidentes graves (Kessler et al., 2017). A investigação mostra uma prevalência maior entre as mulheres, apesar de serem os homens que mais frequentemente estão expostos a situações traumáticas. O que tem vindo a ser explicado pelas diferenças no tipo de trauma vivenciados e na vulnerabilidade biológica e psicológica no desenvolvimento da perturbação (Olf, 2017).

O decorrer clínico desta perturbação pode ser variável, em algumas situações pode ocorrer remissão espontânea, mas em outras circunstâncias mantém-se crónica com agravamento em períodos de maior pressão. O diagnóstico precoce no contexto de Cuidados de Saúde Primários mostra-se como fundamental, uma vez que é frequente que as vítimas procurem inicialmente apoio nestas unidades de cuidados de saúde. No que respeita à avaliação e ao acompanhamento destes casos, é crucial detalhar a história clínica da situação traumática, bem como o reconhecimento de fatores de risco, nomeadamente a falta de apoio social, experiências traumáticas prévias e existência de comorbilidades (Schnyder & Cloitre, 2015).

2.6.2. Depressão

A depressão é atualmente reconhecida como uma das primordiais razões de incapacidade a uma escala universal, impactando milhões de cidadãos, as suas famílias e os sistemas de saúde. A Organização Mundial de Saúde (2021), estima que cerca de 5% da

população adulta a nível universal sofra com esta perturbação, com prejuízos para o indivíduo a nível pessoal, relacional e profissional, bem como para as sociedades com custos económicos avultados associados à perda de produtividade, absentismo e sobrecarga dos serviços de saúde.

A perturbação depressiva, qualifica-se por uma alteração persistente do humor, do funcionamento cognitivo, da regulação emocional e do comportamento de forma suficientemente crítica capaz de comprometer e limitar a vida diária do indivíduo. Caracteriza-se por uma elevada intensidade e duração, de humor deprimido e sofrimento. Acompanhada por uma variedade de sintomas, nomeadamente fadiga, alterações de apetite e do sono, sentimento de culpa e inutilidade, dificuldade de concentração e em situações mais graves, ideação suicida (APA, 2022).

De acordo com Malhi & Mann (2018), a depressão corresponde a um sofrimento emocional intenso com diminuição da energia e da motivação, perda de satisfação em atividades anteriormente significativas, bem como dificuldades cognitivas que reduzem a capacidade de concentração e a de tomada de decisão. Estas alterações potenciam o desinteresse em manter interações afetivas, o isolamento social, aumentam o risco de conflitos conjugais, familiares e de relações disfuncionais, bem como a possibilidade de ideação e suicídio (WHO, 2021).

A depressão não deve ser confundida com variações normais do humor ou respostas emocionais transitórias a dificuldades da vida. Apesar dos sentimentos de desânimo e tristeza sejam naturais e adaptativos, a perturbação depressiva diferencia-se pela intensidade, duração e pelos prejuízos no funcionamento do indivíduo, nomeadamente no seu bem-estar, qualidade de vida, relações interpessoais, desempenho académico ou profissional (WHO, 2021). Não obstante, a tristeza, corresponde a uma emoção universal e uma resposta natural a acontecimentos negativos, como problemas profissionais, conjugais, familiares e situações de luto, que permitem ao indivíduo refletir, adaptar-se e encontrar estratégias para lidar com as adversidades. Desta forma, a tristeza apresenta-se de forma proporcional e transitória ao acontecimento experienciado e responsável pela emoção, não comprometendo de forma significativa e prolongada o funcionamento global do indivíduo. Em oposição à perturbação depressiva, que não apresenta obrigatoriamente uma relação a nenhum acontecimento evidente, pode surgir de forma autónoma ou ser originada por variados fatores, nomeadamente de ordem biológica, psicológica e social (Bonanno et. al., 2011; Kendler, 2016).

Desta forma, torna-se fundamental saber identificar e diferenciar estados emocionais normativos de quadros clínicos patológicos, de modo a garantir que todos os utentes têm o

diagnóstico adequado, o tratamento e o acompanhamento ajustado à sua condição (Wakefield et al., 2007).

Adicionalmente, a depressão tende a manifestar-se associada a outras perturbações, nomeadamente, perturbações de ansiedade, perturbações de personalidade e com o uso de substâncias, bem como demonstra elevada comorbilidade com doenças crónicas como a diabetes, doenças cardiovasculares e dor crónica (Kessler et al., 2005; Moussavi et al., 2007). A investigação científica demonstra que a existência de depressão nestes quadros clínicos apresenta um impacto negativo no decorrer da doença física, contribuindo para uma menor adesão ao tratamento, maior incapacidade e aumento de risco de morte. Por outro lado, a existência de depressão e ansiedade potencia os sintomas, aumenta o risco de cronicidade e está associada a um pior prognóstico (Katon, 2011; Lamers et al., 2011). A presença de múltiplas comorbilidades dificulta o diagnóstico e a intervenção clínica, aumentando o risco de subdiagnóstico, uma vez que os sintomas somáticos como a fadiga, alterações do apetite e do sono são muitas vezes associados à doença física subjacente e não à depressão (Mitchell et al., 2009).

2.6.2.1. Etiologia da Depressão

A depressão é definida como uma perturbação de origem multifatorial, resultante de uma complexa interação de variáveis biológicas, psicológicas e sociais, devendo ser abordada numa perspetiva integrativa e multidimensional. Uma vez que o surgimento e a perpetuação da depressão, dependem da conexão entre a predisposição genética, a vulnerabilidade psicológica e exposição a condições de vida adversas (Malhi & Mann, 2018).

No que respeita aos determinantes biológicos, estima-se que exista uma predisposição genética, entre 30 e 40 % para o desenvolvimento de depressão ao longo do decorrer da vida, e potenciada por fatores de vulnerabilidade psicológica e social (Sullivan et. al., 2000; Howard et al., 2019). A investigação tem também evidenciado a associação entre sintomas depressivos e a disfunção nos sistemas neurotransmissores, especialmente da serotonina, dopamina e noradrenalina, o que se tem demonstrado particularmente útil no desenvolvimento de fármacos eficazes para o tratamento da depressão (Belmaker & Agam, 2008).

A vulnerabilidade individual para o desenvolvimento da depressão está fortemente associada a fatores psicológicos, nomeadamente aos padrões cognitivos, aos traços de personalidade e às estratégias de regulação emocional. De acordo com Beck & Haigh (2014), as crenças disfuncionais e os esquemas negativos de interpretação da realidade levam o

indivíduo a construir uma visão pessimista de si mesmo, do seu futuro e do mundo, o que contribui para a manutenção dos sintomas depressivos. Outras variáveis psicológicas relevantes para o desenvolvimento da depressão, corresponde à instabilidade emocional, sensibilidade ao stress e predisposição para emoções negativas. Também a baixa autoestima, o recurso a estratégias ineficazes de regulação emocional e a tendência para a ruminação excessiva, estão fortemente ligadas ao agravamento e à maior persistência da sintomatologia depressiva (Kotov et al., 2010).

Segundo a WHO (2021), os fatores sociais têm igualmente uma forte relevância no desenvolvimento de sintomas depressivos, nomeadamente acontecimentos de vida adversos como a vivência de dificuldades financeiras, desemprego, divórcio ou luto. Bem como situações de discriminação e violência, experienciadas por populações específicas, aumentam a vulnerabilidade à perturbação depressiva. Contudo, o impacto que estes eventos têm no indivíduo não está apenas relacionado com a gravidade do acontecimento, mas sobretudo com as competências *coping* e a rede de suporte social disponível.

Estudos comprovam que o isolamento social e a ausência de suporte emocional constituem fatores de risco importantes para o desenvolvimento de sintomas depressivos, enquanto a existência de relações próximas, positivas e de apoio, apresentam-se como elementos protetores face à depressão (Santini et al., 2015). Adicionalmente, mulheres monoparentais, com sobrecarga de responsabilidades, bem como situações de precariedade laboral e desfavorecimento socioeconómico, aumentam o risco de prevalência de depressão (WHO, 2021).

De acordo com a Abordagem Centrada na Pessoa, a depressão não se trata apenas de uma perturbação emocional, mas da expressão de desarmonia interior. Entendida como um estado de incongruência profunda em que o indivíduo perde contacto com as suas experiências mais autênticas, vivendo uma desconexão entre o que sente verdadeiramente e o que acredita que deve sentir. Esta incongruência origina sentimentos de desvalorização, culpa e desesperança, que se traduzem numa perceção negativa de si próprio e do mundo (Rogers, 1961).

O conceito de incongruência é definido como a discrepância entre o self real, que corresponde à vivência autêntica e imediata e o self ideal que diz respeito à imagem internalizada de como a pessoa deveria ser. Em situações em que o indivíduo se vê forçado a negar ou distorcer as suas emoções para manter a aceitação dos outros, o self torna-se

fragmentado (Rogers, 1959). Este estado gera tensão, conflito interno e desespero emocional, que podem manifestar-se sob a forma de tristeza, apatia, perda de sentido e retraimento emocional, sintomas característicos da depressão (Cain, 2010). Desta forma, a depressão é entendida como um estado de alienação do próprio self, em que a pessoa deixa de confiar nas suas percepções internas e passa a depender de juízos externos para validar o seu valor pessoal (Rogers, 1961).

Segundo Rogers (1959), o ser humano nasce com a necessidade de aceitação e pertença, no entanto, quando o amor e o reconhecimento são condicionados ao comportamento esperado, a criança aprende que apenas será amada se agir de acordo com essas expectativas. Este processo leva à internalização das condições de valor, através das quais o indivíduo começa a avaliar-se com base em critérios externos, afastando-se progressivamente das suas necessidades, desejos e sentimentos mais autênticos. Com o decorrer do tempo, esta dissociação pode levar a uma estrutura de self marcada por desvalorização pessoal, autocrítica e sentimento de inadequação, frequentemente relacionado à depressão (Joseph & Murphy, 2013).

A qualidade das relações interpessoais ocupa um lugar central na explicação da depressão, uma vez que a depressão é a resposta natural à perda de autenticidade e de congruência, surgindo quando a pessoa é incapaz de expressar o que realmente é, vivendo sob a pressão de ser aquilo que os outros esperam (Rogers, 1961). Por um lado, ambientes sociais, familiares e profissionais pautados por críticas, indiferença e controlo extremo impedem a pessoa de desenvolver uma percepção positiva de si e bloqueia o fluxo da tendência atualizante. Favorecendo o aparecimento de inseguranças, culpa e retraimento emocional que se consolidam num padrão de funcionamento depressivo. Por outro lado, ambientes caracterizados por compreensão, apoio e autenticidade contribuem para o fortalecimento do self e promovem o bem-estar emocional (Rogers, 1951).

2.6.2.2. Critérios de diagnóstico e tipos de Depressão

De acordo com a APA (2022), a depressão integra-se no grupo das perturbações do humor e define-se por uma condição persistente e prolongada de sofrimento, tristeza e humor deprimido, comprometendo significativamente o funcionamento global do indivíduo. Entre os principais sintomas, destacam-se diminuição ou perda de satisfação em atividades em que anteriormente eram valorizadas, fadiga, dificuldade de concentração, alteração do apetite e da qualidade do sono, redução da libido, bem como risco de ideação e suicídio, nas situações mais graves. Estas manifestações têm impacto quer no bem-estar pessoal como na capacidade de

manter relações interpessoais, desempenhar as suas responsabilidades profissionais, académicas e sociais adequadamente.

No DSM-5-TR (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5ª ed., revisão de texto) é apresentada a classificação das diferentes categorias da perturbação depressiva, sendo que neste relatório serão descritos os tipos de depressão mais comumente identificados em contexto de Cuidados de Saúde Primários, e que constituíram parte da experiência clínica durante o estágio.

2.6.2.3. Perturbação Depressiva Major

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2021), a Perturbação Depressiva Major, está entre as condições psiquiátricas mais comuns e incapacitantes à escala global, atingido cerca de 280 milhões de pessoas em todo o planeta. Esta perturbação caracteriza-se por sintomas físicos, cognitivos, comportamentais e emocionais intensos e prolongados, que provocam sofrimento clinicamente relevante e comprometem o funcionamento diário, a qualidade de vida e o bem-estar dos indivíduos.

O diagnóstico desta perturbação implica a presença de pelo menos cinco sintomas ao longo de um período mínimo de duas semanas, sendo obrigatória a ocorrência de humor deprimido ou perda de interesse e prazer. Entre os demais sintomas possíveis encontram-se variações consideráveis do sono e/ou apetite, fadiga, alterações psicomotoras, sentimentos de culpa ou inutilidade, dificuldades cognitivas de concentração e tomadas de decisões, bem com pensamentos suicidas. É também necessário que estes sintomas provoquem sofrimento clinicamente considerável e/ou limitações na vida quotidiana sem relação a outra situação médica (APA, 2022).

A Perturbação Depressiva Major, pode apresentar-se em episódios únicos ou em episódios recorrentes ao longo da vida, sendo que o decorrer da perturbação é frequentemente crónico e apresenta uma elevada comorbilidade, tanto com perturbações de ansiedade quanto com doenças físicas crónicas (APA, 2022; Richards, 2011). Além disso, indivíduos com esta perturbação apresentam risco acrescido de desenvolver diabetes, doenças cardiovasculares e défices cognitivos, afirmando a natureza sistémica e multidimensional desta condição (Malhi & Mann, 2018).

Nos Cuidados de Saúde Primários, a Perturbação Depressiva Major, constitui uma das principais razões de procura de apoio psicológico, fortemente associada ao risco de suicídio,

configurando-se como um dos maiores desafios de saúde pública. Apesar disso, muitos indivíduos não recebem tratamento adequado, seja por barreiras no acesso aos serviços de saúde mental, seja pelo estigma associado. Porém, o diagnóstico e a intervenção atempada podem reduzir a seriedade dos sintomas e minimizar o impacto negativo na qualidade de vida dos indivíduos (Malhi & Mann, 2018, Thornicroft et al., 2017).

2.6.2.4. Perturbação Depressiva Persistente

A Perturbação Depressiva Persistente apresenta-se na forma de depressão de crónica, caracterizando-se por humor deprimido de longa duração e sintomas de intensidade moderada, persistentes, que causam sofrimento significativo e limitações no funcionamento global do indivíduo. Na maioria das vezes não alcança a gravidade de um episódio depressivo major, no entanto, a sua natureza duradoura e prolongada no tempo, bem como a associação a outros quadros psiquiátricos, tem implicações elevadas na qualidade de vida do indivíduo (APA, 2022).

O diagnóstico desta perturbação inclui a presença de humor deprimido na maior parte do tempo, na maioria dos dias, por um período mínimo de dois anos em adultos. Durante esse tempo, devem estar presentes pelo menos dois sintomas adicionais, nomeadamente, alterações do sono e do apetite, fadiga, dificuldades cognitivas, autoestima diminuída e sentimento de desesperança. O aparecimento da depressão persistente é frequentemente precoce, durante a adolescência ou início da idade adulta, com uma evolução crónica e com flutuação de sintomas (APA, 2022).

A Perturbação Depressiva Persistente apresenta uma elevada comorbilidade, especialmente com perturbações de ansiedade, abuso de substâncias e também com perturbações de personalidade. A associação frequente com episódios de Perturbação Depressiva Major, eleva a gravidade e o risco de ideação e suicídio. De facto, na maior parte do tempo, os sintomas são menos intensos em comparação com a Perturbação Depressiva Major, no entanto, a sua particular persistência no tempo e carácter crónico, implicam prejuízos acentuados no bem-estar geral do indivíduo, na capacidade relacional, desempenho académico e profissional, bem como o uso dos serviços de saúde (Klein et al., 2003).

2.6.2.5. Perturbação Depressiva Pós-Parto

A Perturbação Depressiva Pós-Parto, corresponde a uma condição clínica que ocorre após o nascimento de um filho e de acordo com o DSM-5-TR é considerada um subtipo da

Perturbação Depressiva Major. Constitui-se como um dos quadros psiquiátricos mais comuns no período perinatal, estimando-se que aproximadamente 10% das mulheres grávidas e 13% das mulheres no período pós-parto desenvolvam algum tipo de perturbação mental, especialmente a depressão (WHO, 2021).

Distingue-se do chamado *baby blues*, um estado transitório de instabilidade emocional, tristeza e irritabilidade que afeta aproximadamente entre 50% a 80% das mulheres após o parto e que por norma desaparece espontaneamente em até duas semanas. A Perturbação Depressiva Pós-Parto apresenta sintomas mais intensos e persistentes com prejuízo significativo na saúde mental da mãe, no processo de vinculação com o bebé e na dinâmica familiar (O'Hara & McCabe, 2013).

O diagnóstico da Perturbação Depressiva Pós-Parto implica a existência de humor deprimido e/ou perda de interesse ou prazer durante pelo menos duas semanas, acompanhado por outros sintomas, nomeadamente, alterações significativas do apetite e do sono, dificuldades de concentração, perda de energia, sentimentos culpa ou de inutilidade e ideação suicida. Os sintomas podem surgir ainda durante a gravidez ou no decorrer do primeiro ano após o nascimento do bebé (APA, 2022).

Em Portugal, os dados epidemiológicos indicam prevalência semelhante às médias europeias, em torno dos 13% e 15% (Figueiredo & Conde, 2011; O'Hara & Wisner, 2014). A investigação mostra diversos fatores de risco para o desenvolvimento desta perturbação, nomeadamente, antecedentes pessoais ou familiares de depressão, gravidez não planeada, ausência de suporte social, problemas conjugais, experiências de violência ou adversidade, complicações obstétricas e alterações hormonais (Yim et al., 2015).

A Perturbação Depressiva Pós-Parto tem implicações significativas na saúde mental da mãe, como pode interferir na dinâmica familiar e na relação entre a mãe e o bebé. Para além disso, os filhos de mães com depressão pós-parto, apresentam um risco mais elevado de dificuldades cognitivas, comportamentais e emocionais (Stein et al., 2014).

2.6.3. O Suicídio

O suicídio representa uma das principais causas de mortalidade associadas a problemas de saúde mental, particularmente à depressão major (SNS, 2019). Os indicadores de morte por suicídio e de anos potenciais de vida perdidos têm apresentado oscilações ao longo do tempo, sem que se identifique uma tendência linear definida. A análise dos dados referentes à morte

por suicídio, entre 2011 e 2017, na população com menos de 65 anos, evidencia um predomínio claro dos comportamentos suicidário entre os homens, em todas as regiões de Portugal. Em particular, nos anos de 2016 e 2017, as regiões do Algarve e dos Açores, assinalaram taxas de morte por suicídio em homens com menos de 65 anos superiores às registadas na região alentejana, sendo estas três regiões aquelas que apresentaram os valores mais elevados nesse período (INE, 2019; SNS, 2019).

No que respeita à população feminina com menos de 65 anos, em 2017 as taxas mais altas verificaram-se no Alentejo, Algarve e na Área da Grande Lisboa. Já entre os idosos (65 ou mais anos), no mesmo ano, o Alentejo e o Algarve apresentaram as maiores taxas de suicídio nos homens, enquanto entre as mulheres, o Algarve destacou-se como a região com a taxa padronizada mais elevada, ultrapassando inclusive a taxa masculina da Região Autónoma da Madeira (SNS, 2019).

De acordo com a investigação, no ano de 2017 o suicídio foi responsável por 10.800 anos potenciais de vida perdidos entre o sexo masculino e 3.828 anos potenciais de vida perdidos no sexo feminino. A evolução deste indicador entre 2005 e 2017 não revelou uma trajetória consistente, mas merece destaque o valor mais alto registado em 2014, ano em que o suicídio representou um total de 17.000 anos potenciais de vida perdidos, dos quais, 12.893 correspondem ao sexo masculino e 4.108 ao sexo feminino (INE, 2019; SNS, 2019).

2.6.4. Intervenção Clínica

O tratamento eficaz das perturbações de ansiedade e depressão em contexto de Cuidados de Saúde Primários, implica uma abordagem personalizada, que considere a severidade dos sintomas, a presença de comorbilidades, o contexto social e os recursos internos de cada indivíduo. Atualmente, privilegia-se a intervenção multidisciplinar com evidência científica comprovada, combinando a farmacoterapia e o acompanhamento psicológico de forma a maximizar a eficácia do tratamento (Bandelow et al., 2017).

A Terapia Cognitivo-Comportamental ocupa um lugar de excelência, com eficácia robustamente demonstrada no tratamento de diferentes tipos de perturbações de ansiedade e depressão e amplamente utilizada em contexto de saúde de intervenção primária. Esta abordagem parte do pressuposto de que os pensamentos, emoções e comportamentos estão conectados e que a modificação dos padrões cognitivos disfuncionais pode levar a melhorar de forma significativa o bem-estar psicológico e o funcionamento global do indivíduo (Beck, 2011).

No que diz respeito à depressão, a TCC centra-se na identificação e modificação de crenças negativas automáticas e distorções cognitivas, frequentemente associadas a sentimentos de desesperança e inutilidade. Através da reestruturação cognitiva, procura-se promover interpretações mais realistas e adaptativas, complementadas pela ativação comportamental, que estimula o envolvimento progressivo em atividades gratificantes e prazerosas, contrariando a falta de atividade e o isolamento característicos da depressão (Cuijpers et al., 2013).

Nas perturbações de ansiedade, a TCC tem igualmente demonstrado elevada eficácia, no tratamento da perturbação de ansiedade generalizada, de fobias específicas, bem como da perturbação de pânico e da ansiedade social. A intervenção centra-se na correção de interpretações catastróficas, técnicas de relaxamento e a exposição gradual a situações integradas como perigosas, com o objetivo de reduzir a resposta ansiosa ao longo do tempo. Esta técnica permite o confronto de estímulos causadores de ansiedade, de forma controlada e assim promover a dessensibilização progressiva (Craske et al., 2014; Hofmann et al., 2012). Outras abordagens terapêuticas, nomeadamente as terapias baseadas em *mindfulness* e a terapia de aceitação e compromisso, também têm demonstrado benefícios na diminuição dos sintomas e no bem-estar geral (Vøllestad et al., 2012).

Relativamente à Terapia Centrada no Cliente, esta não procura eliminar diretamente os sintomas depressivos ou ansiosos, mas sim promover a integração emocional e o crescimento pessoal. Segundo Rogers (1961), quando o indivíduo é plenamente aceite e compreendido, emerge a capacidade de reconhecer sentimentos reprimidos e de reformular o seu autoconceito de forma mais realista e compassiva.

Assim, durante o acompanhamento de clientes com sintomas depressivos, o terapeuta deve encorajar o paciente a entrar em contacto com as suas experiências internas, ajudando-o a desenvolver consciência das suas emoções de tristeza, raiva ou vazio. Este processo de aceitação experiencial visa transformar o sofrimento em compreensão e conduzir ao restabelecimento da congruência entre o sentir e o ser (Rogers, 1961).

A relação terapêutica representa o espaço onde o cliente pode expressar todas as suas emoções livremente, nomeadamente tristeza, desesperança e culpa sem medo de julgamento. Ao ser aceite e compreendido, o indivíduo começa a reestruturar a perceção negativa de si próprio, a aceitar as suas experiências e a desenvolver uma relação mais autêntica consigo mesmo (Joseph & Murphy, 2013).

A investigação também demonstra que a empatia e a autenticidade do terapeuta estão associadas à redução significativa dos sintomas depressivos e à melhoria da autoestima. Estes resultados reforçam a ideia de que a relação terapêutica é o principal agente de mudança, mais do que a utilização de técnicas específicas. Desta forma, o terapeuta não trata a depressão, mas facilita o processo de reconexão com o self, permitindo ao cliente reencontrar esperança e sentido pessoal (Elliott et al., 2013).

De acordo com Bozarth (1998), Através da empatia e da aceitação, o terapeuta ajuda o cliente a compreender o significado dos seus medos, a identificar os contextos que os amplificam e a desenvolver uma relação de maior compaixão consigo mesmo. A diminuição da ansiedade ocorre quando o cliente internaliza a atitude empática do terapeuta, desenvolvendo um maior sentido de compaixão por si próprio e confiança.

Elliott et al. (2013), demonstraram que o alívio da ansiedade ocorre quando o cliente consegue reintegrar experiências antes negadas e substituir padrões de evitamento por uma atitude de abertura experiencial. Este processo conduz a uma maior tolerância à incerteza, à diminuição da autocrítica e ao restabelecimento da confiança interna.

A propósito da intervenção farmacológica, esta apresenta-se como um complemento importante nos casos de ansiedade e depressão de intensidade moderada a grave, ou quando existem limitações no acesso ao acompanhamento psicológico. Os inibidores seletivos da recaptção da serotonina e os inibidores seletivos da recaptção da serotonina-noradrenalina são os fármacos que demonstram maior eficácia e segurança no tratamento da sintomatologia ansiosa (Baldwin et al., 2014). Por outro lado, as benzodiazepinas são recomendadas para o controlo de sintomas a curto prazo, especialmente em situações de crise, contudo o uso prolongado deve ser evitado, tendo em conta o risco de dependência, tolerância e os impactos cognitivos (Davidson, 2009).

Adicionalmente, a investigação científica assegura que a TCC, apresenta resultados equiparáveis com os resultados obtidos nos tratamentos realizados com fármacos, tendo a vantagem de diminuir o risco de recaídas a longo prazo, quando são utilizadas estratégias de manutenção e prevenção (Butler et al., 2006; Cuijpers et al., 2020).

Nos Cuidados de Saúde Primários, onde muitos casos de ansiedade e depressão são primeiramente identificados, mostra-se fundamental uma intervenção integrada, precoce e eficaz de forma a prevenir intensificação dos sintomas e reduzir o impacto negativo dos sintomas na esfera pessoal, profissional e social do indivíduo. Paralelamente, é igualmente

importante o investimento em estratégias de prevenção e de promoção da saúde mental (Bandelow et al., 2017, WHO, 2021).

2.7. Saúde Mental nos idosos

2.7.1. Prevalência e Epidemiologia da Saúde Mental na Terceira Idade

O envelhecimento demográfico constitui um dos fenómenos mais marcantes dos tempos modernos, estimando-se que em 2050, a população mundial com mais de 60 anos duplique, atingindo cerca de 2 mil milhões de pessoas (WHO, 2021). No que respeita a Portugal, esta tendência é particularmente acentuada, sendo um dos países com maior índice de envelhecimento da Europa (INE, 2020).

Com o aumento da esperança média de vida, a saúde mental nos adultos mais velhos tem vindo a assumir uma pertinência crescente, embora continue frequentemente negligenciada. As perturbações mentais nesta faixa etária estão ligadas a uma maior procura dos serviços de saúde, à perda de autonomia e a um aumento da mortalidade, configurando-se como um importante desafio de saúde pública. Estima-se que aproximadamente 15% dos indivíduos com mais de 60 anos apresentem alguma perturbação psicológica, sendo a depressão e a ansiedade as condições mais comuns (WHO, 2017). Bem como as perturbações de adaptação e a demência, que apresentam particular impacto na funcionalidade, no bem-estar e na qualidade do dia-a-dia dos idosos (Blazer, 2003; Reynolds et al., 2012). Fatores como o luto, a perda de papéis sociais, a vulnerabilidade física e o isolamento elevam a possibilidade de sofrimento psicológico e de desenvolvimento de perturbações nesta fase da vida (Fiske et al., 2009).

Os dados recolhidos pelo *European Study of the Epidemiology of Mental Disorders* (ESEMeD) demonstraram que a ansiedade e a depressão têm um impacto significativo na população idosa na Europa, apresentando taxas de predomínio ao longo da vida que variam entre 12% e 20% dependendo do país (Wittchen et al., 2011). Para além da elevada predominância, observa-se que a depressão nos adultos mais velhos está frequentemente associada a doenças crónicas, nomeadamente, diabetes, doenças cardiovasculares e demências, aumentando o risco de incapacidade e mortalidade (Kuehner, 2017).

Em Portugal, o Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental (2008–2009) demonstrou uma prevalência de 42,7% de pelo menos uma perturbação psiquiátrica ao longo da vida, sendo a depressão e a ansiedade as mais frequentes. Nos idosos, a depressão surge

como um dos diagnósticos mais comuns, apesar de ser frequentemente subvalorizada, já que a sintomatologia tende a ser atribuída ao envelhecimento ou a condições físicas (Almeida et al., 2013).

O Inquérito Nacional de Saúde de 2014 estimou que 10% da população portuguesa apresentava sintomas depressivos, sendo particularmente elevada nas faixas etárias mais avançadas e significativamente maior nas mulheres (INE, 2016). Adicionalmente, outros estudos europeus indicam que as mulheres idosas mostram taxas mais elevadas de depressão e ansiedade em comparação com os homens. Este padrão resulta de uma combinação entre fatores biológicos, como as alterações hormonais ao longo do ciclo de vida, de fatores psicológicos como maior vulnerabilidade a pensamentos ruminantes e fatores sociais associados à sobrecarga de papéis familiares, viuvez e menor suporte social (McLean et al., 2011; Kuehner, 2017).

Por outro lado, considera-se que cerca de 10 milhões de pessoas na Europa vivam com demência, cuja prevalência cresce de forma acentuada com a idade. Após os 65 anos, a possibilidade de desenvolver a doença praticamente duplica a cada cinco anos, atingindo valores superiores a 30% em pessoas com mais de 85 anos (Alzheimer Europe, 2019). Globalmente, calcula-se que entre 5% e 8% da população idosa sofra de demência, no entanto as projeções apontam para uma duplicação do número de casos até 2050, acompanhando o envelhecimento populacional e o crescimento da esperança média de vida (Prince et al., 2015; WHO, 2021).

De acordo com os dados da Alzheimer Europe, aproximadamente 182.000 portugueses viviam com demência em 2018, sendo esperado que este número ultrapasse os 300.000 até 2050, caso não sejam implementadas medidas eficazes de prevenção e intervenção. A prevalência nacional situa-se próxima da média europeia, em torno de 7% da população com mais de 60 anos, sendo mais elevada nos grupos etários mais avançados. A doença de Alzheimer é a mais comum das demências, com uma taxa entre 50% e 70% dos diagnósticos (Alzheimer Europe, 2019; Santana, I. et al., 2015).

Adicionalmente, a investigação demonstra ainda que o sexo feminino apresenta maior prevalência de demência em comparação com o sexo masculino, o que pode ser explicado quer pela maior longevidade feminina, como por fatores biológicos e hormonais, que aumentam a vulnerabilidade ao declínio cognitivo (Alzheimer's Disease International, 2015; WHO, 2021). Em Portugal, este padrão é facilmente identificável, uma vez que a maioria dos doentes

diagnosticados, são mulheres idosas, frequentemente em situações de viuvez e isolamento social, o que agrava o impacto funcional e emocional da doença (Santana, 2015).

No plano regional, em 2018, o Alentejo destacou-se por apresentar a proporção mais elevada de utentes com diagnóstico registado de demência nos Cuidados de Saúde Primários (1,2%). Ainda assim, reconhece-se que os números oficiais não refletem totalmente a realidade, dado que muitos casos não são diagnosticados ou registados nos serviços de saúde (SNS, 2019). De facto, apesar de não existirem estudos epidemiológicos nacionais de larga escala, estimativas internacionais sugerem que a prevalência da demência em Portugal seja aproximadamente de 20,8 casos por cada 1.000 habitantes. Considerando o contexto demográfico do país, Portugal ocupa já a quarta posição entre os países da *Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD)* com maior prevalência de demência, sendo expectável que até 2050 este valor alcance os 40,5 casos por 1.000 habitantes (Alzheimer Europe, 2019; OECD, 2018).

Reconhecendo a crescente relevância deste desafio de saúde pública, a Direção-Geral da Saúde (2018) elaborou a *Estratégia Nacional para a Saúde na Área das Demências*, que deu origem ao Plano Nacional de Saúde para as Demências. Este plano, estruturado em cinco eixos regionais, procurou delinear uma resposta coordenada às necessidades dos doentes, bem como das suas famílias. No entanto, apesar do enquadramento estratégico e da definição de linhas de ação, a implementação prática das medidas propostas permanece limitada, refletindo a necessidade de reforço no investimento e na articulação de políticas de saúde mental e geriatria (Direção-Geral da Saúde, 2018).

2.7.2. Perturbações Psicológicas mais frequentes na Terceira Idade

A saúde mental na terceira idade constitui um desafio cada vez maior para as unidades de saúde, uma vez que o envelhecimento está frequentemente associado a um aumento da vulnerabilidade psicológica e ao risco de desenvolver perturbações psiquiátricas. Embora muitas pessoas mantenham um bom funcionamento cognitivo e emocional ao longo do envelhecimento, estima-se que aproximadamente 15% das pessoas com mais de 60 anos apresentem alguma perturbação psicológica, sendo a depressão, a ansiedade, a demência e as perturbações de adaptação as mais prevalentes (WHO, 2017). Estas condições clínicas afetam de forma significativa a autonomia e a qualidade de vida, para além de representarem uma sobrecarga significativa para os cuidadores como para as unidades de saúde (Blazer, 2003; Reynolds et al., 2012).

Na terceira idade ocorrem múltiplas alterações biológicas, psicológicas e sociais que podem potencializar a vulnerabilidade dos indivíduos a perturbações psicológicas. Entre os principais fatores de risco encontra-se a fragilidade física, a perda de autonomia e a coexistência de doenças crônicas, como, doenças cardiovasculares, diabetes, cancro ou doenças neurodegenerativas, que aumentam a probabilidade de desenvolver depressão e ansiedade (Collard et al., 2012; Vink et al., 2008). Além disso, idosos com antecedentes de problemas psicológicos apresentam também maior possibilidade de reincidência (Kessler et al., 2010). Na perspectiva socioeconómica, fatores como a pobreza, as desigualdades sociais e o baixo nível de escolaridade, são preditores de maior prevalência de perturbações mentais na terceira idade (WHO, 2017). Acresce ainda a reforma, a perda de papéis sociais, o luto e a solidão que representam um risco acrescido de desenvolvimento de perturbações psicológicas (Courtin & Knapp, 2017; Fiske et al., 2009).

Por outro lado, identificam-se fatores de proteção que podem reduzir o risco de desenvolvimento de perturbações psicológicas e contribuir para um envelhecimento saudável. Nomeadamente, estilos de vida equilibrados com a prática regular de atividade física, alimentação equilibrada e rotinas de sono de qualidade (Schuch et al., 2016). Relações familiares positivas, suporte social e participação em atividades sociais, tem mostrado ser crucial na prevenção de perturbações psicológicas. Também a resiliência psicológica, a capacidade de adaptação às mudanças e adversidades, bem como a literacia em saúde e o acesso a cuidados de saúde, favorece a prevenção de perturbações psicológicas (WHO, 2021).

2.7.2.1. Perturbações de Adaptação na Terceira Idade

As perturbações de adaptação caracterizam-se por manifestações de humor deprimido, ansiedade, preocupações excessivas ou alterações comportamentais com impacto na qualidade de vida, em resposta a um ou mais eventos de vida identificáveis, ocorridos nos três meses anteriores ao início dos sintomas e cessando geralmente até seis meses após a resolução da situação. Este quadro clínico é frequentemente diagnosticado em idosos, dado o elevado número de mudanças significativas que marcam esta etapa do ciclo vital (APA, 2022).

A terceira idade é marcada por múltiplas alterações que podem desencadear perturbações de adaptação, nomeadamente, a fragilidade física, o aparecimento de doenças e a diminuição da autonomia. A vida como reformado e a falta de papéis sociais podem desencadear um sentimento de perda de propósito e identidade. Do mesmo modo o luto, a perda de familiares e amigos próximos, o isolamento social e a institucionalização também contribuem para o

surgimento das perturbações de adaptação (Blazer, 2003; Fiske et al., 2009). Sendo que nos adultos mais velhos estão associadas à redução da qualidade de vida, maior utilização dos serviços de saúde e um risco acrescido de progressão para perturbações depressivas ou ansiosas mais graves (Casey & Doherty, 2012).

2.7.2.2. Depressão

A depressão na terceira idade apresenta-se como um dos principais desafios de saúde pública, exercendo um forte impacto na autonomia, na qualidade de vida e na mortalidade, sendo, contudo, muitas vezes negligenciada. Apesar do envelhecimento não deva ser entendido como sinónimo de sofrimento psicológico, os estudos demonstram a existência de um risco acrescido de desenvolvimento de perturbações depressivas nesta faixa etária, por razões de ordem biológica, psicológica e sociais (Blazer, 2003; Fiske et al., 2009). Apesar da prevalência de diagnósticos de Depressão Major apresentarem uma taxa de incidência entre 1% e 5% na população da terceira idade, a investigação internacional estima que aproximadamente 10% a 20% dos idosos apresentem sintomas depressivos clinicamente relevantes (Luppa et al., 2012).

Em Portugal, de acordo com o Inquérito Nacional de Saúde de 2014, aproximadamente 10% da população apresentava sintomas depressivos, em particular os idosos e as mulheres (INE, 2016). No que respeita aos idosos, os sintomas depressivos são particularmente preocupantes pelo impacto no declínio funcional, no acréscimo da dependência, aumento dos prognósticos de doenças crónicas e das taxas de suicídio (Alexopoulos, 2005; WHO, 2017).

A manifestação da depressão na terceira idade é distinta da observada nos adultos mais jovens. Uma vez que, frequentemente, as queixas somáticas como a fadiga, alterações do sono, apetite e dor física, bem como a falta de interesse por atividades anteriormente prazerosas, a irritabilidade ou os défices cognitivos, são confundidos com sinais de demência. Para além disso, estas manifestações, surgem com mais frequência em comparação com os sintomas de humor deprimido e tristeza, os sintomas mais típicos do estado depressivo. Adicionalmente, a sobreposição sintomática contribui para o subdiagnóstico e atraso no tratamento (Blazer, 2003; Alexopoulos, 2005).

No que respeita à etiologia da depressão geriátrica, esta é compreendida como multifatorial, resultando de alterações neurobiológicas, nomeadamente disfunções nos sistemas serotonina e dopamina associados ao envelhecimento cerebral. Fatores psicossociais, como a solidão, o luto, a perda de papéis sociais e a institucionalização, têm um impacto determinante no desenvolvimento da sintomatologia depressiva (Fiske et al., 2009). Também a elevada

prevalência de doenças crónicas, nomeadamente diabetes, doenças cardiovasculares ou dor persistente, aumentam o risco de perturbação depressiva, o que realça a conexão bidirecional entre saúde física e mental (Cuijpers et al., 2020). Os estudos também demonstram uma forte relação entre a terceira idade e o suicídio, em especial nos homens, que apresentam as taxas mais elevadas em comparação com outros grupos etários, reforçando a necessidade de estratégias de identificação e intervenção precoce em contexto de Cuidados de Saúde Primários (Conwell & Thompson, 2008).

2.7.2.3. Ansiedade

No que respeita à prevalência do transtorno da ansiedade nos adultos mais velhos, a ansiedade generalizada constitui-se como uma das condições de saúde mental mais comuns nos idosos. A WHO (2017) estima que cerca de 3,8% das pessoas com mais de 60 anos sofram de perturbações de ansiedade. Frequentemente os sintomas de ansiedade são negligenciados e associados a outras condições médicas ou ao processo natural de envelhecimento. No que respeita a Portugal, o país apresentou uma das taxas de perturbações de ansiedade mais altas do continente europeu e demonstrou uma prevalência considerável nas mulheres entre os 65 e 74 anos (Almeida et al., 2013).

Nos idosos, a manifestação da ansiedade pode incluir preocupação excessiva, agitação, irritabilidade, dificuldades de concentração, fadiga e alterações da qualidade do sono. Muitas vezes, essas manifestações são confundidas com os efeitos normais do envelhecimento ou atribuídas a outras condições médicas (Wolitzky-Taylor et al., 2010). Diversos aspetos podem promover o desenvolvimento de perturbações de ansiedade em idosos, incluindo doenças crónicas, perda de entes queridos, isolamento social e mudanças significativas na vida. Bem como recurso a estratégias de *coping* mais passivas e a tendência para a ruminação (Lenze & Wetherell, 2011; Vink et al., 2008).

Nos adultos mais velhos, a vulnerabilidade do sistema nervoso autónomo contribui para a manifestação de ansiedade após a vivência de evento stressante significativo. Além disso, a Perturbação de Stress Pós-traumático tende a ser mais intensa entre os idosos em comparação com os mais jovens, pela fragilidade física que é comum nessa faixa etária (Alwahhabi, 2003).

As obsessões, que se manifestam como pensamentos, sentimentos ou ideias persistentes, bem como as compulsões, que são comportamentos conscientes e repetitivos como contar, verificar ou evitar algo, podem surgir também pela primeira vez em pessoas idosas. Normalmente, estes sintomas são observados em indivíduos que apresentavam características

como organização, perfeccionismo e pontualidade. Com o tempo, esses idosos podem desenvolver um desejo excessivo por organização, rituais e uma necessidade intensa de seguir rotinas, o que pode levar a compulsões de verificação repetida e a comportamentos inflexíveis e mais rígidos (Alwahhabi, 2003).

De acordo com Forsell (2000), a ansiedade é mais comum entre os idosos que não recebem visitas de familiares ou amigos, independentemente de estarem a viver em instituições ou nas suas próprias casas. Adicionalmente, os dados obtidos pelo *World Mental Health Survey* realizado em 17 países, revelaram que os distúrbios de ansiedade aumentam significativamente a possibilidade subsequente de desenvolvimento de condições físicas crónicas, incluindo cardiovasculares e metabólicas, sendo o impacto mais comum no sexo feminino (Scott et al., 2016).

A evidência científica destaca de forma consistente que o sexo feminino tende a apresentar índices mais altos de ansiedade (GrammatiKopoulos & Koutentaris, 2010), bem como uma maior incidência de fobias específicas e uma associação mais frequente entre depressão e ansiedade (Schoevers, Beekman & Deeg, 2003). Estudos longitudinais também demonstram que mulheres com história prévia de depressão ou ansiedade na juventude, demonstram maior probabilidade de manifestar sintomas ansiosos na velhice, o que direciona para uma interação entre fatores biológicos e a vulnerabilidade psicológica ao longo da vida (Li & Graham, 2017).

2.7.2.4. Demência

De acordo com a APA (2022) a demência caracteriza-se como um processo de declínio progressivo que afeta uma ou várias áreas do funcionamento cognitivo, nomeadamente memória, atenção, linguagem, funções executivas, habilidades visuoespaciais ou sociais, com impacto significativo na autonomia e na execução das atividades do quotidiano, muito além do que seria esperado num quadro de envelhecimento normal.

As demências implicam consequências profundas para os indivíduos e seus cuidadores, uma vez que o declínio cognitivo progressivo compromete a autonomia, conduz à dependência funcional, estando frequentemente associado a sintomatologia depressiva e ansiosa, que agravam a sobrecarga dos cuidadores (Livingston et al., 2020). A nível económico, os custos da demência na Europa ultrapassam os 250 mil milhões de euros anuais, englobando cuidados formais, informais e perdas de produtividade (Wittchen et al., 2011).

Entre o tipo de demências, destaca-se a Doença de Alzheimer que representa 50% a 70% dos diagnósticos, caracterizando-se por alterações progressivas de memória e de outras funções cognitivas (Scheltens et al., 2016). Sendo também frequentes a demência vascular, geralmente associada a eventos cerebrovasculares e fatores de risco cardiovasculares, a demência com corpos de Lewy, que inclui alterações cognitivas com sintomas motores, e a demência frontotemporal que atinge precocemente a linguagem e o comportamento (McKhann et al., 2011).

Segundo Livingston et al. (2020), o desenvolvimento e a progressão das demências resultam da interação de diversos fatores biológicos, psicológicos e sociais. Entre eles, destacam-se a idade avançada, o sexo feminino e a presença de variantes genéticas, como o alelo APOE-ε4, que está associado a um aumento expressivo do risco de Doença de Alzheimer (Liu et al., 2013).

A presença de alterações cardiovasculares e metabólicas, nomeadamente a diabetes, a hipertensão arterial e a obesidade representam fatores de risco significativos no desenvolvimento de demência (Livingston et al., 2020). Também o sedentarismo, a alimentação desequilibrada, o tabagismo e o consumo exagerado de álcool aumentam o risco de deterioração cognitiva (WHO, 2021). Para além disso, as perturbações do humor como a depressão, estão fortemente associadas ao risco acrescido de demência (Ownby et al., 2006).

Por outro lado, o baixo nível de escolaridade aumenta o desenvolvimento da doença, uma vez que a reserva cognitiva, construída ao longo da vida através da educação formal e da atividade intelectual, desempenham um papel protetor contra o declínio cognitivo. Também a ausência de interações sociais regulares aumenta a probabilidade de desenvolver demência, devido à redução da estimulação cognitiva e ao aumento da vulnerabilidade psicológica (Kuiper et al., 2015, Stern, 2012).

2.7.2.5. O Suicídio na Terceira Idade

O suicídio constitui um dos principais motivos de morte evitáveis em escala global e configura-se como um problema grave de saúde pública, em especial na terceira idade. A investigação demonstra que apesar dos números de suicídio serem mais elevados na meia-idade, os adultos mais velhos apresentam maior risco de consumação devido à letalidade dos meios utilizados para esse fim, ao isolamento social e à presença de doenças incapacitantes (Conwell & Thompson, 2008; WHO, 2014).

O suicídio nos adultos mais velhos apresenta características específicas que o distinguem de outros grupos etários, uma vez que os mais jovens tendem a realizar várias tentativas de suicídio com menor letalidade, enquanto os idosos demonstram maior determinação, através da utilização de métodos mais letais e apresentam menor probabilidade de pedir ajuda após uma tentativa de suicídio falhada (Conwell & Thompson, 2008).

A investigação demonstra que as maiores taxas de suicídio na população da terceira idade, recai nos homens com mais de 75 anos, e em território nacional as estatísticas confirmam a mesma tendência, sendo nas regiões do Alentejo e Algarve onde se registam o maior número de suicídios consumados (SNS, 2019). O isolamento, a viuvez, a falta de papeis sociais, a perda de independência funcional, doenças crónicas e a depressão apresentam-se como os principais fatores de risco (Santana et al., 2015). Adicionalmente, a investigação demonstra que entre os idosos, a depressão está presente em 60% dos casos de suicídio consumado (Blazer, 2003; Conwell & Thompson, 2008).

2.7.3. Intervenção Clínica em idosos em contexto de Cuidados de Saúde Primários

Face ao elevado predomínio de perturbações mentais na terceira idade, nomeadamente depressão, ansiedade, perturbações de adaptação e demência, os Cuidados de Saúde Primários, ocupam um lugar privilegiado para a identificação, intervenção e prevenção (WHO, 2021).

Muitas vezes o aparecimento de sintomas nesta faixa etária é associado ao processo natural do envelhecimento ou confundem-se com sintomas de doenças físicas. Com o objetivo de se realizar uma intervenção eficaz e reduzir o sofrimento psicológico é aconselhado o uso de instrumentos de rastreio validados para esta faixa etária, nomeadamente a Geriatric Depression Scale (Yesavage et al., 1982) e para depressão e a Generalized Anxiety Disorder Scale para a ansiedade (Spitzer et al., 2006).

A investigação demonstra que a utilização da TCC em idosos, tem apresentado elevada eficiência na diminuição de sintomas depressivos e ansiosos em contexto de Cuidados de Saúde Primários, com adaptações específicas que consideram limitações cognitivas e sensoriais (Cuijpers et al., 2014). Também as intervenções psicossociais através de grupos de apoio e de programas de psicoeducação demonstram benefícios relevantes na melhoria da qualidade de vida e na promoção do bem-estar dos idosos (Choi et al., 2014; Forsman et al., 2011). Adicionalmente, programas que incentivam a atividade física regular, participação social e atividades cognitivas, estão relacionados à diminuição do risco de depressão e declínio cognitivo (Pitkälä et al., 2009). O reforço das redes de suporte social e familiar, aliado à

articulação com serviços comunitários, desempenha um papel crucial no combate ao isolamento social, um dos principais fatores de risco para problemas de saúde mental na velhice (Santini et al., 2020).

A Abordagem Centrada na Pessoa considera que a tendência atualizante, ou seja, a força interna orientada para o crescimento e a autorrealização, permanece ativa ao longo de toda a vida. Desta forma, mesmo perante limitações físicas ou perdas relacionais, o idoso mantém a capacidade de aprender, desenvolver e adaptar-se (Rogers, 1961).

De acordo com Schneider et al. (2015), o envelhecimento pode ser entendido como um processo contínuo de integração e autenticidade, no qual o indivíduo procura manter coerência entre quem foi e quem é. Assim, o papel do terapeuta é facilitar esse processo de integração, promovendo a aceitação das mudanças e o reconhecimento do valor pessoal e da sua história de vida.

Muitos idosos enfrentam perdas sucessivas e significativas a nível físico, funcional, social e relacional, encontrando na relação terapêutica um espaço seguro de reconhecimento e pertença, o que reforça a importância da relação na intervenção com idosos e se sobrepõe à utilização de qualquer técnica. O terapeuta deve oferecer uma presença autêntica e genuína, respeitar o ritmo do cliente, validar emoções ambivalentes e incentivar à autonomia na tomada de decisões. Através da escuta ativa, da empatia e da aceitação, esta abordagem procura ajudar o idoso a reencontrar o seu valor, a integrar a sua história de vida com coerência, autenticidade e serenidade (Rogers, 1961).

Parte III

Trabalho de Estágio

3.1. Objetivos gerais

Este estágio realizado no Núcleo de Psicologia, em contexto de Cuidados de Saúde Primários, apresentou como principal objetivo a articulação entre o conhecimento académico adquirido ao longo do percurso universitário e a realidade concreta da prática da Psicologia em contexto real. Visando a consolidação e o desenvolvimento de competências técnicas, relacionais e éticas, essenciais para o exercício da profissão.

Considerando as particularidades do contexto de intervenção primária, o estágio teve como finalidade expandir conhecimento teórico e prático na promoção da saúde mental, da prevenção e intervenção na doença psicológica, em todas as fases do ciclo de vida.

Outro objetivo relevante, passou por compreender a importância do trabalho multidisciplinar entre os diferentes serviços e os benefícios de uma articulação eficaz entre as equipas, de forma a se prestar uma melhor resposta às necessidades dos utentes. Bem como, compreender os desafios inerentes à prática clínica e ao trabalho entre diferentes equipas, no contexto de Cuidados de Saúde Primários.

O estágio teve a finalidade de promover a prática e o desenvolvimento de competências na área do acompanhamento psicológico de utentes com diferentes problemáticas. Permitir o desenvolvimento de competências ao nível da avaliação psicológica, a formulação de hipóteses clínicas, o planeamento e a realização de sessões individuais e de grupo.

Adicionalmente, visa a possibilidade de crescimento de competências profissionais com a supervisão e orientação de um profissional experiente, que promovesse a reflexão crítica sobre os acompanhamentos realizados, o esclarecimento de dúvidas sobre a compreensão das problemáticas, a análise das estratégias de intervenção mais adequadas a cada situação e como responder às necessidades específicas dos utentes.

3.2. Objetivos específicos

O estágio apresentou como objetivos específicos o desenvolvimento de competências profissionais essenciais para o exercício da Psicologia, em contexto de Cuidados de Saúde Primários, designadamente:

- Observar e compreender as atividades e dinâmicas de funcionamento do Núcleo de Psicologia;

- Conhecer as diversas equipas da URAP da unidade familiar e o trabalho que desenvolvem;
- Aprender sobre os processos de articulação entre o Núcleo de Psicologia e os outros serviços da URAP e do Serviço Nacional de Saúde;
- Conhecer e compreender os critérios de triagem, referenciação e encaminhamento de utentes no contexto de Cuidados de Saúde Primários;
- Observar e realizar consultas de triagem, de acompanhamento e de avaliação psicológica, promovidas pelo Núcleo de Psicologia;
- Participar no desenvolvimento e implementação de grupos terapêuticos, com base em evidência científica;
- Desenvolver competências específicas de acompanhamento psicológico e de adaptação às diferentes problemáticas, perfis e necessidades dos utentes;
- Aprimorar as capacidades de avaliação psicológica em contexto individual;
- Integrar os princípios éticos e deontológicos que regulam o exercício da profissão;
- Consolidar a capacidade de reflexão crítica e analítica da prática da Psicologia;
- Promover o crescimento pessoal e profissional.

3.3. Atividades desenvolvidas

3.3.1. Observação

A fase inicial do estágio foi dedicada à familiarização com o funcionamento global do Centro de Saúde, incluído as dinâmicas específicas do Núcleo de Psicologia, como da sua articulação com as outras equipas que o compõem. Esta etapa constituiu-se como crucial para compreender os diferentes contextos de intervenção e as práticas clínicas desenvolvidas no âmbito dos cuidados de saúde primários.

De acordo com Hill & Lent (2006), a fase de observação, corresponde a um exercício ativo que promove o desenvolvimento de competências de análise do comportamento verbal e não verbal, de escuta clínica e de reflexão, sobre o impacto do contexto sociocultural na saúde psicológica dos utentes. Sendo estas aprendizagens fundamentais para o desenvolvimento de uma atitude empática, colaborativa e de rigor ético. Estes princípios estruturais da prática da Psicologia, demonstram ser particularmente importantes em contextos de Cuidados de Saúde

Primários, em que a acessibilidade, a rapidez da intervenção e o foco na promoção da saúde são a prioridade.

Segundo Trindade (2009), a atividade do psicólogo em contexto de Cuidados de Saúde Primários, implica para além das aptidões técnicas, a capacidade de entendimento sistémico das políticas de saúde, dos determinantes sociais da saúde e das vulnerabilidades da população. Desta forma, o estagiário ao observar as práticas das equipas multidisciplinares e ao participar nas reuniões clínicas, tem a oportunidade de conhecer e compreender a lógica de intervenção em rede e desenvolver uma visão integrada e crítica sobre a intervenção em saúde mental, em contexto comunitário.

Para Cape et al. (2010), a fase da observação das consultas de triagem e dos programas de intervenção em grupo permite, conhecer com mais detalhe as técnicas de intervenção breves, baseadas na abordagem da terapia cognitivo-comportamental e estratégias de psicoeducação, frequentemente utilizadas em contexto de cuidados primários, pela sua eficácia e brevidade de aplicação.

A fase de observação das consultas, possibilita ao estagiário, familiarizar-se com o sistema de referênciação, os critérios de triagem, a diversidade das problemáticas, os modelos de intervenção clínica dos psicólogos e compreender os processos de decisão dos profissionais em contexto real (Trindade, 2009).

O período de observação englobou assistir às consultas do Serviço Social em diferentes polos do Centro de Saúde da área abrangida, o que permitiu adquirir uma visão alargada da forma como as diferentes áreas de cuidado se interligam, especialmente na resposta às necessidades sociais, e perceber o impacto na saúde mental dos utentes.

Durante este período, foram também acompanhadas sessões de estimulação cognitiva, promovidas pelo serviço de Terapia Ocupacional, dirigidas aos utentes com diagnóstico de défice de memória. Estas sessões apresentam como principal objetivo preservar e reforçar as funções cognitivas, bem como, promover a autonomia e a qualidade de vida dos utentes.

No âmbito dos Programas do Núcleo de Psicologia, foi possível assistir a sessões do programa de intervenção na doença crónica, dirigido exclusivamente a utentes com Diabetes Tipo II. Este programa multidisciplinar, com participação conjunta de profissionais do Núcleo de Psicologia, Nutrição e Terapia Ocupacional, visa a promoção de estilos de vida saudáveis, o

reforço da adesão ao tratamento, o desenvolvimento de competências de autocuidado e a gestão emocional associada à condição da doença.

Observaram-se sessões do programa “Laços de Afeto”, destinado a grávidas, puérperas e bebés até aos quatro anos de idade. Este programa apresenta como principais objetivos a identificação precoce de sinais de risco emocional e relacional no bebé e a promoção da qualidade de vinculação entre os pais e o bebé.

Esta etapa de observação incluiu ainda assistir a consultas de triagem do Núcleo de Psicologia, que são o primeiro contacto com o utente, e que permitem aferir o motivo do pedido de apoio, avaliar a existência de critérios de inclusão ou exclusão e determinar a adequação do caso ao serviço de acompanhamento psicológico disponibilizado pelo Núcleo de Psicologia do Centro de Saúde.

A intervenção psicológica no contexto de Cuidados de Saúde Primários, encontra-se integrado em equipas multidisciplinares e em proximidade com a comunidade, tornando-se esta fase de observação especialmente importante para conhecer as particularidades do contexto de Cuidados de Saúde Primários, identificar a complexidade das problemáticas, as necessidades da população-alvo e da dinâmica institucional. Ao mesmo tempo que contribuiu para o desenvolvimento da identidade profissional ajustada ao rigor e exigência da prática clínica.

3.3.2. Realização de Acompanhamentos Psicológicos

Durante o período de estágio, que decorreu entre novembro de 2024 e junho de 2025, foram acompanhados 13 utentes, dos quais 12 do sexo feminino e 1 do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 14 e os 81 anos. O que permitiu o contacto com diferentes fases do ciclo de vida e uma variedade significativa de contextos clínicos e problemáticas psicológicas.

Ao longo dos acompanhamentos psicológicos, a maioria composto por 12 sessões, foi utilizado o modelo de terapia breve assente nos princípios da abordagem Cognitivo-Comportamental. Tendo em conta a escassez de recursos disponíveis e o número elevado de pedidos de apoio, esta abordagem mostrou-se adequada ao contexto que requer da necessidade de intervenções rápidas e eficazes.

A Terapia Cognitivo-Comportamental, pela sua versatilidade, eficácia e brevidade é um dos modelos preferencial nos Cuidados de Saúde Primários, em particular nas suas versões curtas e estruturadas, desenvolvidas para dar resposta ao crescente número de pedidos de apoio

na área da saúde mental (Cape et al., 2010). Esta abordagem é centrada no momento presente, com uma estrutura objetiva e assenta em evidência científica. Demonstra eficácia em intervenções comuns nos Cuidados de Saúde Primários, nomeadamente em quadros de depressão, ansiedade, stress, insónias, dificuldades de adaptação e processos de luto (Bennett-Levy et al., 2014).

Segundo Beck (2011), a abordagem Cognitivo-Comportamental tem como base que os comportamentos, pensamentos e emoções estão ligados entre si e assume que a alteração dos padrões disfuncionais de pensamento, pode promover melhorias significativas no bem-estar emocional e comportamental dos utentes.

Em Cuidados de Saúde Primários, a intervenção psicológica é condicionada pela elevada procura, necessidade de respostas rápidas e com tempo limitado. Desta forma, as terapias breves baseadas na abordagem Cognitivo-Comportamental ocupam um lugar de relevo em contexto de Cuidados de Saúde Primários, oferecendo intervenções de curta duração e eficientes (Cuijpers et al., 2019).

As terapias breves definem objetivos concretos, recorrem a estratégias e técnicas diretivas, nomeadamente a reestruturação cognitiva, o treino de competências, ativação comportamental e a execução de tarefas entre sessões, com vista a potenciar os resultados (Cuijpers et al., 2019).

Para Hunter et al. (2017), estas terapias breves assentes na abordagem Cognitivo-Comportamental em contexto de cuidados primários, respondem às necessidades emocionais, promovem o alívio sintomático e previnem o agravamento de situações, de forma rápida e eficaz. Ao mesmo tempo que contribuem para a redução de utilização excessiva de medicação.

De acordo com Bower & Gilbody (2005), a existência da abordagem Cognitivo - Comportamental nas unidades de saúde familiar, promove o trabalho interdisciplinar entre as diversas equipas, o que se mostra especialmente relevante em situações de doença crónica, na promoção da qualidade de vida e na adesão aos tratamentos.

No âmbito dos acompanhamentos psicológicos realizados durante o estágio, neste contexto de Cuidados de Saúde Primários, verificou-se a predominância de casos de ansiedade generalizada, que se caracterizam por uma preocupação intensa e permanente, muitas vezes acompanhada por sintomatologia física, nomeadamente, fadiga, perturbação do sono e da alimentação, irritabilidade e tensão muscular (APA, 2013).

A intervenção com pacientes que apresentavam sintomatologia ansiosa, centrou-se essencialmente no controlo dos pensamentos intrusivos, na regulação emocional e na prática de técnicas de relaxamento, ajustada à realidade de cada utente (Beck, 2011). No sentido de promover uma perceção mais realista e funcional, foram utilizadas técnicas de reestruturação cognitiva, que permitiram a identificação e a desconstrução de pensamentos automáticos negativos e disfuncionais. Paralelamente, foram trabalhadas estratégias de regulação emocional e exercícios de tolerância à incerteza, com o objetivo de se conseguir diminuir a reatividade emocional e fortalecer o controlo dos impulsos associados à ansiedade (Beck, 2011).

No que respeita ao objetivo de diminuir a atividade fisiológica relacionada à ansiedade, foram exploradas técnicas de relaxamento, como a respiração diafragmática e exercícios de visualização, que foram treinados nas sessões e recomendados para serem praticados entre sessões (Beck, 2011). Paralelamente, para interromper o ciclo de pensamentos negativos e acelerar processo de aquisição de competências de autorregulação, foi recomendada a realização de atividades entre as sessões de acompanhamento, nomeadamente, a prática diária de técnicas de relaxamento, foco no momento presente e no que está sob o controlo do utente, envolvimento em atividades promotoras de bem-estar emocional e a monitorização dos pensamentos disfuncionais (Beck, 2011).

Ao longo das sessões foi possível verificar, na maioria dos casos, uma diminuição da sintomatologia ansiosa, um fortalecimento da capacidade de autorregulação emocional e uma melhoria global da qualidade de vida dos utentes.

Foi também realizado o acompanhamento de um caso de múltiplo diagnóstico, nomeadamente perturbação de stress pós-traumático e depressão major com ideação suicidada, associado a antecedentes de abuso sexual na infância e no contexto profissional. Neste acompanhamento, foi crucial a criação de um espaço terapêutico seguro e acolhedor, condição fundamental para promover a confiança da utente (APA, 2017).

Numa fase inicial, a intervenção focou-se na gestão dos sintomas depressivos e no controlo dos pensamentos de ideação suicida. Procedeu-se à identificação dos sinais de alerta, à construção de um plano de segurança, com a definição de ações concretas a adotar em momentos de crise (APA, 2017; Stanley & Brown, 2012).

Foram realizadas sessões de psicoeducação sobre a depressão, suicídio e trauma, exploradas estratégias de regulação emocional para utilizar em situações de crise e elaborado um processo de reconstrução cognitiva, focado na redução de sintomas de flashbacks,

hipervigilância e nos pensamentos negativos relacionados com o seu valor pessoal, autoconceito, culpa, sentimento de não merecimento e medo do futuro. Foram igualmente trabalhadas estratégias de alteração de comportamento através da definição de objetivos, reconhecimento de competências e reforço da autoestima, com o objetivo de promover a confiança e a valorização pessoal (Beck, 2020).

Ao atingir-se uma fase de maior segurança, equilíbrio emocional e respeitando o ritmo da utente, iniciou-se de forma progressiva o processamento do trauma. O que implicou a exposição gradual e controlada às recordações traumáticas, com o objetivo de ressignificar e integrar o episódio doloroso no seu passado, sem impacto emocional desorganizador. Na fase final do acompanhamento, foi delineado um plano de prevenção de recaída, com estratégias práticas para serem utilizadas fora das sessões, de forma a assegurar os avanços atingidos e a autonomia da utente (Beck, 2020).

Este acompanhamento foi realizado em sessões semanais entre dezembro de 2024 e junho de 2025. A utente encontrava-se de baixa médica e em situação de desemprego desde maio de 2024, quando ocorreu o último evento traumático. Em junho de 2025, a utente mostrou evidências de recuperação e iniciou a procurar ativa de emprego numa área profissional relacionada ao apoio social, o que é indicador de uma relevante mudança dos seus padrões cognitivos e comportamentais, com impacto na sua vida pessoal e profissional.

Adicionalmente, procedeu-se ao acompanhamento psicológico de uma grávida que apresentava sintomatologia ansiosa, relacionada com o parto e preocupação sobre a falta de envolvimento emocional do marido e da sua parca colaboração nas tarefas do dia-a-dia. A utente mencionava sentir-se assoberbada e com medo de, no futuro, não ser capaz de responder às numerosas exigências da nova realidade familiar com a chegada do bebé.

A literatura tem demonstrado que a ansiedade durante a gravidez pode comprometer o bem-estar psicológico da mãe, dificultar a criação de vínculo com o bebé e potenciar o risco de complicações obstétricas (Fontein-Kuipers et al., 2014). Desta forma, foi realizada uma intervenção baseada na Terapia Cognitivo-Comportamental com foco na normalização das emoções associadas ao parto, na reestruturação cognitiva e na implementação de estratégias de *coping* adaptativas.

Na fase inicial, foram realizadas sessões de psicoeducação com o intuito de validar e normalizar as emoções ligadas à gravidez. Posteriormente, recorreu-se à identificação dos pensamentos automáticos negativos relacionados ao parto, bem como à falta de ajuda do

marido. Através da técnica de questionamento socrático e de reconstrução cognitiva, foi possível trabalhar na construção de pensamentos mais flexíveis e adaptativos. Como a possibilidade de expressar os seus medos, as suas expectativas e necessidades ao seu marido, nomeadamente no que respeita à partilha das tarefas domésticas e aos cuidados a ter com o bebé (Beck, 2020).

A utente foi incentivada a introduzir na sua rotina diária atividades de relaxamento, a prática de exercício adaptado a grávidas e a participar no grupo de preparação para o parto, do centro de saúde. Foi também reforçada a importância de praticar atividades prazerosas, com o objetivo de diminuir a ativação fisiológica associada à ansiedade e promover a regulação emocional (Beck, 2020).

Foi realizado um exercício de visualização positiva do parto e do papel do marido neste processo, de forma a permitir à utente refletir sobre as suas preferências, desejos, expectativas bem como, reforçar a sua confiança e, ao mesmo tempo, promover um ajustamento mais realista à sua condição e à desconstrução das crenças mais rígidas e limitadoras (Beck, 2020).

Ao longo do acompanhamento, que decorreu semanalmente entre janeiro e junho de 2025, constatou-se uma redução progressiva da sintomatologia ansiosa, aumento da perceção de controlo e da confiança, no que respeita ao parto e à futura dinâmica familiar.

Durante o estágio, foi também realizado o acompanhamento psicológico de uma puérpera, mãe de um bebé de 3 meses, que apresentava sintomatologia compatível com depressão pós-parto. Demonstrada por cansaço extremo, alteração do apetite e do sono, perda de interesse por atividades anteriormente importantes, sentimento de culpa e de inaptidão, que poderia comprometer seriamente o bem-estar psicológico da mãe, o processo de vinculação com o bebé e a dinâmica familiar (APA, 2013).

Neste acompanhamento, numa fase inicial, a intervenção centrou-se em sessões de psicoeducação sobre a depressão perinatal, com o objetivo de normalizar os sintomas e reduzir o sentimento de culpa. Foram identificados pensamentos negativos disfuncionais e realizado um trabalho de reestruturação cognitiva, visando o reforço da confiança nas suas competências maternas. Utilizaram-se estratégias de ativação comportamental, que consistiram em definir com a mãe o regresso gradual a atividades prazerosas e à interação com o bebé, que fossem para além de dar resposta às necessidades básicas do filho, de forma a fortalecer a ligação afetiva. Foram também partilhadas técnicas de regulação emocional e foi incentivada a expressar-se sobre as suas emoções e necessidades ao seu marido (Beck, 2020).

Com o intuito de acelerar e consolidar o progresso do acompanhamento psicológico, foram definidas tarefas a realizar entre sessões, adequadas à realidade da utente. Ao longo do acompanhamento, assistiu-se a uma melhoria gradual do humor, da confiança pessoal, bem como da qualidade da relação mãe-bebé e da dinâmica familiar.

Um outro caso de acompanhamento psicológico, centrou-se na necessidade de adaptação psicológica de uma utente a uma doença crónica, cujo principal objetivo consistiu em promover a adaptação emocional e funcional ao diagnóstico e às suas implicações na execução das tarefas do dia-a-dia.

De forma a melhorar a adesão aos tratamentos e a qualidade de vida da utente, a intervenção focou-se na implementação de estratégias promotoras de bem-estar emocional, nomeadamente na manutenção de rotinas saudáveis, conservação da prática de hobbies e na participação em atividades sociais. Esta ativação comportamental visou a integração dos tratamentos no estilo de vida da utente, evitando que a doença anulasse a vida e a identidade da utente (Beck, 2020).

Foi particularmente necessário a construção de um ambiente terapêutico acolhedor e empático, que assegurasse à utente a segurança necessária para expressar os seus medos sobre as limitações futuras. Desta forma, foi possível a realização de um trabalho de reestruturação cognitiva, focado em reforçar a importância da utente se centrar no momento presente e na flexibilização das suas crenças mais rígidas. Bem como a promoção de uma atitude mais adaptativa e flexível às mudanças, determinadas pela doença, de forma a permitir uma vivência com sentido e propósito, apesar das limitações (Beck, 2020).

Um outro acompanhamento psicológico foi efetuado com um adolescente previamente diagnosticado com perturbação do desenvolvimento intelectual, apresentando comportamentos sociais desajustados e de impulsividade. Apesar deste caso não apresentar critérios para acompanhamento em contexto de Cuidados de Saúde Primários, foi decidido que seria realizado acompanhamento psicológico no Núcleo, até conseguir vaga na unidade especializada.

O acompanhamento centrou-se na implementação de estratégias de autorregulação, nomeadamente técnicas de contagem regressiva e de controlo da respiração antes de agir e realizou-se o reforço dos comportamentos adequados ((Nezu et. al., 2013). Foram também realizadas sessões de psicoeducação com os familiares com o principal objetivo facilitar o conhecimento sobre a perturbação do desenvolvimento intelectual, realçar a importância da implementação de rotinas estruturadas no dia-a-dia do adolescente, da construção de um

ambiente familiar estável e seguro e da validação positiva dos comportamentos adequados. Paralelamente, foi reforçada a necessidade urgente de retomar o acompanhamento em pedopsiquiatria (Sanders & Turner, 2018).

No âmbito do estágio, foi ainda realizado um acompanhamento centrado na cessação tabágica, cuja utente apresentava histórico de consumo de tabaco superior a trinta anos. A utente revelou ter gosto e satisfação no ato de fumar, com um hábito de consumo de 10 cigarros diários. Procurou ajuda profissional, por reconhecer o impacto negativo do tabaco na sua saúde e adicionalmente, partilhou ter alguma pressão do atual namorado para deixar de fumar, o que se constituiu como fator de motivação externo. A utente relatou já ter realizado algumas tentativas de cessão tabágica ao longo da vida, sempre de forma repentina e sem acompanhamento, acabando por regressar ao consumo de tabaco, após alguns meses.

O acompanhamento foi realizado com especial foco na motivação para a mudança, na identificação e reestruturação dos padrões cognitivos e comportamentais que preservavam o consumo de tabaco, bem como na gestão de ansiedade associada ao processo de abstinência (Beck, 2020)

Foram partilhadas estratégias para controlo de impulsos, nomeadamente, técnicas de relaxamento, substituição de comportamentos e a promoção de alteração de hábitos diários que promovessem a redução de consumo. Foram também identificadas e analisadas as situações de maior risco de reincidência e criado conjuntamente com a utente, um plano de ação de prevenção e um plano para lidar com eventuais recaídas (Beck, 2020).

Este acompanhamento teve a duração de seis meses com sessões quinzenais e apesar de não se ter conseguido terminar completamente com o consumo de tabaco, verificou-se uma diminuição considerável da quantidade de cigarros fumados diariamente, o que é revelador de uma evolução positiva da utente.

3.3.3. Avaliação Psicológica

Foi realizada uma avaliação psicológica a uma idosa, com a aplicação de instrumentos padronizados, ajustados à faixa etária e às queixas apresentadas pela utente, com o objetivo de identificar sintomatologia ansiosa ou depressiva e eventuais alterações ao nível do funcionamento cognitivo. O que contribuiu para uma melhor definição do acompanhamento terapêutico e o encaminhamento para serviços complementares adequados, visando uma resposta integrada às suas necessidades.

A avaliação psicológica iniciou-se com a entrevista clínica, instrumento crucial na recolha de informação importante sobre o contexto de vida atual, histórico clínico, estratégias de *coping* e sobretudo permite o desenvolvimento de uma aliança terapêutica, que se revela particularmente significativa entre a população idosa, marcada por vivências de isolamento social, situações de luto e perda de capacidades associadas ao envelhecimento (Knight et al., 2004).

Segundo Laidlaw et al. (2003) a entrevista a idosos implica uma atenção especial às suas especificidades, nomeadamente, limitações expectáveis para a idade, a existência de doenças crónicas, vulnerabilidade social ou perdas significativas. O que implica uma adaptação por parte do psicólogo às condições do utente, ao seu ritmo e à utilização de uma linguagem clara e concisa.

Para além da recolha de informação clínica, a entrevista permite nomear os fatores de risco e os fatores protetores, os recursos internos e externos, identificar os sintomas psicológicos e os acontecimentos que estão a comprometer o bem-estar emocional do utente (Wuthrich & Frei, 2015).

Segundo Nasreddine et al. (2005) a entrevista clínica mostra-se como um instrumento importante na identificação de sinais de alterações de humor, sintomatologia depressiva ou ansiosa, presença de declínio cognitivo, dificuldade de adaptação ao envelhecimento, à solidão ou à reforma.

De acordo com Hill & Knox (2009) a entrevista clínica permite a construção de um espaço de confiança, de escuta empática, validação, respeito e segurança, que promove a partilha de sentimentos.

Em Cuidados de Saúde Primários, a entrevista clínica tem um lugar particularmente importante, uma vez que promove um processo de triagem eficaz, possibilitando a elaboração da intervenção mais adequada ou proceder ao encaminhamento para outros serviços, de acordo com as necessidades do utente (Nasreddine et al., 2005).

Para Hill e O'Brien (1999), a entrevista clínica pode também apresentar qualidade e potencial terapêutico de intervenção breve, junto da população mais adulta. Pelo facto de se sentirem ouvidos, respeitados e compreendidos, o que pode representar um instrumento de fortalecimento da autoestima e de alívio emocional.

A avaliação psicológica corresponde a um processo organizado e fundamentado que apresenta como objetivo investigar e conhecer o funcionamento psicológico a nível cognitivo, comportamental, relacional e emocional do utente, através de diversos instrumentos. Este procedimento, demonstra-se fundamental para elaboração do diagnóstico e definição de planos de intervenção ajustados às necessidades (Fernández-Ballesteros, 2013).

No processo de seleção das ferramentas de avaliação psicológica a aplicar, é importante ter em consideração a validação e a fiabilidade psicométrica dos testes, a sua adequação ao contexto cultural, ao local onde está a ser aplicado, atenção às características do utente e aos objetivos estruturais da investigação psicológica (Urbina, 2014).

Segundo a *American Psychological Association* (APA, 2020), a avaliação psicológica inclui a utilização de práticas uniformizadas, nomeadamente, a observação, a entrevista clínica, testes psicométricos e questionários, de forma a obter informação detalhada sobre o utente.

A prática da avaliação psicológica organiza-se em três fases fundamentais, nomeadamente, a fase dos procedimentos, dos métodos e da aplicação dos resultados. Na fase inicial, é fundamental assegurar que os instrumentos selecionados possuem validade e adequação face à questão que motivou a avaliação. Paralelamente, a aplicação desses instrumentos deve seguir princípios éticos reconhecidos na prática da avaliação psicológica. Finalmente, na fase de interpretação e utilização dos dados obtidos, é essencial considerar os impactos que os resultados poderão ter, garantindo que respondem ao objetivo da avaliação e honram os princípios éticos orientadores da prática profissional (Pais-Ribeiro, 2013).

A avaliação psicológica é definida por Hutz (2015), como um sistema complexo e multifacetado, aplicável a diversas áreas da Psicologia, apresentando como principal finalidade a formulação de hipóteses ou diagnósticos sobre o comportamento e funcionamento de um indivíduo ou grupo. Estas hipóteses podem incidir sobre aspetos como o desempenho intelectual, traços de personalidade, capacidades específicas ou a habilidade para realizar determinadas tarefas, entre outras dimensões relevantes da avaliação psicológica.

Segundo Gregory (2014), o processo de avaliação psicológica para além da recolha de informação, inclui a reflexão crítica e interpretativa dos resultados tendo em consideração a realidade do utente. Este exercício de compreensão global do utente implica habilidade técnica, sensibilidade clínica e conhecimento ético.

De acordo com o Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP, 2016), a avaliação psicológica implica o consentimento informado do utente, e deve assegurar a confidencialidade e respeito pela sua dignidade e autonomia.

A avaliação psicológica deve ser encarada como um processo contínuo, integrado nas diferentes etapas da intervenção clínica e que deve ser ajustada de acordo com o progresso do utente. 'Sendo este carácter dinâmico, adaptativo e multidimensional, que lhe confere a garantia de eficiência, especificação ao utente e assegura a prática dos princípios éticos da Psicologia (Gregory, 2014).

Em contextos como os Cuidados de Saúde Primários, a avaliação psicológica, tem especial utilidade, uma vez que possibilita identificar precocemente alterações emocionais e cognitivas, que se poderiam manter escondidas ou ser subvalorizadas (Nasreddine et al., 2005; Yesavage et al., 1982).

Segundo Bryant et al. (2008), o sofrimento emocional e os défices cognitivos em idosos são frequentemente desvalorizados e associados ao processo natural do envelhecimento, o que contribui para diagnósticos tardios e intervenções menos eficientes.

A utilização de instrumentos específicos para adultos mais velhos, nomeadamente a Escala de Depressão Geriátrica (Yesavage et al., 1982), Escala de Ansiedade Geriátrica (Pachana, N. A., et al., 2007) ou a Escala de Avaliação Cognitiva de Montreal (Nasreddine et al., 2005), possibilita a identificação de alterações precoces, acompanhar o progresso do funcionamento psicológico e cognitivo ao longo do tempo, e definir a estratégia de intervenção clínica mais apropriada (Bryant et al., 2008).

De acordo com a APA (2024), a avaliação psicológica nos adultos mais velhos, ao identificar precocemente alterações emocionais e cognitivas, possibilita a implementação de estratégias de intervenção centradas na qualidade de vida. Com características preventivas, apresenta-se com um valioso contributo para a promoção de um envelhecimento ativo e saudável, no reforço da autonomia, e da capacidade de adaptação aos desafios desta fase do ciclo de vida.

3.3.4. Desenvolvimento do Programa *SerenaMente*

O Programa *SerenaMente* foi desenvolvido para dar uma resposta eficaz à elevada procura de acompanhamento psicológico nos Cuidados de Saúde Primários, sendo destinado a

mulheres com idade igual ou superior a 65 anos, que apresentem sintomatologia ansiosa em diferentes graus de intensidade.

O principal objetivo do programa consiste em promover o bem-estar psicológico das participantes, reduzir os sintomas de ansiedade, reforçar a autoestima, facilitar o desenvolvimento de competências de regulação emocional e estimular a conexão interpessoal. Desta forma, a intervenção assenta na construção de um ambiente seguro e acolhedor onde as participantes possam partilhar as suas experiências, reduzir o isolamento social e desenvolver laços de apoio mútuo.

A elaboração deste programa vai de encontro às necessidades identificadas pela Unidade Local de Saúde, que demonstra uma acentuada vulnerabilidade emocional na população idosa, em particular entre as mulheres residentes no concelho, com predomínio considerável de sintomatologia ansiosa nesta faixa etária. O que reforça a importância de uma intervenção em grupo, que promova estratégias de prevenção, reforço da capacidade de autorregulação e de suporte emocional, através de um espaço terapêutico de partilha, ajustado às especificidades da população-alvo.

No que respeita à prevalência do transtorno da ansiedade nos adultos mais velhos, a ansiedade generalizada é uma das condições de saúde mental mais comuns entre os idosos. Estudos indicam que a prevalência de transtornos de ansiedade pode variar entre 10% a 20% nessa faixa etária, dependendo do contexto e da população estudada (Beekman et al., 2000).

Nesta faixa etária, a ansiedade está frequentemente associada a diversos fatores, como o envelhecimento, a solidão, questões de saúde física ou financeira, luto e alterações significativas na rotina de vida (Kessler et al., 2005). Os sintomas de ansiedade em idosos podem incluir preocupação excessiva, inquietação, irritabilidade, fadiga, dificuldades de concentração e alterações da qualidade do sono. Sendo que, muitas vezes, estes sintomas são confundidos com os efeitos normais do envelhecimento ou com outras condições médicas (Karel et al., 2012).

Nos adultos mais velhos, a vulnerabilidade do sistema nervoso autónomo contribui para o desenvolvimento de ansiedade após um evento stressante significativo. Além disso, a Perturbação de Stress Pós-traumático tende a ser mais intensa entre os idosos em comparação com os mais jovens, pela fragilidade física que é comum nessa faixa etária (Alwahhabi, 2003).

A evidência científica realça de forma consistente que, as mulheres demonstram níveis mais elevados de ansiedade (GrammatiKopoulos & Koutentaris, 2010), bem como uma maior incidência de fobias específicas e uma associação mais frequente entre depressão e ansiedade (Schoevers, Beekman & Deeg, 2003).

Segundo Hunter & Rendall (2007) a diminuição dos níveis de estrogénio na pós-menopausa pode aumentar a predisposição à ansiedade. Para além disso, os estudos demonstram que as mulheres com um passado de depressão ou ansiedade durante o seu percurso de vida, têm maior propensão para manter os sintomas na velhice (Ryan et al., 2009).

De acordo com Lenze et al. (2001), a ansiedade nos idosos aumenta a probabilidade de doenças físicas, diminuição da qualidade de vida, aumento da utilização dos serviços de saúde e maior possibilidade de institucionalização.

No que respeita à intervenção através de grupo terapêutico, este apresenta-se como uma intervenção psicológica eficaz, que permite a promoção do bem-estar, construir sentimento de pertença e uma rede de suporte social e emocional entre os idosos (Yalom & Leszcz, 2005).

Os grupos terapêuticos promovem a partilha de emoções, num ambiente seguro e estruturado, a reflexão sobre as suas experiências de vida e o desenvolvimento de estratégias em conjunto com o grupo. A partilha e o reconhecimento das emoções com os pares na mesma fase de vida, potenciam o bem-estar individual, a aceitação pessoal, as aptidões sociais e a desconstrução de crenças limitadoras sobre o envelhecimento (Knight et al., 2004).

A intervenção foi estruturada em formato de grupo semiaberto, com um número máximo de 10 participantes, em sessões semanais, ao longo de um total de 12 semanas. Para avaliar a eficácia do programa e monitorizar os sintomas de ansiedade, estabeleceu-se a aplicação do Inventário de Ansiedade Geriátrica (GAI), no início e no final do programa.

Definiu-se que deve ser realizado o levantamento de utentes que se encontram em acompanhamento individual, que apresentem critérios adequados e um perfil compatível com os objetivos do grupo, sendo que as sessões, devem ser conduzidas num ambiente promotor de respeito, empatia, confiança e segurança emocional.

No início de cada grupo, devem ser esclarecidas de forma clara, as regras de funcionamento do grupo, nomeadamente a importância da confidencialidade, do respeito e do apoio mútuo. As participantes devem ser encorajadas a partilhar livremente os seus sentimentos, sem receio de julgamento, num espaço facilitador e seguro de expressão das emoções.

As sessões devem incluir o treino de estratégias de gestão de stress e ansiedade para aplicar no dia-a-dia, nomeadamente técnicas de respiração e relaxamento. Explorar e reconstruir pensamentos disfuncionais, promover a implementação de hábitos saudáveis que contribuam para um envelhecimento ativo.

O projeto recebeu aprovação para ser implementado pelo Núcleo de Psicologia no Centro de Saúde, tendo-se realizado a apresentação do projeto às utentes que apresentavam condição clínica para integrarem o grupo e reuniu-se o número necessário de participantes. No entanto, devido a atrasos logísticos, não foi possível concretizar a implementação prática do grupo até ao término do estágio, ficando o seu início agendado para setembro de 2025.

3.3.5. Sessões de Supervisão

Ao longo do estágio realizado no Núcleo de Psicologia do Centro de Saúde, existiram sessões individuais de supervisão, que se revelaram fundamentais para o esclarecimento de temáticas diretamente relacionadas ao contexto dos Cuidados de Saúde Primários, nomeadamente a clarificação dos critérios de inclusão e exclusão de utentes, processos de referenciação e métodos de articulação com outros serviços de saúde.

As sessões de supervisão ocorreram de forma regular ao longo de todo o período de estágio e constituíram-se como um momento importante para a discussão dos casos em acompanhamento, para a definição de estratégias de intervenção e um espaço de reflexão para a necessidade de adaptação da intervenção, aos diferentes perfis e necessidades dos utentes.

Estas sessões mostraram-se essenciais para a consolidação de conhecimento teórico e prático, para análise crítica das práticas de intervenção observadas e realizadas, bem como para a reflexão sobre os desafios do psicólogo neste contexto.

A orientação e supervisão foi assegurada por uma psicóloga clínica com mais de 20 anos de experiência em diferentes serviços do Sistema Nacional de Saúde, o que permitiu aprofundar conhecimento sobre o papel do psicólogo, a articulação entre a teoria e a prática, os desafios éticos e deontológicos da prática clínica, no contexto alargado do Serviço Nacional de Saúde.

Para além do conhecimento teórico e técnico, as sessões de supervisão foram também um espaço importante de autorreflexão e autoanálise, fundamental para a definição de limites adequados ao contexto, reconhecimento de competências técnicas, pessoais e sociais, e fortalecimento da identidade profissional ajustada às exigências do contexto.

O acompanhamento atento e respeitador da orientadora, a oportunidade de autonomia e as sessões de supervisão, constituíram-se como elementos estruturantes do processo de estágio. Permitiram desenvolver uma visão crítica e informada sobre a prática da Psicologia nos Cuidados de Saúde Primários e o desenvolvimento de competências técnicas e pessoais adequadas à especificidade do contexto.

3.3.6. Reunião Global das Equipas de Psicologia

No decorrer do estágio foi possível participar nas reuniões globais mensais das equipas de Psicologia, dos Cuidados de Saúde Primários da área Metropolitana de Lisboa.

Nestas reuniões participam os psicólogos dos diversos Núcleos de Psicologia dos Centros de Saúde da Grande Lisboa, com o objetivo de promover a partilha de práticas, a articulação entre equipas e a reflexão conjunta sobre os desafios da intervenção da Psicologia neste contexto.

Durante as reuniões, foram abordadas temáticas, como a organização dos atendimentos, os critérios de referenciação de utentes, a articulação com os outros serviços de saúde e os métodos de avaliação dos programas de intervenção comunitária. Foram partilhados casos clínicos com implicações éticas ou sistémicas, que proporcionaram a reflexão, partilha de saber, troca de experiências profissionais e promoveram a prática profissional em rede.

Adicionalmente, foi realizada a apresentação de projetos em curso nos diferentes centros de saúde, que intervêm em realidades populacionais distintas, e procedeu-se à análise dos respetivos resultados, bem como do impacto dos projetos na população-alvo.

A participação nestas reuniões, consistiu numa oportunidade enriquecedora, que proporcionou momentos de reflexão sobre a prática clínica, a aquisição de uma perspetiva mais alargada sobre o funcionamento da Psicologia no Serviço Nacional de Saúde. Em particular ao nível das unidades de saúde familiar, do papel do psicólogo na promoção da saúde mental e na procura de respostas ajustadas às necessidades da comunidade.

3.3.7. Formação

3.3.7.1 Participação nas Jornadas de Psiquiatria e Saúde Mental III

No âmbito do estágio, foi dada a oportunidade de participar nas III Jornadas de Psiquiatria e Saúde Mental, com o tema "*Perspetivas em Psiquiatria – Psiquiatria em Perspetiva*".

Evento científico, que reuniu profissionais de diferentes áreas da saúde mental, nomeadamente, psiquiatras, psicólogos, investigadores e estudantes, promovendo um espaço de partilha de conhecimento e experiências. O que permitiu o contacto com temáticas atuais e inovadoras, conhecer práticas clínicas diferenciadas e explorar perspetivas interdisciplinares na área da saúde mental, o que se constituiu como um contributo enriquecedor.

Nestas jornadas, foram abordadas questões relevantes para a promoção e prevenção da saúde mental ao longo do ciclo de vida, as desigualdades no acesso aos cuidados de saúde mental, os novos paradigmas no tratamento da esquizofrenia e da depressão, a utilização de psicadélicos na psiquiatria, bem como o impacto do digital na saúde mental, em particular nos jovens. Foram ainda discutidos desafios emergentes, como os efeitos das alterações climáticas, da multiculturalidade e das guerras, na saúde psicológica das populações.

Para além das conferências, a programação das jornadas incluiu diferentes workshops temáticos, nomeadamente sobre a saúde mental na população LGBTI, os mitos e o estigma associado às perturbações da personalidade e a prevenção do suicídio no sistema de saúde.

A participação neste evento proporcionou uma reflexão crítica e uma visão mais ampla sobre os desafios da saúde mental em Portugal, ampliar conhecimento sobre diferentes modelos de intervenção de acordo com o contexto e realidade clínica, e reforçou a importância da formação e atualização científica ao longo da vida, para o exercício profissional e ético da Psicologia.

3.3.7.2. Participação no Seminário: “Marcas Invisíveis dos Maus-Tratos: Impacto no desenvolvimento das crianças e jovens”

A convite do Núcleo de Psicologia, foi possível assistir ao seminário “*Marcas Invisíveis dos Maus-Tratos: Impacto no Desenvolvimento das Crianças e Jovens*”, iniciativa que reuniu profissionais e estudantes da área da saúde mental, intervenção social e justiça.

O seminário centrou-se na reflexão sobre o impacto neurobiológico, psicológico e emocional no desenvolvimento da criança, resultante de experiências de maus-tratos, nomeadamente, físicos, psicológicos e vivência de negligência.

Com base em investigação científica, foram apresentadas evidências do impacto das relações familiares disfuncionais e a exposição à violência, no funcionamento psicológico, comportamento, capacidade de regulação emocional, desempenho académico e relações interpessoais das crianças.

Foi enfatizada a importância do contexto familiar, escolar e social na construção de uma saúde mental sólida, salientando-se como fatores protetores a presença de figuras parentais disponíveis e a construção de relações de vinculação seguras. Sublinhou-se a urgência em se priorizar a saúde mental infantil, considerando o elevado predomínio de perturbações psicológicas nesta etapa do ciclo de vida, frequentemente não diagnosticadas ou acompanhadas de forma insuficiente. Estes problemas apresentam um impacto profundo e duradouro, podendo comprometer o desenvolvimento saudável e repercutir-se de forma significativa na adolescência e na vida adulta.

Realçou-se o impacto positivo dos projetos de intervenção precoce, centrados na promoção de competências socioemocionais e na consolidação de redes de apoio às crianças, enquanto medidas eficientes na promoção do seu bem-estar e do seu desenvolvimento geral. Foi defendida a importância de integrar, de forma estruturada e consistente a promoção da saúde psicológica desde os primeiros anos de vida, nas políticas públicas, de modo a habilitar as crianças com aptidões de autorregulação emocional e a garantir o acesso a serviços de saúde mental. Foi igualmente destacada a relevância de habilitar familiares e profissionais, visando a criação de ambientes educativos seguros do ponto de vista emocional e favoráveis ao crescimento saudável.

Realizou-se ainda uma reflexão sobre a responsabilidade ética dos profissionais na identificação de sinais de maus-tratos e da importância da comunicação e ação coordenada entre os diferentes serviços, nomeadamente, saúde, educação, proteção de menores e justiça.

A participação neste seminário, contribuiu para reforçar a importância do papel do psicólogo na promoção de um trabalho preventivo com as famílias, na promoção de ambientes seguros e a relevância do trabalho multidisciplinar em articulação com a escola e o serviço social.

3.4. Cronograma das Atividades Realizadas

No cronograma que se segue apresentam-se todas as atividades realizadas, durante o período de estágio, que decorreu entre novembro de 2024 e junho de 2025:

Actividades / Meses	11/24	12/24	01/25	02/25	03/25	04/2	05/25	06/25
Início do estágio	X							
Observação dos Serviços	x							
Observação de consultas de triagem	x							
Observação de programas do Núcleo			x	x	x	x	x	

Realização dos acompanhamentos		x	x	x	x	x	x	x
Realização da avaliação psicológica				x	x	x		
Formação					x		x	
Reuniões de supervisão	x	x	x	x	x	x	x	
Reuniões globais			x	x	x	x	x	

3.5. Apresentação e Discussão do Caso de Acompanhamento Psicológico

3.5.1. Identificação da utente

A paciente chama-se Nádia (nome fictício), tem 43 anos de idade, do género feminino, portuguesa e caucasiana. Trabalha no departamento de logística numa empresa automóvel e é mãe de dois filhos: Carlota (nome fictício), de 15 anos e Francisco (nome fictício), de 20 anos. Está divorciada há sete anos do pai dos seus filhos e mantém atualmente uma relação conjugal, há cerca de cinco anos.

3.5.2. Motivo da consulta

A Nádia foi encaminhada para acompanhamento psicológico pela sobrecarga emocional experienciada, relatando experienciar uma sensação de cansaço constante, insónia, angustia, irritabilidade, perda de interesse pelas atividades do dia a dia, falta de concentração, desesperança, sensação de insuficiência e culpa, bem como medo de não conseguir voltar a trabalhar e de não conseguir educar e proteger os seus filhos.

Esta sintomatologia foi despoletada por duas situações particulares, com grande impacto emocional, nomeadamente o falecimento abrupto do seu irmão Bernardo (nome fictício) de 20 anos, que apresentava um histórico de consumo de drogas, que “foi morto para ajuste de contas” (sic.) e adicionalmente por uma situação, que ocorreu dois anos antes, em que a sua filha Carlota, foi vítima de exposição sexual, através de vídeos em redes sociais e violada por um grupo de amigos.

3.5.3. Dados de observação

A Nádia, apresentou-se no início do acompanhamento psicológico com sinais físicos evidentes de cansaço extremo, com higiene e vestuário adequados, mas sem demonstrar preocupação com a aparência. Ao longo do acompanhamento, a Nádia foi sempre assídua, pontual e colaborante, apresentando uma acentuada necessidade de ser ouvida, acolhida e de receber a compreensão do outro. O seu discurso mostrou-se coerente, organizado e fluido,

apesar de ser marcado por conteúdo emocional intenso e oscilações intensas do humor, com manifestações de tristeza profunda, angústia, sentimentos de culpa e raiva. Não apresentou dificuldade em manter o contacto visual, mostrando-se orientada no tempo e no espaço. Sem evidências de ideação suicida ou comportamentos autolesivos, a Nádia não apresenta histórico de doença psiquiátrica nem doença física relevante. Demonstrando vontade de recuperação, total disponibilidade para o acompanhamento psicológico e adesão ao tratamento farmacológico prescrito pelo psiquiatra.

3.5.4. Estado atual

A Nádia, encontrava-se de baixa médica desde dezembro de 2024, três meses após o falecimento abrupto do seu irmão. Acontecimento com forte impacto emocional e com implicações significativas no seu estado psicológico.

Demonstra sintomas compatíveis com um estado depressivo, nomeadamente, cansaço permanente, falta de motivação por atividades do seu interesse, irritabilidade, perturbação do sono, sentimentos de culpa, humor deprimido e medo intenso de não conseguir regressar à sua vida profissional e cuidar dos seus filhos adequadamente. Encontra-se em acompanhamento psicológico e psiquiátrico com tratamento farmacológico.

3.5.5. Anamnese Biográfica e História Familiar

A Nádia, nasceu num contexto de uma gravidez precoce, a mãe tinha 14 anos e o pai 17 anos. Os avós maternos, empresários na área do ramo automóvel, estavam integrados num meio socioeconómico bastante favorecido. Esta gravidez não foi bem aceite, levando os avós maternos a não permitirem a filha assumir o papel de figura de referência e cuidadora da bebé, ficando a Nádia aos cuidados dos avós maternos.

A mãe da Nádia é a filha mais nova de uma fratria de 3 irmãs. As irmãs mais velhas, tias de Nádia, possuem formação académica diferenciada e trabalham na área do Direito e do Ensino Universitário, ao contrário da mãe de Nádia que não tem estudos superiores.

Após o nascimento da Nádia, a sua mãe começou a trabalhar nos escritórios da empresa do avô, prestando assistência no departamento de contabilidade, atividade que desenvolve até aos dias de hoje. O mesmo aconteceu ao seu pai, que passou a trabalhar na oficina do seu avô materno, quando se soube da gravidez.

Até à entrada na escola primária, a Nádia viveu em casa dos avós maternos, onde também vivia a sua mãe, no entanto, relata não ter memória de uma relação próxima com ela.

Relativamente ao pai, não sabe dizer se também viveria lá em casa. Recorda-se, no entanto, que o avô comprou uma casa para os seus pais irem viver juntos quando ingressou na escola primária e, a partir desse momento, passou a ir dormir a casa dos pais. Descreve que o ambiente era pautado por muitas discussões e agressões verbais entre os pais e nunca se sentiu amada por eles.

Diariamente, o transporte da Nádia da casa dos pais para o colégio, era assegurado pelo motorista do avô, que depois da escola a ia buscar e a levava para casa dos avós maternos. Onde brincava, jantava e tomava banho e só depois ia para casa dos pais. No que respeita aos fins-de-semana, estes eram passados em casa dos avós paternos, onde se sentia muito acarinhada pela avó.

No que se refere à família paterna, onde se viva com instabilidade financeira, a Nádia descreve o avô como distante, “um homem de muitos esquemas” (sic.), com adição ao álcool e que mantinha relações extraconjugais com outras mulheres. A avó paterna é descrita como muito afetuosa, submissa e que dependia do avô financeiramente.

Em oposição, na casa dos avós maternos, existia estabilidade e conforto financeiro. A Nádia tem no avô materno uma figura de referência, considerando-o um homem exemplar, cuidador, provedor e protetor da família. Homem muito exigente em termos de regras de comportamento e desempenho escolar com a Nádia, pouco afetuoso com palavras, mas muito próximo. A Nádia relata que a sua infância foi muito marcada por acompanhar o avô às oficinas e diz ter desenvolvido o seu gosto pelos automóveis através do avô. A avó materna, de origem socioeconómica menos favorecida do que a do avô, é uma mulher carinhosa e cuidadora que descreve como muito submissa e oprimida. Geria a casa e os empregados, tinha uma mesada que o avô lhe dispunha e não tinha autorização para sair. Mesmo as idas à missa, eram vistas pelo avô, como inadequadas, realidade que se mantém até aos dias de hoje.

A Nádia considera que era uma menina em permanente busca de atenção, alegre, maria-razapaz, cujas brincadeiras preferidas eram a horta e o tempo que passava nas oficinas. Frequentou um colégio privado durante todo o seu percurso escolar e relata nunca ter tido problemas de integração ou socialização com os seus pares. Com a adolescência, a Nádia passou a querer sair, a faltar ao colégio, a relacionar-se com quem descreve como “más companhias” (sic.), a consumir álcool, drogas e a namorar. Estes comportamentos não eram admitidos pelo seu avô, o que levou Nádia a passar mais tempo em casa dos pais, onde tudo lhe era permitido, inclusive a pernoita dos seus namorados, aos 15 anos.

O pai tinha problemas com álcool, jogos, amantes e existiam problemas financeiros, que eram suprimidos com as ajudas do avô materno. A relação com os seus pais manteve-se sempre emocionalmente muito distante e o ambiente entre os pais de muita agressividade verbal. Aos 15 anos, os pais de Nádia divorciaram-se e a notícia foi-lhe dada pelo seu pai, que estava alcoolizado e por quem foi abusada sexualmente, num acontecimento que se revelou pontual e único. A Nádia optou por nunca falar sobre este acontecimento com ninguém, nem com o pai. Ao longo dos anos, manteve sempre uma relação com o pai, que se tornou ainda mais distante e fria com a sua mudança para o Porto, meses depois do divórcio, mas nunca lhe deixou de falar.

A mãe, nesta época com 29 anos, assumiu uma relação com um rapaz, o Rui (nome fictício), com 21 anos que passou a viver com elas. O Rui tinha uma idade muito próxima da idade da Nádia, o que lhe causava situações de embaraço e vergonha. Teve com o Rui uma relação de intensos conflitos por não aceitar que lhe pudesse dar ordens. Desta relação entre a mãe e o Rui nasceu o Bernardo (nome fictício), o seu irmão mais novo. A relação entre a mãe e o Rui durou 15 anos. Atualmente a mãe tem uma outra relação, que a Nádia considera ser para conforto financeiro.

Aos 18 anos, a Nádia conheceu o Gonçalo (nome fictício), aquele que viria a ser o seu marido por 17 anos e pai dos seus filhos. Refere-se ao Gonçalo como o amor da sua vida, com quem tem uma relação “Transcendente” (sic.) e por quem é e sempre foi apaixonada. Descreve o Gonçalo como um homem muito bonito, atraente, alto, com corpo atlético e com carisma. Com o Gonçalo sempre se sentiu uma prioridade e isso é o que mais gosta nele.

O Gonçalo, pertence a uma “família de bem” (sic.) de Cascais, com valores tradicionais e para quem as aparências são fundamentais. Nunca se sentiu bem aceite pela família, em particular pela mãe do Gonçalo, que sempre criticou a sua maneira de estar e posteriormente, a forma como educava os seus filhos e a falta de maneiras das crianças.

Assente numa paixão e impulsionada pela vontade de sair de casa, a Nádia decidiu não ir para a universidade e começar a trabalhar. Pediu ajuda ao avô, que apesar de não concordar com a ideia da Nádia não continuar a estudar, deu-lhe trabalho na sua empresa. Aos 20 anos casou com o Gonçalo e foram viver juntos numa casa alugada em Cascais. Até serem pais, a Nádia, diz ter tido uma relação de sonho, “o Gonçalo sempre me fez e continua a fazer sentir especial e a prioridade da sua vida. O Gonçalo vive para me agradar” (sic.).

Com a chegada dos filhos, não planeados, mas desejados pela Nádia, alguns problemas na relação começaram a surgir. O Gonçalo sentia os filhos com obstáculos à relação, não

priorizando os filhos nem os programas em família. O seu foco era a relação amorosa com a Nádia.

O Gonçalo tinha dificuldade em manter os empregos, faltava ao trabalho para ficar a dormir, chegando a sair de casa para a Nádia o ver sair e voltar a entrar depois da Nádia sair. Esteve desempregado meses, sem a Nádia saber. Viviam acima das suas possibilidades financeiras, contraíram empréstimos que não foram capazes de pagar, os ordenados de ambos e o carro da Nádia foram penhorados. Perante esta situação, a Nádia pediu ajuda ao avô, que autorizou que se mudassem para uma quinta que tem perto da Ericeira. Os comportamentos infantis e irresponsáveis do Gonçalo não mudaram. Sem trabalho fixo, sem responsabilidade financeira, deixou para a Nádia todas as tarefas de cuidado dos filhos. Também a magoou particularmente, o facto do Gonçalo nunca se ter demonstrado agradecido por ter sido o seu avô a ajudá-los. A Nádia, aos 35 anos, acabou por se divorciar do Gonçalo, apesar de continuar a amá-lo. Tinha o filho Francisco 12 anos e a Carlota 7 anos.

De acordo com Nádia, ao longo do tempo, a família, que sempre lhe deu suporte financeiro também a julgou. Considera-se injustiçada e sente falta de gratidão por parte dos pais, avós, tios e sogros, pelo facto de ser sempre prestável para todos. Considera ser alguém presente, com quem se pode contar, que coloca os outros em primeiro lugar, sendo sempre a primeira chegar quando alguém precisa, e isso não é valorizado na medida que gostaria.

A Nádia sente-se também muito comparada com os primos que estudaram e têm vidas estáveis. Apesar de sentir algum arrependimento de não ter estudado, considera que é melhor pessoa que eles, que não são tão presentes na vida dos avós. São pessoas egoístas e que se “fazem mais do que são na realidade” (sic.). Tem uma grande mágoa com a família por lhe fazerem sentir e lhe dizerem que é a “ovelha negra da família. Que do lado dela e da mãe dela são só problemas” (sic.).

Após o divórcio, a Nádia decidiu sair da casa dos avós e da empresa do avô, com a intenção de fazer um corte com a ajuda financeira do avô. Mudou de emprego mantendo-se na área automóvel, alugou um apartamento para si na zona de Sintra e tirou os filhos do colégio que frequentavam em Cascais. Para fazer face aos gastos, inscreveu-os na escola pública perto da casa nova, em Sintra. No entanto, acabou por aceitar um pequeno apartamento que o avô lhe ofereceu também em Sintra, mas recusou a ajuda para o colégio, de forma a preservar-se das opiniões que poderiam dar, sobre a educação dos seus filhos.

Apesar do divórcio, continuou envolvida com o Gonçalo, até conhecer o David (nome fictício), 7 anos mais novo, com quem tem uma relação há cinco anos. Descreve o David sempre em comparação com o Gonçalo. Relata que o David é contabilista, um homem muito ingénuo, inocente, tímido, introvertido, baixo, pouco atraente fisicamente, muito culto, com formação académica e com um trabalho estável. O David com 31 anos teve como primeira namorada, a Nádia. Até então todas as suas experiências sexuais foram com mulheres profissionais do sexo. De acordo com a Nádia, o David mostra desde o início da relação, ter uma dificuldade com o toque e não sabe dar carinho.

No início da relação, o casal tinha uma vida sexual ativa, apesar da Nádia não sentir prazer. Frustrada com a sua vida sexual e num momento de fúria, compara-o com o Gonçalo e desabafa ao David as saudades que tem do corpo, do toque e da intimidade com o Gonçalo. Com o passar do tempo, o David deixou de procurar sexualmente a Nádia e também passou a rejeitar as suas investidas. Ao longo da relação, a Nádia reconhece que o David tem sido um suporte financeiro importante, permitindo-lhe um estilo de vida confortável, com viagens e idas a bons restaurantes. Porém, nos últimos dois anos, a Nádia começou a sentir alguma retração financeira no David. Decidiu ver o telemóvel do David, aceder à sua conta bancária pessoal e nos movimentos de conta, descobriu que o David estava a frequentar serviços de mensagens sexuais. Perante isto, a Nádia exigiu que o David começasse terapia e terminasse com os encontros sexuais.

Atualmente, apesar do acompanhamento psicológico, os encontros sexuais mantêm-se e o David continua a evitar sexualmente a Nádia, que se sente rejeitada e injustiçada. Sente que é muito boa para ele e para os avós dele e que merecia ser tratada com mais amor.

Em relação aos seus filhos, ambos têm crescido com comportamentos de desobediência e rebeldia. O filho Francisco, com 20 anos não deu continuidade aos estudos e trabalha nas oficinas da uma marca automóvel. Fuma drogas, não cumpre horários de trabalho nem as regras da casa, nomeadamente, horas de jantar e de recolher, enche a casa com os amigos, que ficam a pernoitar, mesmo em dias de semana e sem a sua autorização. Antes de ter ordenado, quando a Nádia se recusava a dar-lhe alguma coisa, o Francisco ameaçava ir roubar e chegou a arrombar a porta da casa para entrar, numa situação em que a Nádia deixou a porta trancada por dentro, para lhe impedir a entrada, depois do horário estipulado. Atualmente, a Nádia gostaria que ele participasse financeiramente nas despesas da casa, mas o filho recusa-se.

A Carlota, também com comportamentos desafiadores, já fugiu várias vezes de casa, em situações em que foi impedida de fazer o que queria. Indo a Nádia à sua procura e encontrando-a invariavelmente “no bairro, bêbeda e em más companhias” (sic.). Aos 13 anos, a Carlota, teve vídeos sexuais a circular nas redes sociais e foi vítima de violação por um grupo de amigos. Com a ida ao hospital existiu uma denuncia à CPCJ, que levou a abertura de um processo, mas a Carlota manteve-se sempre a viver com a mãe. Não existiu queixa à polícia, a pedido da Carlota, com medo de represálias.

Para além dos comportamentos rebeldes, diz que os filhos “falam à preto” (sic.) e que isso tem feito com que sejam rejeitados, quer pela sua família como pela família paterna e pela família do David. Considera injusta a forma como tratam os seus filhos e magoa-a que não compreendam a dificuldade que é educar dois filhos sem um pai presente.

Reconhece que os filhos não lhe reconhecem autoridade, que tem dificuldade em estabelecer limites e também que não querer ser vista como a “má da fita” (sic.). Relata ter medo dos filhos seguirem o mesmo caminho do seu irmão Bernardo e verbaliza lamentar não ter ao seu lado um homem como o avô, com quem possa contar, para a ajudar a lidar com os problemas da vida.

A Nádia sente-se assoberbada, perdida, triste, angustiada, irritável, com perda de interesse pelas atividades do quotidiano. Apresenta dificuldades de concentração, sentimentos de desesperança, inadequação e culpa. Demonstra ainda receio de não conseguir retomar a vida profissional, bem como de falhar no cuidado e proteção dos filhos.

3.5.6. Compreensão da história de vida à luz da Teoria de Desenvolvimento Psicoafectivo Centrado na Pessoa

No que respeita às condições iniciais de desenvolvimento afetivo, a Nádia veio ao mundo na sequência de uma gravidez precoce e indesejada. O que, desde o início, poderá a aceitação ter sido condicionada por parte da figura materna, isto é, gerando condições menos facilitadoras de atualização de potencialidades.

Apesar de ter vivido sempre com a presença física da mãe e com conforto material, foram os avós que assumiram o papel principal de cuidadores, proporcionando condições positivas de atualização das potencialidades da Nádia. A ausência de cuidados afetivos da mãe, resultou na ausência de um vínculo significativo, podendo considerar-se que esta falta, teve um impacto significativo no desenvolvimento emocional da Nádia. A relação com os pais, foi

sempre distante emocionalmente, não se tendo estabelecido um vínculo forte e afetivo, o que pode ter contribuído para que não se sentisse vista, considerada ou validada, nas suas necessidades emocionais durante a sua infância. Assim a inexistência de um relacionamento pautado por atitudes de aceitação incondicional, empatia e autenticidade, pode ter comprometido a sua autopercepção, nomeadamente, no que concerne à estima de si.

Refere ter vivenciado três situações traumáticas, nomeadamente, a situação de abuso sexual do pai (que estava alcoolizado), vivenciada em silêncio e com vergonha, a morte abrupta do irmão e o episódio de abuso e exposição sexual da filha. Estas situações de agressão, perda e impotência, tiveram um impacto muito violento, sentido e referido no seu estar atual. Também a falta de reconhecimento pessoal que expressa, condicionou a atualização das suas potencialidades e possivelmente contribuiu para a construção de uma autoimagem de insuficiência e desvalorização pessoal.

Os avós maternos da Nádia, figuras de referência para o seu desenvolvimento e na sua construção pessoal, ofereceram-lhe estabilidade, um ambiente seguro e onde predominou a satisfação das necessidades materiais e emocionais primárias. Disponibilizaram condições fundamentais para a atualização das suas potencialidades, o que lhe permitiu alguma organização interna. O modelo educativo rígido, transmitido sobretudo pelo avô materno, com que tem uma ligação afetiva forte, poderá ter contribuído, para a Nádia associar o amor e a valorização pessoal ao reconhecimento dado pelo outro e à necessidade de que a segurança seja proporcionada por uma figura masculina.

Nas suas relações amorosas, existe um padrão de relações assimétricas, em que a Nádia se esforça para ser amada, ser aceite pelos outros, empenhando-se em dar de si, mas mantendo um sentimento de não valorização e de não reconhecimento. Procura preencher o vazio da centralidade afetiva e coloca em causa o respeito por si. As suas relações amorosas estão profundamente ligadas à necessidade de valorização emocional e à dependência de validação externa. Para além disso, atribui aos companheiros a responsabilidade de provedores da sua segurança financeira e material. Para a Nádia é uma dimensão fortemente associada a uma condição de valor e uma manifestação do amor (experiência vivenciada desde a infância na relação com o avô materno).

Apesar da insatisfação com a relação amorosa com o seu último parceiro, a Nádia mostra dificuldade em tomar uma atitude de término. Apesar de referir que não é “o amor da sua vida” (sic.) em termos atrativos e de fonte de prazer ao nível íntimo (comparado com o Gonçalo),

considera que o David lhe dá algum apoio, nomeadamente, económico. É curioso porque propõe ao David uma psicoterapia, mas não se questiona sobre as suas dificuldades sexuais nesta relação. Vive assim uma incongruência entre o self percebido e o self desejado.

Também no seu papel de mãe, não se sente satisfeita, nomeadamente, na dificuldade que sente em marcar os limites. Devido aos sentimentos de insegurança que expressa, como o medo de não ser amada por eles, acaba por adotar uma atitude de permissividade que não é estruturante para os filhos e penalizadora para a Nádia. De certa forma reproduz os vínculos desorganizados e sem fronteiras de sua própria infância. A história de vida dos filhos, especialmente da Carlota, reforça o seu sentimento de impotência, culpa e aprofunda a sua desesperança. O que também dificulta a possibilidade de uma vivência mais congruente consigo mesma.

A história de vida da Nádia, mostra uma mulher com um histórico de vínculos afetivos desorganizados, sem validação emocional incondicional e que parece ter comprometido o seu equilíbrio interno e a capacidade de controlo da sua própria vida. A Nádia, orienta as suas decisões à procura da validação dos outros. O seu valor pessoal é conseguido através do reconhecimento externo e da segurança material que possa ser provida por outros, o que mostra uma atitude de dependência.

As sequências de acontecimentos com impacto emocional significativo geraram um colapso emocional e uma profunda desorganização interna, que levou ao desencadeamento dos sintomas atuais. E refletem a discrepância entre o self percebido e o self desejado. Através da relação terapêutica, a Nádia está a tornar-se consciente das razões e dinâmicas internas, que levam à repetição dos padrões de comportamento ao longo do tempo e das semelhanças com os comportamentos da sua mãe. O que revela interesse em procurar a construção de condições atualizantes adequadas que lhe permita o desenvolvimento das suas potencialidades. Demonstra vontade de melhorar a sua autoestima, ser capaz de reconhecer o seu valor para além do olhar do outro e contruir uma autonomia afetiva. De forma, a que seja possível romper com os comportamentos disfuncionais enraizados e viver o seu máximo potencial.

3.6. Apresentação e Discussão de uma Avaliação Psicológica

3.6.1. Identificação da utente

A paciente chama-se Laura (nome fictício), do género feminino e caucasiana. Tem 81 anos de idade, nasceu na Beira Interior, vive em Lisboa desde os 10 anos, tem o equivalente ao

12 ano de escolaridade, trabalhou na banca, como secretária de direção durante toda a sua vida profissional e está reformada desde os 60 anos. Ficou viúva aos 54 anos é mãe de duas filhas, a Rita (nome fictício) de 53 anos e a Maria João (nome fictício), de 57 anos. Tem dois netos da sua filha Rita, a Joana (nome fictício) de 24 anos e o Diogo (nome fictício) de 28 anos.

Desde a morte do marido, devido a cancro no pulmão, não voltou a casar ou a ter qualquer relacionamento. Frequenta diariamente a igreja local e está integrada num grupo religioso. Tem uma relação próxima com as suas vizinhas, que mostram cuidado e preocupação consigo. Desta forma, quer o suporte social como a religiosidade demonstram funcionar como estratégias de *coping* relevantes para a Laura.

Relata ter atenção com a sua alimentação e procura cuidar da sua saúde. Tem uma aparência cuidada, sóbria e adequada. Um discurso articulado, composto por um léxico rico e diferenciado, no entanto, com falhas, aparentemente por lapsos de memória. Demonstra facilidade em manter o contacto visual. Não apresenta histórico de doença psiquiátrica. Há 10 anos perdeu a visão direita, resultante a uma infeção que contraiu durante a cirurgia que fez às cataratas. Faz medicação para a osteoporose.

3.6.2. Motivo da Consulta

A Laura foi encaminhada pela sua médica de família para a consulta de Psicologia, por apresentar queixas de tristeza, ansiedade e sentimentos profundos de vergonha e culpa. Estes sintomas são resultantes de empréstimos bancários realizados pela sua filha mais velha em seu nome, que não foram pagos. A situação agravou-se com o acumular de dívidas às finanças, o desaparecimento de todas as suas poupanças das contas bancárias e a penhora da sua casa. Esta cadeia de acontecimentos levou à rutura da relação com a filha e ao afastamento dos netos, com quem tinha uma relação muito próxima.

A Laura sente pudor em falar sobre o sucedido com as pessoas próximas de si, mas identifica a necessidade de falar sobre a situação. Procura apoio para lidar com esta situação, que descreve com enorme desilusão e dor.

3.6.3. Dados da Observação

A Laura apresentou-se sempre sozinha, no decorrer da avaliação. Com uma aparência cuidada e adequada, de trato delicado, fala em tom baixo e pausado. Mostrou dificuldades de visão, resultado da perda total da vista direita numa cirurgia às cataratas. A sua assiduidade foi

comprometida pela necessidade de sessões de fisioterapia, após uma queda. Apesar disso, foi sempre pontual para as sessões.

Apresentou-se triste e preocupada, demonstrando vontade em falar sobre si, sobre os acontecimentos de vida que mais a perturbam e sobre a apreensão que sente em relação à sua perda de memória e incapacidade de se expressar de forma fluida. Vígil e alerta, não mostrou dificuldade de orientação espacial. Com um discurso organizado e adequado ao contexto, a fluidez do seu discurso mostrou-se comprometido por lapsos de memória e pela dificuldade de aceder a vocabulário. Não mostrou dificuldade na compreensão.

Demonstrou-se colaborante durante a aplicação das provas, com percepção clara do seu desempenho e das evidências das dificuldades de memória.

3.6.4. Anamnese Biográfica e História Familiar

A Laura nasceu de uma relação extraconjugal do seu pai, com a sua mãe que era empregada na sua casa e tinha 20 anos. Com este acontecimento e considerando o contexto cultural e social da época, após o nascimento da Laura, os seus avós decidiram mandar a filha para Lisboa trabalhar.

Até aos seus 10 anos a Laura viveu com os avós maternos e era visitada pela sua mãe pontualmente. Apesar da ausência da mãe, relata que gostava muito das suas visitas e sentia-se muito amada por todos. Só aos 15 anos soube da história do seu nascimento e da razão da mãe ter ido para Lisboa trabalhar. Até esta altura, não se lembra de questionar o porquê de a mãe ser ausente e não conhecer o seu pai, também não se recorda de conversas sobre o tema, nem de sofrer com isso, descrevendo a sua infância como feliz. Ao longo da vida a Laura nunca conheceu o seu pai e diz nunca ter sentido esse interesse.

A sua mãe foi para Lisboa trabalhar como interna, para uma família abastada e durante esses anos em que esteve sozinha, conseguiu organizar-se financeiramente e estudar. Aos 10 anos a Laura foi viver com a mãe e relata que a sua adaptação foi bastante fácil, sentia-se deslumbrada e a viver um sonho. Inicialmente alugavam um quarto para as duas, mas posteriormente a mãe conseguiu um trabalho como secretária, passaram a viver com mais conforto financeiro e conseguiram alugar uma casa para as duas. A Laura estudou o equivalente ao décimo segundo ano atual e aos 19 anos começou a trabalhar como secretária na área da banca, onde esteve até à reforma.

Casou aos 21 anos, com aquele que foi o seu único marido, Jorge (nome fictício) e pai das suas filhas. O seu marido, 6 anos mais velho, estava em Portugal, desde os 18 anos, quando deixou Angola para vir estudar engenharia em Coimbra. Durante os tempos de estudante, antes de conhecer Laura, “o Jorge teve uma aventura amorosa, com uma jovem e teve um filho”. Apesar de não ter casado com a jovem, assumiu as suas responsabilidades parentais” (sic.). A Laura acolheu este menino, que considera o seu filho mais velho e com que sempre manteve uma boa relação. Com o casamento, a Laura e o marido, mudaram-se de Lisboa para uma casa na linha de Cascais e a Laura levou a sua mãe para viver com o casal. Aos 24 anos teve a sua primeira filha e aos 28 anos nasceu a sua filha mais nova.

Aos 48 anos a mãe de Laura foi diagnosticada com um tumor cancerígeno e morreu dois anos depois. Apesar de ter sido um momento doloroso para Laura, diz sentir-se confortada por saber que esteve sempre perto da sua mãe e que a apoiou incondicionalmente, durante a doença e até ao momento da sua morte. Aos 54 anos, o seu marido que era fumador, foi diagnosticado com cancro no pulmão e faleceu poucos meses depois. A morte repentina do marido foi vivida com muita dor e sofrimento. Relata que viveram sempre com muita harmonia, que eram uma família muito amiga, “tenho memórias muito felizes da minha vida de casada e dos momentos em família” (sic.).

Por esta altura a sua filha mais velha Rita, já namorava com aquele que foi seu marido por 20 anos. Diz que ao longo da vida sempre foi a filha com quem teve mais proximidade e com quem mais se identificava. A Rita licenciou-se na área financeira e também trabalhou na banca, como a mãe. O seu genro tinha uma empresa pessoal e viviam com bastante conforto financeiro. A Rita teve dois filhos, atualmente com 28 e 24 anos, com quem a Laura sempre teve uma relação muito próxima.

A Laura optou por pedir reforma antecipada e antes dos seus 60 anos, passou a ter uma maior disponibilidade de tempo. O que permitiu acompanhar o crescimento dos seus netos de perto. Durante a infância, os netos, ficavam com a Laura todas as tardes depois da escola. E aos fins-de-semana era frequente ser convidada para casa da sua filha Rita e do seu genro, que gostavam muito de receber amigos e que a convidam para se juntar a eles. Relata que o casal demonstrava ser muito unido e viver em harmonia.

Relativamente à filha Maria, licenciou-se em desporto e passou a trabalhar como professora de fitness em vários ginásios. Sem contrato de trabalho, teve sempre uma vida financeira mais instável. A relação entre as irmãs foi vivida ao longo dos anos com alguma

tensão. A Laura refere-se às suas filhas como “pessoas muitos diferentes entre si e por isso existia um choque entre elas” (sic.). A Maria sempre mais distante da família acabou por assumir uma relação homossexual à mãe, que apesar de inicialmente ter sido um choque para a Laura, acabou por aceitar e se relacionar com a namorada da filha, enquanto a relação durou. Depois do fim desta relação, a Maria não voltou a apresentar ninguém à família, vive sozinha, numa casa alugada e com alguma frequência pede ajuda financeira à mãe, para fazer face às despesas.

Apesar de sempre ter sido muito religiosa, com a chegada da reforma, a Laura passou a integrar um grupo da sua Igreja que se dedica à oração, à organização das missas e ao apoio ao senhor padre. Convivia com as suas amigas, tinha encontros com as colegas do antigo trabalho, fazia passeios pelo paredão e financeiramente viva confortavelmente com a sua reforma e a reforma de viuvez. Diz que sempre foi muito poupada e vivia tranquilamente.

Em 2020, aos 76 anos da Laura, a filha Rita informou a mãe que se iria divorciar do seu marido. A Laura ficou muito triste com a situação, diz que teve muita dificuldade em entender o porquê da razão do divórcio, pois convivia muito com o casal e não via qualquer sinal de desentendimento, apesar disso, apoiou a filha na sua decisão.

A filha Rita e o marido tinham uma grande moradia na linha de Cascais, que venderam por um bom valor, o que permitiu que a Rita comprasse um apartamento para ir viver com os filhos e mantivesse o estilo de vida, após o divórcio. No entanto, a Rita começou a partilhar com a mãe algumas dificuldades financeiras, o que para a Laura era estanho. Apesar disso, a pedido da filha, passou-lhe uma procuração e em alguns momentos acompanhou a filha a reuniões no banco. A partir de determinado momento começou a perceber que não tinha dinheiro nas suas contas bancárias e a questionar a filha, que lhe dizia repetidamente para não se preocupar, que estava a fazer uns investimentos e que tudo iria ser reposto. A situação foi-se agravando e a filha Rita foi-se afastando, tal como os netos que deixaram de atender os seus telefonemas ou responder às suas mensagens. A Laura decidiu falar com a filha Maria sobre a situação e perceberam que a filha Rita contraiu empréstimos, que não pagava, em nome da mãe.

Atualmente a Laura tem a sua casa penhorada, uma ordem de despejo do tribunal e parte da sua reforma congelada, por dívida às finanças, falta de pagamento de IRS desde 2021, que a Rita deixou de tratar. A Laura diz sentir muita vergonha por ter acreditado na filha Rita e não ter sido perspicaz para perceber o que estava a acontecer. Sente-se desiludida e também muito culpada pelas consequências que tudo isto terá na vida da filha Maria, que irá ficar sem qualquer

apoio financeiro, quando já não tem uma vida fácil. Sente-se muito triste por os netos, o seu genro e o filho do seu marido se terem afastado e não a apoiarem emocionalmente quando mais precisa. Reconhece que a filha Maria está a fazer tudo o que pode para a ajudar, mas sente-a zangada e revoltada.

Desde estes acontecimentos que a Laura relata sentir-se muito ansiosa, com pensamentos ruminantes sobre os acontecimentos, dificuldades em dormir e confusão mental. Preocupa-a particularmente as suas dificuldades de memória e de expressão verbal. A fé em Deus tem sido o seu maior apoio. Acredita, que Deus está do seu lado, que a protege e que a irá ajudar.

3.6.5. Testes e Instrumentos utilizados

De acordo com o que foi possível observar e as informações recolhidas durante a entrevista clínica, foi possível identificar indicadores de sofrimento psicológico, nomeadamente sintomas persistentes de ansiedade, preocupação constante, tristeza profunda e sinais sugestivos de dificuldades de memória. Estes sinais, identificados através da expressão verbal da utente e do seu comportamento, originaram a necessidade de uma avaliação psicológica mais aprofundada.

O objetivo desta avaliação psicológica, teve o intuito de compreender mais aprofundadamente o funcionamento psicológico, cognitivo e comportamental da utente, bem como, esclarecer a causa das dificuldades enumeradas, identificar possíveis comprometimentos das funções executivas ou de regulação emocional. Para posteriormente se proceder à elaboração de um plano de intervenção terapêutico adequado às suas necessidades.

Após as sessões de entrevista clínica, recorreu-se à aplicação dos instrumentos psicométricos, nomeadamente a Escala de Depressão Geriátrica (Yesavage, J. A., et al., 1982-83), específica para idosos, na versão reduzida. Esta escala, apresenta como principal objetivo a avaliação de sintomas depressivos nas pessoas mais adultas. Tem em consideração a forma como os sintomas depressivos se manifestam especificamente nesta faixa etária, que é muitas vezes distinta de outras faixas etárias.

A Escala de Depressão Geriátrica (EDG), tem uma configuração simples de fácil compreensão e aplicação, sendo constituída por itens de autorresposta dicotómicos (sim/não). O que facilita a sua utilização com idosos que apresentam baixa escolaridade ou défice cognitivo ligeiro. A versão original apresenta 30 itens e a versão reduzida 15 itens, que é

largamente aplicada em contexto clínico e comunitário, pela eficácia, simplicidade e brevidade que apresenta na sua aplicação e sem prejuízo da qualidade da avaliação (Yesavage et al., 1982).

De acordo com Pachana et al. (2007), a utilização da Escala de Depressão Geriátrica, mostra-se especialmente útil e largamente utilizada nos contextos de Cuidados de Saúde Primários, serviços hospitalares e residências geriátricas. Uma vez que permite identificar de forma breve e eficiente, indicadores de isolamento social, sentimentos de inutilidade, anedonia e sinais de humor deprimido, que passam frequentemente despercebidos nesta faixa etária ou associados às condições naturais do envelhecimento.

A utilização da EDG em situação de Cuidados de Saúde Primários, é especialmente vantajosa como complemento à entrevista clínica, uma vez que possibilita uma triagem rápida e eficiente da sintomatologia depressiva, uma avaliação mais objetiva e estruturada da condição psicológica do utente, auxiliar na formulação de hipóteses de diagnóstico e também monitorizar a evolução e o impacto da intervenção implementada (Pachana et al., 2007).

Para a avaliação da sintomatologia ansiosa em idosos, recorreu-se à aplicação da Escala de Ansiedade Geriátrica (Pachana, N. A., et al., 2007), cujo instrumento psicométrico foi especialmente desenvolvido para ser utilizado com a população idosa. Tem em consideração as particularidades da manifestação dos sintomas de ansiedade nesta faixa etária, muitas vezes demonstrada através de sintomas somáticos e associada a preocupações excessivas e medos relacionados com o futuro, a autonomia e a saúde.

A Escala de Ansiedade Geriátrica (EAG), apresenta-se como um instrumento de formato simples, constituída por 20 itens de resposta dicotómica (sim/não), com linguagem clara e acessível e com características de fácil aplicação e compreensão. A sua estrutura demonstra ser apropriada para a população idosa com diferentes níveis de literacia ou possíveis alterações cognitivas ligeiras, possibilitando uma avaliação fidedigna em contextos com limitações de recursos (Pachana et al., 2007).

Segundo Bryant et al., (2008), a Escala de Ansiedade Geriátrica, demonstra alta fiabilidade interna e elevada eficácia na discriminação entre idosos com ou sem perturbação de ansiedade. O que facilita a identificação atempada de sintomatologia ansiosa e de diagnóstico nesta faixa etária, muitas vezes negligenciada, por se associar os sintomas de ansiedade a outras situações clínicas ou ao próprio envelhecimento.

A EAG, contribui eficazmente no entendimento do sofrimento psicológico do utente, demonstrando ser um instrumento particularmente útil no processo de triagem, na construção de um plano de intervenção adequado às necessidades do utente, em Cuidados de Saúde Primários (Pachana et al., 2007).

Com o objetivo de investigar o funcionamento cognitivo geral da utente, nomeadamente os domínios cognitivos essenciais ao desempenho das atividades diárias, como as funções executivas e principalmente, identificar eventuais défices cognitivos ligeiros, foi aplicada a Escala de Avaliação Cognitiva de Montreal (Motreal Cognitive Assessment – MoCA), desenvolvida por Nasreddine et al. (2005).

De acordo com Luis, Keegan, & Mullan, (2009) a escala de avaliação MoCA distingue-se pela sua elevada sensibilidade na identificação de alterações cognitivas subtis, dificilmente detetados por instrumentos de rastreio mais generalistas como o Mini-Mental State Examination (MMSE), tornando-o extremamente útil no reconhecimento de défices cognitivos ligeiros.

Segundo Nasreddine et al. (2005), a MoCA, permite uma avaliação multidimensional de diversas áreas executivas do funcionamento cognitivo, incluindo o planeamento, o raciocínio, a capacidade de concentração, a linguagem, habilidades viso-construtivas, cálculo, orientação temporal, espacial e a memória. Estas aptidões, mostram-se particularmente úteis na identificação de défice cognitivo em adultos mais velhos, que por fatores associados ao envelhecimento, apresentam maior vulnerabilidade ao declínio cognitivo. Esta escala também se destaca pela sua boa qualidade psicométrica, por ser de fácil aplicação, com a duração de 10 minutos e pela simplicidade das tarefas que incluem respostas verbais e motoras.

Tem-se mostrado de utilização vantajosa em contexto clínico, em particular nos Cuidados de Saúde Primários, demonstrando-se um instrumento particularmente relevante em fases iniciais de doença neurodegenerativa, possibilitando a elaboração de hipótese de diagnóstico precoces e de plano de intervenção adequados e preventivos (Freitas et al., 2011).

Para avaliar as aptidões viso-espaciais, de memória visual e episódica e componentes da função executiva, como as capacidades viso-construtivas e de planeamento, recorreu-se à utilização do Teste de Cópia de Figuras Complexas de Rey (Rey, 1948; Rocha & Coelho, 1998).

Este instrumento permite a avaliação simultânea de diversos processos cognitivos e está organizado em duas etapas distintas. Na primeira etapa, é pedido ao utente que realize a cópia

de uma figura geométrica complexa, o que permite a avaliação das suas capacidades visoperceptivas, de organização espacial, do planeamento motor e da atenção. Após um intervalo de tempo, na segunda etapa, é pedido à utente, a reprodução da mesma figura, usando a recordação, com o propósito de avaliar a memória visual e episódica (Meyers & Meyers, 1995).

De acordo com Strauss et. al., (2006) este teste, implica a realização de tarefas que exigem a ativação coordenada de diversas funções executivas, como a memória de trabalho, o processamento visual e técnicas de organização da informação. Tendo-se demonstrado especialmente eficaz, em utentes que apresentam suspeitas de alterações cognitivas ligeiras, nomeadamente, alterações neurológicas no lobo frontal e parietal, que afetam a capacidade de organização, planeamento a perceção visual e espacial, frequentemente associadas ao envelhecimento natural ou processos neurodegenerativos.

A adaptação deste instrumento psicométrico à realidade portuguesa, mantendo a sua fiabilidade e validade, foi realizada por Rocha e Coelho (1998). Segundo os autores, a identificação de pequenas dificuldades identificadas na etapa da cópia e na recordação da figura, podem ser indicadores de alterações no sistema de organização cognitivo, planeamento e retenção visual, associados ao envelhecimento e a processos de deterioração cognitiva.

O Teste de Cópia de Figuras Complexas de Rey, pela sua validade psicométrica, facilidade de aplicação e capacidade avaliação multidimensional é extensamente utilizado em contexto de avaliação psicológica de adultos mais velhos, no sentido de se identificar precocemente alterações cognitivas e definir intervenções adequadas, mostrando-se particularmente útil em contexto de Cuidados de Saúde Primários (Rocha e Coelho, 1998).

Por último, tendo em consideração os resultados obtidos nas provas anteriores e com o intuito de realizar uma avaliação mais aprofundada das capacidades mnésicas da utente, foi administrada a Escala de Memória de Wechsler – WMS-III (Wechsler, 1997; Rocha et al., 2008).

Este instrumento permite a avaliação detalhada de diversos componentes da memória, nomeadamente, a memória imediata, memória verbal e visual, memória a curto e longo prazo e memória de trabalho, que diz respeito à capacidade de manter e utilizar informação durante a realização de tarefas cognitivas complexas (Baddeley, 2000).

De acordo com Wechsler (1997), a WMS-III está organizada em diferentes subtestes que avaliam diretamente a memória, através do desempenho da utente, na realização de tarefas

que implica a memorização de sequência de dígitos, figuras geométricas, listas verbais e histórias. Permite também, no decorrer de variadas apresentações, a avaliação da capacidade de aprendizagem, aptidão para a preservação da informação e a resistência à interposição de informação. As avaliações destas competências são fundamentais para a distinção de situações de envelhecimento normal ou patológico.

A utilização da WMS-III é particularmente eficaz, quando o objetivo é conhecer e compreender detalhadamente o processo mnésico do utente, particularmente, as dificuldades na codificação, retenção e recuperação da informação. Esta escala é considerada uma ferramenta de avaliação extremamente completa da memória entre a população adulta, nomeadamente em utentes que apresentam quadros de défices cognitivos ligeiros, alterações neurológicas e situações de demência. Mostrando-se muito útil na elaboração de um plano de intervenção Wechsler (1997).

A adaptação à realidade da cultura e língua portuguesa foi realizada por Rocha et al. (2008), mantendo a sua validade e fiabilidade psicométrica. A sua utilização em contexto clínico possibilita a identificação precoce de alterações cognitivas e a intervenção na fase inicial do processo de declínio cognitivo.

A aplicação desta bateria de instrumentos de avaliação psicológica, teve como objetivo a análise e a compreensão detalhada do funcionamento psicológico e cognitivo da utente. Através da entrevista clínica, foi possível a identificação de indicadores significativos de sofrimento emocional e de possíveis alterações cognitivas, que motivaram a escolha de instrumentos específicos. Nomeadamente, a avaliação da presença de sintomatologia depressiva e ansiosa, a avaliação das funções cognitivas, competências viso-espaciais e memória. Este processo de avaliação adaptado, permitiu conhecer melhor o quadro clínico da utente e a definição de um plano de intervenção ajustado às suas necessidades específicas.

3.6.6. Resultados

No que respeita à Escala de Depressão Geriátrica, os resultados obtidos (4 pontos) evidenciam ausência de depressão. Enquanto, os resultados atingidos na Escala de Ansiedade Geriátrica (12 pontos) evidenciam presença de ansiedade moderada.

Relativamente à Escala de Montreal Cognitive Assessment (MOCA), no que respeita à avaliação das funções executivas, a Laura obteve um resultado abaixo do esperado (2/4), o

que é indicador de dificuldades nos processos de planeamento, organização, resolução de problemas e pensamento abstrato.

No domínio da capacidade viso-espacial registou igualmente uma pontuação abaixado do esperado (2/4), o que reflete dificuldades em tarefas que exigem orientação visual, como desenhar ou interpretar espaços e formas. Na avaliação da memória a curto prazo, a Laura obteve uma pontuação total de zero pontos. Este resultado constitui um forte indicador de comprometimento da memória recente. A pontuação total obtida no inventário foi 16 em 30 pontos ($M=25.1$, $DP=1.94$), o que é indicador de dificuldades do funcionamento cognitivo em comparação com o grupo normativo correspondente. Tendo como referência o ponto de corte sugerido para o diagnóstico de doença de Alzheimer (17 pontos), a Laura apresentou um desempenho abaixo do limiar clínico.

No Teste de Cópia de Figuras Complexas de Rey, na análise do desempenho da cópia, a Laura obteve um resultado dentro da média, (23 pontos, $M= 20,00-36,34$), de acordo com os dados normativos para a sua faixa etária. Enquanto na prova de memória, mostrou-se incapaz de reproduzir qualquer elemento da figura e obteve um valor inferior à média do grupo normativo a que pertence (0 pontos, $M= 2,97-16,16$). A ausência total de recordação espontânea da figura é indicadora de dificuldades significativas na recordação, retenção e percepção de informações visuoespaciais.

No que respeita à Escala de Memória de Wechsler, em comparação com indivíduos da mesma idade, a Laura mostrou um funcionamento de nível médio inferior no que respeita ao índice Auditivo Imediato ($IP = 84$, $P14$, $IC\ 90\% 79-91$) e um nível médio no índice Auditivo Diferido ($IP=99$, $P47$, $IC\ 90\% 92-107$). O que revela algumas dificuldades na quantidade de informação inicialmente adquirida e ao nível da aprendizagem. Mostra um resultado nível muito inferior no índice de Reconhecimento Auditivo Diferido ($IP=55$, $P0,1$, $IC\ 90\% 56-74$), o que sugere que a Laura apresenta dificuldade na aprendizagem de nova informação e muita dificuldade em retê-la.

No que se refere às medidas que têm por base os estímulos visuais a Laura obteve resultados de médio superior no índice Visual Imediato ($IP=115$, $P84$, $IC\ 90\% 103-121$) e no índice Visual Diferido ($IP=119$, $P90$, $IC\ 90\% 107-124$). O que sugere que o funcionamento geral da memória quando a informação é apresentada visualmente não está comprometida e apresenta resultados superiores à média, em comparação com pessoas da sua faixa etária.

Relativamente ao funcionamento da memória, a Laura apresentou um resultado de nível médio na Memória Imediata, ou seja, a capacidade de recordar informação imediatamente após a sua apresentação (IP =98, P45, IC90% 92-104). Na Memória Geral, que avalia, globalmente, a Memória Diferida, apresentou um funcionamento de nível médio (IP =95, P37, IC90% 89-102). Ao nível da Memória de Trabalho (IP=110, P75, IC90% 102-106) a capacidade de recordar e manipular informação recebida no curto-prazo, a Laura obteve um resultado de nível médio superior, o que sugere a manutenção da atenção e concentração.

A Laura obteve um resultado médio no que respeita à aprendizagem por ensaio único, nomeadamente na capacidade para evocar informação auditiva, logo após uma única apresentação da informação (PE=20, P54). Apresentou um bom resultado na evolução da aprendizagem, que se refere à capacidade de assimilar novas informações auditivas, após várias apresentações dos estímulos (PE=25, P87) e na capacidade de retenção da informação (PE=23, P75). Porém revelou acentuada dificuldade na capacidade de recuperação da informação (PE=-18, P1).

3.6.7. Discussão do caso de Avaliação

A Laura demonstrou-se sempre cooperante ao longo da avaliação, apesar de se mostrar muito ansiosa na execução de algumas tarefas e frustração ao confrontar-se com a dificuldade na concretização das mesmas. Apesar de alguns sinais sugestivos de declínio mais acentuado em funções específicas, a Laura, apresenta alterações cognitivas expectáveis no envelhecimento. A ausência de sintomatologia depressiva contrasta com uma ansiedade elevada, que pode contribuir para uma diminuição do rendimento cognitivo, especialmente em tarefas que exigem maior esforço mental ou concentração prolongada.

Mostra-se bem orientada no tempo e no espaço, e mantém uma boa capacidade de atenção e memória visual. Apesar disso, surgem dificuldades evidentes ao nível da memória verbal recente, da evocação espontânea de informação e da organização visuoespacial. A sua capacidade de planear, estruturar e reproduzir elementos complexos revela-se limitada, com execução mais lenta do que a média da população da mesma faixa etária.

Embora consiga reter informação quando esta lhe é apresentada de forma repetida, mostra dificuldade na aprendizagem inicial e na recuperação ativa de conteúdos, o que sugere um padrão de funcionamento que poderá estar associado a alterações cognitivas.

Apesar da Laura demonstrar ter competências preservadas em áreas fundamentais para a sua autonomia funcional, existem evidências de um ligeiro comprometimento cognitivo que deverá ser monitorizado ao longo do tempo.

Em consonância com os resultados obtidos, recomendou-se que a Laura fosse observada em consulta médica de Neurologia, para uma avaliação mais pormenorizada. Solicitou-se ao serviço de Terapia Ocupacional a preparação de um programa de atividades de estimulação cognitiva que promova a memória verbal, a atenção e o raciocínio lógico. Para dar resposta aos elevados níveis de ansiedade e aos acontecimentos de vida, sugeriu-se a continuação das consultas de acompanhamento psicológico individual e a integração no grupo sénior “Serenamente” de gestão de ansiedade, a decorrer no Centro de Saúde. Garantiu-se que a filha mais próxima foi informada sobre as suas dificuldades e foram explicadas estratégias de apoio, adequadas à sua condição.

IV Parte

Conclusão

A realização do estágio no Núcleo de Psicologia de um Centro de Saúde da Grande Lisboa constitui-se como uma oportunidade marcante, tanto a nível profissional como pessoal. Tenho 42 anos, tendo concluído a minha licenciatura em 2007, a minha trajetória profissional não seguiu um percurso linear nem expectável. Na psicologia, quando terminei o curso tive uma experiência de dois anos num hospital psiquiátrico em Londres na área das perturbações alimentares. Depois disso, tive outra profissão, trabalhei em outros países, com pessoas de diferentes culturas. A pandemia trouxe-me de volta à Psicologia e desde então tenho feito várias formações, tenho trabalhado na área dos primeiros socorros psicológicos, como formadora e criei o meu próprio consultório. A construção do meu caminho, a diversidade de experiências, a necessidade de adaptação, de encontrar soluções, leva-me a apreciar ter uma voz nos contextos em que estou envolvida. Não obstante, reconheço a importância das regras e valorizo as hierarquias.

Reconheço-me como uma pessoa com grande capacidade de adaptação, com capacidade de escuta ativa, de compreender os contextos e as pessoas, com competências técnicas e reflexão crítica. No entanto, a realização deste estágio levantou-me alguns receios no plano pessoal, sobretudo, como seria recebida e de que forma me adaptaria ao papel de estagiária.

Preparei-me para que neste estágio, fosse tratada como qualquer outra estagiária, independentemente da minha experiência, formação e idade. Tinha a expectativa de que poderia ser desconsiderada, algo que, confesso, me preocupava. Apesar de considerar que sou uma pessoa que sabe o seu lugar, valorizo a construção de um sentimento de pertença nos contextos em que me insiro, gosto de contribuir e acrescentar valor. A hipótese de ser tratada como invisível era o meu maior receio.

No entanto, desde a primeira entrevista que fui recebida com respeito e consideração. Ao longo dos meses, com todos os profissionais que me fui cruzando, recebi um trato cordial. Percorri todas as etapas próprias de um estagiário, conheci todos os departamentos, assisti aos diferentes programas desenvolvidos pelo núcleo e assisti a consultas de triagem. Observaram as minhas triagens iniciais e ao respeito juntou-se a confiança mútua, que me fez querer entregar toda a minha dedicação. Adaptei-me ao ritmo do serviço e à dinâmica da ocupação das salas,

um tema sensível no núcleo, optando por soluções práticas que não criassem tensão nem incomodo aos profissionais.

No que respeita às consultas e à relação como os utentes, esta experiência trouxe-me aprendizagens únicas, possibilitando-me o contacto com diferentes contextos socioeconómicos e faixas etárias, numa diversidade que muito enriqueceu a minha prática e a minha visão profissional. Foi também um contraste significativo com a experiência maioritariamente em contexto de clínica privada que tenho vivenciado.

Ao longo destes sete meses, entreguei-me com dedicação e sentido de compromisso, senti-me muito feliz, realizada e tive enormes ganhos pessoais. Fortaleci as minhas competências interpessoais, de reflexão crítica, empatia e adaptação. Reforcei ainda mais a minha admiração pelos profissionais de saúde e terminei com a sensação de também eu ter retribuído, de alguma forma, para o SNS. Um sistema, ao qual guardo enorme gratidão, por ter respondido de forma eficiente em momentos crucias da vida da minha família.

Em suma, mais do que um estágio que ampliou o meu conhecimento científico, vivi uma oportunidade de pertencer a algo maior, valioso e que faz a diferença na vida das pessoas.

Referências Bibliográficas

Alexopoulos, G. S. (2005). Depression in the elderly. *The Lancet*, 365(9475), 1961–1970. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)66665-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)66665-2)

Almeida, J. M. C., Xavier, M., Cardoso, G., Pereira, A., Gusmão, R., Corrêa, B., & Caldas-de-Almeida, J. M. (2013). *Estudo epidemiológico nacional de saúde mental – 1.º relatório*. Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa. https://www.fcm.unl.pt/main/alldoc/galeria_imagens/Relatorio_Epidemiologia_Saude_Mental.pdf

Alwahhabi, F. (2003). Anxiety symptoms and generalized anxiety disorder in the elderly: A review. *Harvard Review of Psychiatry*, 4, 180–193.

Alzheimer Europe. (2019). *Dementia in Europe Yearbook 2019: Estimating the prevalence of dementia in Europe*. Alzheimer Europe.

Alzheimer’s Disease International. (2015). *Women and dementia: A global research review*. Alzheimer’s Disease International. <https://www.alzint.org/u/Women-and-Dementia.pdf>

American Psychiatric Association. (2017). *Ethical principles of psychologists and code of conduct*. American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>

American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.; DSM-5-TR). American Psychiatric Publishing. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>

American Psychological Association. (2020). *Standards for educational and psychological testing*. American Psychological Association.

American Psychological Association. (2024). *Guidelines for psychological practice with older adults*. American Psychological Association.

Andersson, G., Cuijpers, P., Carlbring, P., Riper, H., & Hedman, E. (2014). Guided Internet-based vs. face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: A systematic review and meta-analysis. *World Psychiatry*, 13(3), 288–295. <https://doi.org/10.1002/wps.20151>

Beekman, A. T., de Beurs, E., van Balkom, A. J., Deeg, D. J., van Dyck, R., & van Tilburg, W. (2000). Anxiety and depression in later life: Co-occurrence and communality of risk factors. *American Journal of Psychiatry*, 157(1), 89–95. <https://doi.org/10.1176/ajp.157.1.89>

Baldwin, D. S., Waldman, S., & Allgulander, C. (2014). Evidence-based pharmacological treatment of generalized anxiety disorder. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 14(5), 697–710. <https://doi.org/10.1017/S1461145710001434>

Bandelow, B., & Michaelis, S. (2015). Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 17(3), 327–335. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2015.17.3/bbandelow>

Bandelow, B., Michaelis, S., & Wedekind, D. (2017). Treatment of anxiety disorders. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 19(2), 93–107. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2017.19.2/bbandelow>

Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2nd ed.). Guilford Press.

Beck, A. T., & Haigh, E. A. P. (2014). Advances in cognitive theory and therapy: The generic cognitive model. *Annual Review of Clinical Psychology*, 10, 1–24. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032813-153734>

Beck, J. S. (2011). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond* (2nd ed.). Guilford Press.

Beck, J. S. (2020). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond* (3rd ed.). Guilford Press.

Belmaker, R. H., & Agam, G. (2008). Major depressive disorder. *New England Journal of Medicine*, 358(1), 55–68. <https://doi.org/10.1056/NEJMra073096>

Bennett-Levy, J., Richards, D. A., Farrand, P., Christensen, H., Griffiths, K. M., Kavanagh, D. J., Klein, B., Lau, M. A., Proudfoot, J., Ritterband, L., White, J., & Williams, C. (2014). *Oxford guide to low intensity CBT interventions*. Oxford University Press.

Blazer, D. G. (2003). Depression in late life: Review and commentary. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 58(3), 249–265. <https://doi.org/10.1093/gerona/58.3.M249>

Bonanno, G. A., Westphal, M., & Mancini, A. D. (2011). Resilience to loss and potential trauma. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7, 511–535. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032210-104526>

Borrell-Carrió, F., Suchman, A. L., & Epstein, R. M. (2004). The biopsychosocial model 25 years later: Principles, practice, and scientific inquiry. *Annals of Family Medicine*, 2(6), 576–582. <https://doi.org/10.1370/afm.245>

Bower, P., & Gilbody, S. (2005). Managing common mental health disorders in primary care: Conceptual models and evidence base. *BMJ*, 330(7495), 839–842. <https://doi.org/10.1136/bmj.330.7495.839>

Bower, P., & Gilbody, S. (2005). Stepped care in psychological therapies: Access, effectiveness and efficiency. *British Journal of Psychiatry*, 186(1), 11–17. <https://doi.org/10.1192/bjp.186.1.11>

Bozarth, J. D. (1998). *Person-centered therapy: A revolutionary paradigm*. PCCS Books.

Bryant, C., Jackson, H., & Ames, D. (2008). The prevalence of anxiety in older adults: Methodological issues and a review of the literature. *Journal of Affective Disorders*, 109(3), 233–250. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2007.11.008>

Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M., & Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 26(1), 17–31. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.07.003>

Cain, D. J. (2010). *Person-centered psychotherapies*. American Psychological Association.

Cape, J., Whittington, C., Buszewicz, M., Wallace, P., & Underwood, L. (2010). Brief psychological therapies for anxiety and depression in primary care: Meta-analysis and meta-regression. *BMC Medicine*, 8(1), 38. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-8-38>

Carvalho Teixeira, J. A. (2004). Formação e intervenção em psicologia da saúde. *Análise Psicológica*. <https://doi.org/10.14417/ap.214>

Casey, P., & Doherty, A. (2012). Adjustment disorder: Implications for ICD-11 and DSM-5. *British Journal of Psychiatry*, 201(2), 90–92. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.110494>

Choi, N. G., Marti, C. N., Bruce, M. L., Hegel, M. T., Wilson, N. L., & Kunik, M. E. (2014). Six-month postintervention depression and disability outcomes of in-home telehealth problem-solving therapy for depressed, low-income homebound older adults. *Depression and Anxiety*, 31(8), 653–661. <https://doi.org/10.1002/da.22250>

Chrousos, G. P. (2009). Stress and disorders of the stress system. *Nature Reviews Endocrinology*, 5(7), 374–381. <https://doi.org/10.1038/nrendo.2009.106>

Clark, D. A., & Beck, A. T. (2010). *Cognitive therapy of anxiety disorders: Science and practice*. Guilford Press.

Collard, R. M., Boter, H., Schoevers, R. A., & Oude Voshaar, R. C. (2012). Prevalence of frailty in community-dwelling older persons: A systematic review. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60(8), 1487–1492. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2012.04054.x>

Conwell, Y., & Thompson, C. (2008). Suicidal behavior in elders. *Psychiatric Clinics of North America*, 31(2), 333–356. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2008.01.004>

Cooper, M., & McLeod, J. (2011). *Person-centered therapy: A pluralistic perspective*. Routledge.

Courtin, E., & Knapp, M. (2017). Social isolation, loneliness and health in old age: A scoping review. *Health & Social Care in the Community*, 25(3), 799–812. <https://doi.org/10.1111/hsc.12311>

Craske, M. G., Treanor, M., Conway, C. C., Zbozinek, T., & Vervliet, B. (2014). Maximizing exposure therapy: An inhibitory learning approach. *Behaviour Research and Therapy*, 58, 10–23. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.04.006>

Cuijpers, P., Berking, M., Andersson, G., Quigley, L., Kleiboer, A., & Dobson, K. S. (2013). A meta-analysis of cognitive-behavioural therapy for adult depression, alone and in comparison with other treatments. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 58(7), 376–385. <https://doi.org/10.1177/070674371305800702>

Cuijpers, P., Karyotaki, E., Weitz, E., Andersson, G., Hollon, S. D., & van Straten, A. (2014). The effects of psychotherapies for major depression in adults on remission, recovery and improvement: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 159, 118–126. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.02.026>

Cuijpers, P., Karyotaki, E., de Wit, L., & Ebert, D. D. (2020). The effects of fifteen evidence-supported therapies for adult depression: A meta-analytic review. *Psychotherapy Research*, 30(3), 279–293. <https://doi.org/10.1080/10503307.2019.1649732>

Cuijpers, P., Karyotaki, E., Eckshtain, D., Ng, M. Y., Corteselli, K. A., Noma, H., ... Weisz, J. R. (2020). Psychotherapy for depression across different age groups: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 77(7), 694–702. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.0164>

Cuijpers, P., Noma, H., Karyotaki, E., Cipriani, A., & Furukawa, T. A. (2019). Effectiveness and acceptability of cognitive behavior therapy delivery formats in adults with depression: A network meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 76(7), 700–707. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.0268>

Davidson, J. R. (2009). First-line pharmacotherapy approaches for generalized anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 70(Suppl 2), 25–31. <https://doi.org/10.4088/jcp.s.7002.05>

Direção-Geral da Saúde. (2018). *Estratégia Nacional para a Saúde na Área das Demências*. Ministério da Saúde.

Elliott, R., Greenberg, L. S., & Lietaer, G. (2013). Research on experiential psychotherapies. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6th ed., pp. 495–538). Wiley.

Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>

Etkin, A., & Wager, T. D. (2007). Functional neuroimaging of anxiety: A meta-analysis of emotional processing in PTSD, social anxiety disorder, and specific phobia. *American Journal of Psychiatry*, 164(10), 1476–1488. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.07030504>

Fernández-Ballesteros, R. (2013). *Evaluación psicológica* (2ª edição) Madrid: Pirámide

Figueiredo, B., & Conde, A. (2011). Anxiety and depression in women and men from early pregnancy to 3-months postpartum. *Archives of Women's Mental Health*, 14(3), 247–255. <https://doi.org/10.1007/s00737-011-0217-3>

Fiske, A., Wetherell, J. L., & Gatz, M. (2009). Depression in older adults. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5, 363–389. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.032408.153621>

Fontein Kuipers, Y. J., Nieuwenhuijze, M. J., Ausems, M., Budé, L., & de Vries, R. (2014). Antenatal interventions to reduce maternal distress: A systematic review and meta-analysis of randomized trials. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 121(4), 389–397.

Forsell, Y. (2000). Predictors for depression, anxiety and psychotic symptoms in a very elderly population: Data from a 3-year follow-up study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35(6), 259–263. <https://doi.org/10.1007/s001270050237>

Forsman, A. K., Nordmyr, J., & Wahlbeck, K. (2011). Psychosocial interventions for the promotion of mental health and the prevention of depression among older adults. *Health Promotion International*, 26(Suppl. 1), i85–i107. <https://doi.org/10.1093/heapro/dar074>

Franco, A., Sousa, E., & Teixeira, J. A. C. (1992). O psicólogo nos centros de saúde: Dos conteúdos semânticos aos problemas de identidade. *Análise Psicológica*, 10(2), 205–211.

Gellatly, J., Bower, P., Hennessy, S., Richards, D., Gilbody, S., & Lovell, K. (2007). What makes self-help interventions effective in the management of depressive symptoms? Meta-analysis and meta-regression. *Psychological Medicine*, 37(9), 1217–1228. <https://doi.org/10.1017/S0033291707000062>

Grammatikopoulos, I., & Koutentakis, C. (2010). Social activity and participation as determinants of anxiety and depression among elderly in primary care. *Annals of General Psychiatry*, 9(Suppl. 1), S137. <https://doi.org/10.1186/1744-859X-9-S1-S137>

Gregory, R. J. (2014). *Psychological testing: History, principles, and applications* (7th ed.). Pearson.

Hettema, J. M., Neale, M. C., & Kendler, K. S. (2001). A review and meta-analysis of the genetic epidemiology of anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 158(10), 1568–1578. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.10.1568>

Hill, C. E., & Knox, S. (2009). Processing the therapeutic relationship. *Psychotherapy Research*, 19(1), 13–29. <https://doi.org/10.1080/10503300802621206>

Hill, C. E., & Lent, R. W. (2006). A narrative and meta-analytic review of helping skills training: Time to revive a dormant area of inquiry. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43(2), 154–172. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.43.2.154>

Hill, C. E., & O'Brien, K. M. (1999). *Helping skills: Facilitating exploration, insight, and action*. American Psychological Association.

Hofmann, S. G., Asnaani, A., & Hinton, D. E. (2010). Cultural aspects in social anxiety and social anxiety disorder. *Depression and Anxiety*, 27(12), 1117–1127. <https://doi.org/10.1002/da.20759>

Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 36(5), 427–440. <https://doi.org/10.1007/s10608-012-9476-1>

Howard, D. M., Adams, M. J., Clarke, T.-K., Hafferty, J. D., Gibson, J., Shirali, M., & McIntosh, A. M. (2019). Genome-wide meta-analysis of depression identifies 102 independent variants and highlights the importance of the prefrontal brain regions. *Nature Neuroscience*, 22(3), 343–352. <https://doi.org/10.1038/s41593-018-0326-7>

Hunter, C. L., Goodie, J. L., Oordt, M. S., & Dobmeyer, A. C. (2017). *Integrated behavioral health in primary care: Step-by-step guidance for assessment and intervention* (2nd ed.). American Psychological Association.

Hunter, M., & Rendall, M. (2007). Bio-psycho-socio-cultural perspectives on menopause. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 21(2), 261–274. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2006.11.001>

Hutz, C. S., Bandeira, D. R., & Trentini, C. M. (Eds.). (2015). *Psicometria*. Artmed.

Instituto Nacional de Estatística. (2016). *Inquérito Nacional de Saúde 2014*. INE. <https://www.ine.pt>

Instituto Nacional de Estatística. (2019). *Estatísticas da saúde 2017*. INE.

Instituto Nacional de Estatística. (2020). *Estatísticas demográficas 2019*. INE. <https://www.ine.pt>

Joseph, S., & Murphy, D. (2013). Person-centered approach, positive psychology, and relational helping. *Journal of Humanistic Psychology*, 53(1), 26–51. <https://doi.org/10.1177/0022167812436426>

Katon, W. J. (2011). Epidemiology and treatment of depression in patients with chronic medical illness. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 13(1), 7–23. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2011.13.1/wkaton>

Kazantzis, N., Dattilio, F. M., & Dobson, K. S. (2017). *The therapeutic relationship in cognitive behavior therapy*. Guilford Press.

Kendler, K. S. (2016). The phenomenology of major depression and the representativeness and nature of DSM criteria. *American Journal of Psychiatry*, 173(8), 771–780. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2016.15121509>

Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Benjet, C., Bromet, E. J., Cardoso, G., Degenhardt, L., de Girolamo, G., Dinolova, R. V., Ferry, F., Florescu, S., Gureje, O., Haro, J. M., Huang, Y., Karam, E. G., Kawakami, N., Lee, S., Lepine, J. P., Levinson, D., ... Koenen, K. C. (2017). Trauma and PTSD in the WHO World Mental Health Surveys. *European Journal of Psychotraumatology*, 8(sup5), 1353383. <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1353383>

Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593–602. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.593>

Kessler, R. C., Birnbaum, H., Bromet, E., Hwang, I., Sampson, N., & Shahly, V. (2010). Age differences in major depression: Results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Psychological Medicine*, 40(2), 225–237. <https://doi.org/10.1017/S0033291709990213>

Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 617–627. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.617>

Klein, D. N., & Santiago, N. J. (2003). Dysthymia and chronic depression: Introduction, classification, risk factors, and course. *Journal of Clinical Psychology*, 59(8), 807–816. <https://doi.org/10.1002/jclp.10174>

Kotov, R., Gamez, W., Schmidt, F., & Watson, D. (2010). Linking “big” personality traits to anxiety, depressive, and substance use disorders: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 136(5), 768–821. <https://doi.org/10.1037/a0020327>

Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B., Monahan, P. O., & Löwe, B. (2007). Anxiety disorders in primary care: Prevalence, impairment, comorbidity, and detection. *Annals of Internal Medicine*, 146(5), 317–325. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-146-5-200703060-00004>

Kuehner, C. (2017). Why is depression more common among women than among men? *The Lancet Psychiatry*, 4(2), 146–158. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30263-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30263-2)

Kuiper, J. S., Zuidersma, M., Oude Voshaar, R. C., Zuidema, S. U., van den Heuvel, E. R., Stolk, R. P., & Smidt, N. (2015). Social relationships and risk of dementia: A systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies. *Ageing Research Reviews*, 22, 39–57. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2015.04.006>

Laidlaw, K., Thompson, L. W., Dick-Siskin, L., & Gallagher-Thompson, D. (2003). *Cognitive behaviour therapy with older people*. Wiley.

Lamers, F., van Oppen, P., Comijs, H. C., Smit, J. H., Spinhoven, P., van Balkom, A. J., Nolen, W. A., Zitman, F. G., Beekman, A. T., & Penninx, B. W. (2011). Comorbidity patterns of anxiety and depressive disorders in a large cohort study: The Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). *Journal of Clinical Psychiatry*, 72(3), 341–348. <https://doi.org/10.4088/JCP.10m06176blu>

Lenze, E. J., & Wetherell, J. L. (2011). A lifespan view of anxiety disorders. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 13(4), 381–399. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2011.13.4/elenze>

Li, S. H., & Graham, B. M. (2017). Why are women so vulnerable to anxiety, trauma-related and stress-related disorders? The potential role of sex hormones. *The Lancet Psychiatry*, 4(1), 73–82. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30358-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30358-3)

Livingston, G., Huntley, J., Sommerlad, A., Ames, D., Ballard, C., Banerjee, S., ... Mukadam, N. (2020). Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. *The Lancet*, 396(10248), 413–446. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30367-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30367-6)

Liu, C. C., Kanekiyo, T., Xu, H., & Bu, G. (2013). Apolipoprotein E and Alzheimer disease: Risk, mechanisms and therapy. *Nature Reviews Neurology*, 9(2), 106–118. <https://doi.org/10.1038/nrneurol.2012.263>

Lorant, V., Delière, D., Eaton, W., Robert, A., Philippot, P., & Ansseau, M. (2003). Socioeconomic inequalities in depression: A meta-analysis. *American Journal of Epidemiology*, 157(2), 98–112. <https://doi.org/10.1093/aje/kwfl82>

Luppa, M., Sikorski, C., Luck, T., Ehreke, L., Konnopka, A., Wiese, B., ... Riedel-Heller, S. G. (2012). Age- and gender-specific prevalence of depression in latest-life: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 136(3), 212–221. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.11.033>

Malhi, G. S., & Mann, J. J. (2018). Depression. *The Lancet*, 392(10161), 2299–2312. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31948-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31948-2)

Maslow, A. H. (1954). *Motivation and personality*. Harper & Row.

McKhann, G. M., Knopman, D. S., Chertkow, H., Hyman, B. T., Jack, C. R., Kawas, C. H., Klunk, W. E., Koroshetz, W. J., Manly, J. J., Mayeux, R., Mohs, R. C., Morris, J. C., Rossor, M. N., Scheltens, P., Carrillo, M. C., Thies, B., Weintraub, S., & Phelps, C. H. (2011). The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: Recommendations from the National Institute on Aging–Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimer's & Dementia*, 7(3), 263–269. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2011.03.005>

McLaughlin, K. A., Conron, K. J., Koenen, K. C., & Gilman, S. E. (2010). Childhood adversity, adult stressful life events, and risk of past-year psychiatric disorder: A test of the stress sensitization hypothesis in a population-based sample of adults. *Psychological Medicine*, 40(10), 1647–1658. <https://doi.org/10.1017/S0033291709992121>

McLean, C. P., Asnaani, A., Litz, B. T., & Hofmann, S. G. (2011). Gender differences in anxiety disorders: Prevalence, course of illness, comorbidity, and burden. *Journal of Psychiatric Research*, 45(8), 1027–1035. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2011.03.006>

Mineka, S., & Zinbarg, R. (2006). A contemporary learning theory perspective on the etiology of anxiety disorders: It's not what you thought it was. *American Psychologist*, 61(1), 10–26. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.61.1.10>

Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2016). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change* (2nd ed.). Guilford Press.

Mitchell, A. J., Vaze, A., & Rao, S. (2009). Clinical diagnosis of depression in primary care: A meta-analysis. *The Lancet*, 374(9690), 609–619. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60879-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60879-5)

Moussavi, S., Chatterji, S., Verdes, E., Tandon, A., Patel, V., & Ustun, B. (2007). Depression, chronic diseases, and decrements in health: Results from the World Health Surveys. *The Lancet*, 370(9590), 851–858. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61415-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61415-9)

Nasreddine, Z. S., Phillips, N. A., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., Cummings, J. L., & Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment (MoCA): A brief screening tool for mild cognitive impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(4), 695–699. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.53221.x>

Nezu, C. M., Nezu, A. M., & D’Zurilla, T. J. (2013). *Problem-solving therapy: A positive approach to clinical intervention* (3rd ed.). Springer.

Nolen-Hoeksema, S. (2012). Emotion regulation and psychopathology: The role of gender. *Annual Review of Clinical Psychology*, 8, 161–187. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032511-143109>

Nutt, D. J., & Malizia, A. L. (2004). Structural and functional brain changes in posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65(Suppl. 1), 11–17.

O’Hara, M. W., & McCabe, J. E. (2013). Postpartum depression: Current status and future directions. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 379–407. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185612>

O’Hara, M. W., & Wisner, K. L. (2014). Perinatal mental illness: Definition, description and aetiology. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 28(1), 3–12. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2013.09.002>

Olf, M. (2017). Sex and gender differences in post-traumatic stress disorder: An update. *European Journal of Psychotraumatology*, 8(4), 1351204. <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1351204>

Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2016). *Código Deontológico*. <https://www.ordemdospsicologos.pt>

Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2020). *Intervenção psicológica nos cuidados de saúde primários: Recomendações de boas práticas*. <https://www.ordemdospsicologos.pt>

Organisation for Economic Co-operation and Development. (2018). *Care needed: Improving the lives of people with dementia*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/9789264085107-en>

Ownby, R. L., Crocco, E., Acevedo, A., John, V., & Loewenstein, D. (2006). Depression and risk for Alzheimer disease: Systematic review, meta-analysis, and metaregression analysis. *Archives of General Psychiatry*, 63(5), 530–538. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.63.5.530>

Pachana, N. A., Byrne, G. J., Siddle, H., Koloski, N., Harley, E., & Arnold, E. (2007). Development and validation of the Geriatric Anxiety Inventory. *International Psychogeriatrics*, 19(1), 103–114. <https://doi.org/10.1017/S1041610206003504>

Pais-Ribeiro, J. L. (2013). Medida na avaliação psicológica. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 14(1), 245–263.

Paul, K. I., & Moser, K. (2009). Unemployment impairs mental health: Meta-analyses. *Journal of Vocational Behavior*, 74(3), 264–282. <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2009.01.001>

Pitkälä, K. H., Routasalo, P., Kautiainen, H., & Tilvis, R. S. (2009). Effects of psychosocial group rehabilitation on health, use of health care services, and mortality of older persons suffering from loneliness: A randomized, controlled trial. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 64(7), 792–800. <https://doi.org/10.1093/gerona/glp011>

Prince, M., Wimo, A., Guerchet, M., Ali, G., Wu, Y., & Prina, M. (2015). *World Alzheimer Report 2015: The global impact of dementia*. Alzheimer's Disease International.

Remes, O., Brayne, C., van der Linde, R., & Lafortune, L. (2016). A systematic review of reviews on the prevalence of anxiety disorders in adult populations. *Brain and Behavior*, 6(7), e00497. <https://doi.org/10.1002/brb3.497>

Reynolds, C. F., Cuijpers, P., Patel, V., Cohen, A., Dias, A., Chowdhary, N., ... Anderson, S. J. (2012). Early intervention to reduce the global health and economic burden of major depression in older adults. *Annual Review of Public Health*, 33, 123–135. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031811-124544>

Richards, D. (2011). Prevalence and clinical course of depression: A review. *Clinical Psychology Review*, 31(7), 1117–1125. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.07.004>

Richards, D., & Richardson, T. (2012). Computer-based psychological treatments for depression: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 32(4), 329–342. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.02.004>

Richards, D. A., Ekers, D., McMillan, D., Taylor, R. S., Byford, S., Warren, F. C., Barrett, B., Farrand, P. A., Gilbody, S., Kuyken, W., O'Mahen, H., Watkins, E. R., Wright, K. A., Hollon, S. D., Reed, N., Rhodes, S., Fletcher, E., & Finning, K. (2016). Cost and outcome of behavioural activation versus cognitive behavioural therapy for depression (COBRA): A randomised, controlled, non-inferiority trial. *The Lancet*, 388(10047), 871–880. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31140-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31140-0)

Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy: Its current practice, implications, and theory*. Houghton Mifflin.

Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21(2), 95–103. <https://doi.org/10.1037/h0045357>

Rogers, C. R. (1959). A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework. In S. Koch (Ed.), *Psychology: A study of a science* (Vol. 3, pp. 184–256). McGraw-Hill.

Rogers, C. R. (1961). *On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy*. Houghton Mifflin.

Ruscio, A. M., Hallion, L. S., Lim, C. C. W., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Andrade, L. H., Borges, G., Bromet, E. J., de Almeida, J. M. C., Demyttenaere, K., Florescu, S., Gureje, O., Haro, J. M., Hinkov, H., Hu, C., de Jonge, P., Karam, E. G., ... Scott, K. M. (2017). Cross-sectional comparison of the epidemiology of DSM-5 generalized anxiety disorder across the globe. *JAMA Psychiatry*, 74(5), 465–475. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.0056>

Sanders, M. R., & Turner, K. M. T. (2018). The importance of parenting in influencing the lives of children. In M. R. Sanders & A. Morawska (Eds.), *Handbook of parenting and child development across the lifespan* (pp. 3–26). Springer.

Sandi, C., & Richter-Levin, G. (2009). From high anxiety trait to depression: A neurocognitive hypothesis. *Trends in Neurosciences*, 32(6), 312–320. <https://doi.org/10.1016/j.tins.2009.02.004>

Santana, I., Farinha, F., Freitas, S., Rodrigues, V., & Carvalho, Á. (2015). [Artigo]. *Acta Médica Portuguesa*, 28(2), 182–188.

Santana, P., Costa, C., Cardoso, G., Loureiro, A., & Ferrão, J. (2015). Suicide in Portugal: Spatial determinants in a context of economic crisis. *Health & Place*, 35, 85–94. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2015.07.001>

Santini, Z. I., Jose, P. E., York Cornwell, E., Koyanagi, A., Nielsen, L., Hinrichsen, C., Meilstrup, C., Madsen, K. R., & Koushede, V. (2020). Social disconnectedness, perceived isolation, and symptoms of depression and anxiety among older Americans (NSHAP): A longitudinal mediation analysis. *The Lancet Public Health*, 5(1), e62–e70. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(19\)30230-0](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(19)30230-0)

Santini, Z. I., Koyanagi, A., Tyrovolas, S., Mason, C., & Haro, J. M. (2015). The association between social relationships and depression: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 175, 53–65. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.12.049>

Sareen, J., Afifi, T. O., McMillan, K. A., & Asmundson, G. J. (2011). Relationship between household income and mental disorders: Findings from a population-based longitudinal study. *Archives of General Psychiatry*, 68(4), 419–427. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.15>

Scheltens, P., Blennow, K., Breteler, M. M. B., de Strooper, B., Frisoni, G. B., Salloway, S., & van der Flier, W. M. (2016). Alzheimer's disease. *The Lancet*, 388(10043), 505–517. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01124-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01124-1)

Schneider, K. J., Pierson, J. F., & Bugental, J. F. T. (2015). *The handbook of humanistic psychology: Theory, research, and practice* (2nd ed.). SAGE.

Schnyder, U., & Cloitre, M. (2015). *Evidence based treatments for trauma-related psychological disorders: A practical guide for clinicians*. Springer.

Schoevers, R. A., Beekman, A. T., Deeg, D. J., Jonker, C., & van Tilburg, W. (2003). Comorbidity and risk-patterns of depression, generalised anxiety disorder and mixed anxiety-depression in later life: Results from the AMSTEL study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18(11), 994–1001. <https://doi.org/10.1002/gps.1001>

Schuch, F. B., Vancampfort, D., Firth, J., Rosenbaum, S., Ward, P. B., Silva, E. S., Hallgren, M., De Leon, A. P., Dunn, A. L., Deslandes, A. C., & Stubbs, B. (2016). Physical

activity and incident depression: A meta-analysis of prospective cohort studies. *American Journal of Psychiatry*, 175(7), 631–648. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2018.17111194>

Scott, K. M., Lim, C., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Bruffaerts, R., Caldas-de-Almeida, J. M., ... Kessler, R. C. (2016). Association of mental disorders with subsequent chronic physical conditions: World Mental Health Surveys from 17 countries. *JAMA Psychiatry*, 73(2), 150–158. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.2688>

Seekles, W., van Straten, A., Beekman, A., van Marwijk, H., & Cuijpers, P. (2011). Stepped care treatment for depression and anxiety in primary care: A randomized controlled trial. *Trials*, 12, 171. <https://doi.org/10.1186/1745-6215-12-171>

Serviço Nacional de Saúde. (2019). *Portugal: Saúde mental em números – 2019*. Administração Central do Sistema de Saúde.

Serviço Nacional de Saúde. (2019). *Relatório de Monitorização dos Cuidados de Saúde Primários*. Administração Central do Sistema de Saúde. <https://www.acss.min-saude.pt>

Shin, L. M., & Liberzon, I. (2010). The neurocircuitry of fear, stress, and anxiety disorders. *Neuropsychopharmacology*, 35(1), 169–191. <https://doi.org/10.1038/npp.2009.83>

Spielberger, C. D. (2010). State-Trait anxiety inventory. In I. B. Weiner & W. E. Craighead (Eds.), *The Corsini encyclopedia of psychology* (4th ed.). Wiley.

Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092–1097. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>

Stanley, B., & Brown, G. K. (2012). Safety planning intervention: A brief intervention to mitigate suicide risk. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(2), 256–264. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2011.01.001>

Stein, A., Pearson, R. M., Goodman, S. H., Rapa, E., Rahman, A., McCallum, M., Howard, L. M., & Pariante, C. M. (2014). Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. *The Lancet*, 384(9956), 1800–1819. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61277-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61277-0)

Stern, Y. (2012). Cognitive reserve in ageing and Alzheimer's disease. *The Lancet Neurology*, 11(11), 1006–1012. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(12\)70191-6](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(12)70191-6)

Sullivan, P. F., Neale, M. C., & Kendler, K. S. (2000). Genetic epidemiology of major depression: Review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 157(10), 1552–1562. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.10.1552>

Thornicroft, G., Chatterji, S., Evans-Lacko, S., Gruber, M., Sampson, N., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Andrade, L., Borges, G., Bruffaerts, R., Bunting, B., Caldas de Almeida, J. M., Florescu, S., de Girolamo, G., Gureje, O., Haro, J. M., He, Y., Hinkov, H., ... Kessler, R. C. (2017). Undertreatment of people with major depressive disorder in 21 countries. *British Journal of Psychiatry*, 210(2), 119–124. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.188078>

Trindade, I. (2009). *Psicologia nos cuidados de saúde primários* (2nd ed.). Climepsi Editores.

Trindade, I., & Carvalho Teixeira, J. A. (1998). O psicólogo nos cuidados de saúde primários. *Análise Psicológica*, 16(2).

Unidade de Saúde Pública Amélia Leitão. (2024). *Perfil local de saúde – Cascais 2024* (1.ª ed.). Unidade Local de Saúde de Lisboa Ocidental, E.P.E.

Urbina, S. (2014). *Essentials of psychological testing* (2nd ed.). Wiley.

Van Droogenbroeck, F., Spruyt, B., & Keppens, G. (2018). Gender differences in mental health problems among adolescents and the role of social support: Results from the Belgian health interview surveys 2008 and 2013. *BMC Psychiatry*, 18(1), 6. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1591-4>

Vink, D., Aartsen, M. J., & Schoevers, R. A. (2008). Risk factors for anxiety and depression in the elderly: A review. *Journal of Affective Disorders*, 106(1–2), 29–44. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2007.06.005>

Vøllestad, J., Nielsen, M. B., & Nielsen, G. H. (2012). Mindfulness- and acceptance-based interventions for anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis. *British Journal of Clinical Psychology*, 51(3), 239–260. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.2011.02024.x>

Wade, D. T., & Halligan, P. W. (2017). The biopsychosocial model of illness: A model whose time has come. *Clinical Rehabilitation*, 31(8), 995–1004. <https://doi.org/10.1177/0269215517709890>

Wakefield, J. C., Schmitz, M. F., First, M. B., & Horwitz, A. V. (2007). Extending the bereavement exclusion for major depression to other losses: Evidence from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 64(4), 433–440. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.64.4.433>

Wittchen, H.-U., et al. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21(9), 655–679. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2011.07.018>

Wolitzky-Taylor, K. B., Castriotta, N., Lenze, E. J., Stanley, M. A., & Craske, M. G. (2010). Anxiety disorders in older adults: A comprehensive review. *Depression and Anxiety*, 27(2), 190–211. <https://doi.org/10.1002/da.20653>

World Health Organization. (2014). *Preventing suicide: A global imperative*. WHO.

World Health Organization. (2017). *Mental health of older adults*. WHO. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>

World Health Organization. (2018). *Gender and women's mental health*. WHO. <https://www.who.int>

World Health Organization. (2018). *Integrating mental health into primary care: A global perspective*. WHO Press. <https://www.who.int>

World Health Organization. (2018). *Mental health in primary care: Illusion or inclusion?* WHO.

World Health Organization. (2021). *Depression*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>

World Health Organization. (2021). *Global report on ageism*. WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240016866>

World Health Organization. (2021). *Global status report on the public health response to dementia*. WHO.

Wuthrich, V. M., & Frei, J. (2015). Barriers to treatment for older adults seeking psychological therapy. *International Psychogeriatrics*, 27(7), 1227–1236. <https://doi.org/10.1017/S1041610215000241>

Yerkes, R. M., & Dodson, J. D. (1908). The relation of strength of stimulus to rapidity of habit-formation. *Journal of Comparative Neurology and Psychology*, 18(5), 459–482. <https://doi.org/10.1002/cne.920180503>

Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V. O. (1982). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17(1), 37–49. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(82\)90033-4](https://doi.org/10.1016/0022-3956(82)90033-4)

Yim, I. S., Stapleton, L. R. T., Guardino, C. M., Hahn-Holbrook, J., & Dunkel Schetter, C. (2015). Biological and psychosocial predictors of postpartum depression: Systematic review and call for integration. *Annual Review of Clinical Psychology*, 11, 99–137. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-101414-020426>