



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

INTERVENÇÃO E ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO EM
CONTEXTO MILITAR

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

Autora: Iurana Monteiro Barbosa Fernandes

Orientadora: Professora Doutora Edite Oliveira

Número da candidata: 30002317

Abril de 2024

Lisboa

Agradecimentos

Gostaria de agradecer à Universidade Autónoma de Lisboa, por ter feito que fosse possível o estágio académico decorresse na instituição a minha escolha.

Aos meus familiares, principalmente aos meus pais, pelo apoio e incentivo, durante todo este percurso, em especial a minha mãe, pelo amor e apoio incondicional. Esta etapa não teria sido possível, sem a vossa compreensão e encorajamento. Está conquista é tanto vossa quanto minha.

Agradeço a minha orientadora, a Prof.^a Doutora Edite Oliveira e, também as professoras do seminário de estágio, a Prof.^a Doutora Odete Nunes e a Prof.^a Rute Brites, pelo conhecimento e dedicação, por nos terem tranquilizados nos momentos de maior aflição e pela disponibilidade em ajudar sempre que fosse possível. Agradeço também aos restantes professores do curso, cujas aulas e orientações contribuíram imensamente para a minha formação.

Um obrigada a instituição que me acolheu e que me fez sentir em casa, em especial ao Tenente-Coronel Rui Eusébio pela disponibilidade em ajudar sempre e a minha orientadora Lena Ernst pela partilha dos seus conhecimentos. O vosso apoio foi essencial para o desenvolvimento deste trabalho.

A um agradecimento especial ao meu namorado, pelo apoio, paciência e compreensão em todos os momentos de stress. Obrigada por acreditar em mim e por ser uma fonte constante de motivação.

A todas as minhas amigas pelas palavras de apoio e incentivo. Muito obrigada, aos meus colegas e amigos da faculdade que me acompanharam nas longas noites de estudo e nos momentos de incerteza, obrigada por cada palavra de incentivos e cada gargalhada, por todos os momentos de partilha, dentro e fora da faculdade.

Todos foram importantes neste percurso.

Resumo

O relatório apresenta o percurso do estágio curricular para a conclusão do Mestrado em Psicologia Clínica e de Aconselhamento, que foi realizada numa instituição militar, situada no conselho de Sintra, tendo sido realizadas 420 horas na totalidade. Este local permitiu ter o primeiro contacto com a Psicologia Clínica. O período de estágio proporcionou, não só, a oportunidade de aplicar e refletir sobre os conhecimentos adquiridos no ambiente académico, mas também desempenhou um papel fundamental no desenvolvimento de competências pessoais e profissionais essenciais para a prática da profissão. Este relatório pretende abordar as problemáticas mais comuns no local de estágio, no qual se destaca a perturbação da ansiedade e a depressão, bem como a intervenção realizada com a população alvo. Além do enquadramento teórico das perturbações mais comum no local de estágio, na componente prática descreve-se um caso de acompanhamento psicológico e um caso de avaliação psicológica. Por último, é apresentada uma reflexão dos casos e uma reflexão a nível pessoal. Os caso de acompanhamentos psicológicos, provém de uma parceria que a instituição tem com uma junta de freguesia do conselho de Sintra.

Palavras-chaves: Psicologia Clínica; Perturbação de Ansiedade; Perturbação Depressiva; Teoria Psicoafetiva

Abstract

This report presents the journey of my internship to complete my Master's Degree in Clinical and Counseling Psychology, which was carried out in a military institution, located in the Sintra council, with a total of 420 hours. This place allowed me to have my first contact with clinical psychology. The internship period not only provided the opportunity to apply and reflect on the knowledge acquired in the academic environment, but also played a fundamental role in the development of personal and professional skills that are essential for practicing the profession. This report aims to address the most common problems at the internship site, in which anxiety disorder and depression stand out, as well as the intervention carried out with the target population. In addition to the theoretical framework of the most common disorders at the internship site, the practical component describes a case of psychological monitoring and a case of psychological assessment. Finally, a reflection on the cases and a personal reflection are presented. The psychological counseling cases come from a partnership that the institution has with a parish council in Sintra

Keywords: Clinical Psychology; Anxiety Disorder; Depressive Disorder; Psycho-affective Theory

Índice Geral

Agradecimentos	II
Resumo	III
Abstract	IV
Introdução	8
PARTE I- CONTEXTO INSTITUCIONAL	9
1. Caraterização da Instituição.....	10
2. Papel do Psicólogo Clínico.....	12
3. Papel do Psicólogo na instituição	13
PARTE II- REVISÃO DE LITERATURA.....	15
1. Perturbações mais comuns no Local de Estágio.....	16
2. Perturbação Depressiva	16
2.1. Classificação e Diagnóstico.....	19
2.2. Etiologia da Depressão	22
2.3. Terapêutica da Depressão.....	24
2.4. Tratamento Médico da Depressão	26
2.5. Intervenções sociais no Tratamento da depressão	27
3. Perturbação de Ansiedade	28
3.1. Classificação e Diagnóstico.....	31
3.2. Etiologia da Ansiedade	33
3.3. Terapêutica da Ansiedade.....	36
4. Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA) em Adultos.....	38
4.1. Classificação e diagnóstico.....	39
4.2. Etiologia	40
Parte III - Caraterização teórica da intervenção.....	42
1. Abordagem Centrada na Pessoa	43
2. Teoria Desenvolvimento Psicoafectivo	46
PARTE IV – ATIVIDADES DO ESTÁGIO.....	48
1. Objetivos gerais	49
2. Objetivos específicos.....	49
2.1. Curso de gestão de stress	49
2.2. Cursos de primeiros socorros psicológicos	49
2.3. <i>High performance Teaming Challenge</i>	50
2.4. Observação e participação de processos vocacionais.....	50

2.5.	Reuniões	51
3.	Acompanhamentos e Avaliação Psicológica	51
3.1.	Instrumentos de avaliação	52
3.2.	BDI-II (<i>Beck Depression Inventory</i>)	52
3.3.	ASRS-18 (<i>Adult Self-Report Scale</i>).....	53
3.4.	WAIS III (<i>Escala de inteligência de Wechsler para adultos</i>).....	54
4.	Apresentação e Análise de Casos Clínicos.....	55
4.1.	Caso I - Acompanhamento psicológico.....	55
4.2.	Caso II- Avaliação psicológica.....	69
PARTE V- CONCLUSÃO E REFLEXÃO		73
	Conclusão e Reflexão Pessoal	74
	Referências Bibliográficas	75

Abreviaturas e Siglas

APA – *American Psychological Association*

ASRS-18 (*Adult Self-Report Scale*)

BDI-II (*Beck Depression Inventory*)

CPAE - Centro de Psicologia Aplicada do Exército

DSM – V - *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders V*

GEF - Gabinete de Estudos e Formação

GOEAP - Gabinete de Orientação Escolar e Apoio Psicopedagógico

GS - Gabinete de Seleção

NAIP - Núcleo de Apoio e Intervenção Psicológica

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPP – Ordem dos Psicólogos Portugueses

PAS - Perturbação de Ansiedade Social

PHDA- Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção

POC - Perturbação Obsessivo-Compulsivo

TCC – Terapia cognitivo-comportamental

TAG - Transtorno de Ansiedade Generalizada

WAIS – *Wechsler Adult Intelligence Scale*

Introdução

O presente relatório de estágio surge no âmbito da conclusão do Mestrado em Psicologia Clínica e de Aconselhamento, da universidade Autónoma de Lisboa. A realização deste relatório, assim como o estágio curricular, são indispensáveis para a conclusão deste ciclo. Estas atividades decorreram entre 10 de outubro de 2022 a 31 de maio de 2023, com a totalidade de 420 horas de estágio realizadas. O estágio académico corresponde a uma fase essencial da formação académica, pois, é a primeira oportunidade de demonstrar os conteúdos teóricos adquiridos ao longo dos anos na prática e, em simultâneo desenvolver novas competências.

O presente estágio decorreu numa instituição do Exército Português, que fica situada no concelho de Sintra, cujo objetivo é estudar, gerir e acompanhar diversas atividades, envolvendo a psicologia e a sociologia militar. Especificamente, pretende-se desenvolver competências técnicas e práticas em avaliações, diagnóstico e intervenção psicológica, com o propósito de alargar o sentido crítico e capacidades reflexivas, bem como da responsabilidade ética e deontológica. Os casos de acompanhamentos psicológicos, provêm de uma parceria que a instituição tem com uma junta de freguesia do conselho de Sintra.

O presente relatório será organizado em cinco partes: a primeira parte consiste na apresentação da instituição e os respetivos gabinetes, o papel do psicólogo na instituição e população alvo; a segunda parte destina-se a revisão de literatura das perturbações mais comuns no local de estágio, a terceira parte consiste na caracterização teórica da intervenção psicológica, a quarta parte consiste nas atividades desenvolvidas ao longo do estágio, assim como o acompanhamento psicológico e análise do caso, um caso de avaliação psicológica e os respetivos resultados da avaliação e por último, a conclusão e reflexão pessoal.

Uma das dificuldades iniciais foi o método e as técnicas utilizadas na prática, visto que a minha formação académica teve como base os princípios da Abordagem Centrada na Pessoa, enquanto na instituição as ferramentas de trabalho utilizadas são baseadas nos pressupostos na Terapia Cognitivo-Comportamental. A análise dos casos apresentados, será feita de acordo com o modelo Psicoafectivo do Dr. ° João Hipólito.

PARTE I- CONTEXTO INSTITUCIONAL

1. Caraterização da Instituição

Para melhor caraterização do local de estágio, é necessária uma breve contextualização de alguns marcos históricos. Foi durante a 1ª e a 2ª guerra mundial que a psicologia começou a ser reconhecida como ciência em Portugal e, ao mesmo tempo, a psicologia militar começou a ter o seu reconhecimento. No decorrer da 1ª guerra Mundial, a Alemanha teve um papel importante ao desenvolver o que atualmente é considerado a base da psicologia militar, destacando-se na incorporação e desenvolvimento de instrumentos de avaliação de personalidade como auxílio no processo de seleção de oficiais. (Pamplona & Monteiro, 2011).

A 2ª guerra Mundial também proporcionou uma nova fase na expansão da psicologia para o ambiente militar e trouxe desenvolvimentos significativos. O foco neste período, foi na melhoria da qualidade dos testes sociométricos e contextuais, devido a necessidade de compreender e avaliar a dinâmica social em relação a situações militares específicas.

Em 1960, foi criado em Portugal uma instituição de estudos psicotécnicos dentro do âmbito da psicologia aplicada, cujo objetivo é potencializar a área de Recursos Humanos ao nível de recrutamento e seleção, tem sido uma grande valia na aplicação de testes psicotécnicos para a seleção de membros do exército. No ano de 1993 houve uma mudança no nome da instituição, sendo este o nome atual do local de estágio (CPAE, 2014).

A instituição fica situada numa zona da periferia de Lisboa, que tem como função, práticas de avaliação, diagnóstico e intervenção psicológica, bem como a expansão de capacidades reflexivas e de sentido crítico no âmbito clínico de todas as atividades decorridas no exército, principalmente nas áreas da psicologia e sociologia militar. Esta organização coopera também com entidades do foro público e privado no âmbito das suas competências, dando respostas definidas, conduzindo de forma informal a análise de necessidades, adaptando os conhecimentos teóricos e a experiência militar as características da instituição (CPAE, 2019).

Além das competências nas áreas de recrutamento e seleção, a instituição realiza diversos estudos, sobre as Forças Armadas Portuguesas, com o objetivo de compreender e melhorar as operações, presta apoio psicológico e social a familiares e militares e,

também orientação no âmbito escolar e psicopedagógico para os familiares militares e não militares (Henriques, 2014).

Esta organização é constituída por uma equipa multidisciplinar, integrando quatro gabinetes, a maior parte do tempo permaneci no gabinete que tem como objetivo o acompanhamento e a intervenção psicológica em situações de crise e emergência no contexto militar e, apoio a civis. O Gabinete de seleção (GS), foca-se na seleção, recrutamento e avaliações psicológicas, em processos de seleção civil, militar, forças de segurança e condutores (transportes escolares, Uber, etc.); Gabinete de estudos e Formação (GEF), tem como objetivo realizar estudos, investigações na área de psicologia e sociologia, coordena cursos de formação interna e externa, bem como estágios académicos e profissionais; Gabinete de Orientação Escolar e Apoio Psicopedagógico (GOEAP), o foco é aplicar testes psicométricos em contexto de orientação escolar, por meio da aplicação de baterias de testes, destinados a alunos do 9º ano e do secundário e, por ultimo temos o Núcleo de Apoio e Intervenção Psicológica (NAIP), tem como objetivo a intervenção psicológica em situações de crise e emergência no contexto militar, tem como finalidade também o apoio a funcionários civis e aos familiares dos mesmos, (CPAE, 2014).

A instituição tem uma parceria com uma Junta de Freguesia na periferia de Lisboa, onde existe um gabinete que responde socialmente aos cidadãos. Este gabinete serve como espaço a população desta área geográfica com o objetivo de atuar na intervenção psicossocial. Segundo o regulamento do Apoio Social desta junta de freguesia, a necessidade de apoiar as famílias carenciadas e desenvolver meios de apoio, nomeadamente apoio psicológico, é indispensável. (Regulamento n.º 536/2016 do Apoio Social da União das Freguesias, 2016).

Na sequência do rastreio que é feito pelos psicólogos do gabinete social e de acordo com a parceria estabelecida com a instituição, a junta de freguesia solicita apoio psicológico mediante a disponibilidade e, os pedidos de apoio são conduzidos para a instituição. A população alvo que foi acompanhado pelos estagiários, provem desta parceria.

As intervenções foram de natureza informativa, de acompanhamento e encaminhamento de casos sociais. Os atendimentos foram totalmente gratuitos com

agendamento prévio. Com esta iniciativa a junta de freguesia pretende dar resposta as questões colocadas e contribuir para o bem-estar das pessoas.

2. Papel do Psicólogo Clínico

O termo *clínico*, refere-se na prática a observação singular do indivíduo. Este termo foi empregue inicialmente no contexto médico, em relação a psicologia esta associado ao estudo de caso.

A psicologia clínica é considerada uma atividade prática, com a aplicação de conhecimentos e métodos de todas as áreas da psicologia para promover e manter a saúde física e mental dos indivíduos de forma a aliviar, tratar e prevenir todas as formas de doença. O seu principal objetivo é caracterizar as habilidades e características comportamentais de um indivíduo por meio de diversos processos, tais como, a observação e análise, tendo como complementos exames físicos e também o histórico social. Assim sendo, qualquer informação que esteja disponível para analisar de forma abrangente o indivíduo. (Ribeiro & Leal, 1996).

Segundo a Ordem dos Psicólogos Portugueses, “é especialista em Psicologia Clínica e da Saúde aquele a quem é reconhecida competência científica na aplicação dos conceitos, metodologias e técnicas da área clínica e da saúde, nomeadamente no diagnóstico, avaliação psicológica, planeamento, monitorização, intervenção psicológica, consultoria, avaliação da intervenção, conceptualização de caso e investigação dos seus clientes” (OPP, 2016).

O psicólogo tem como função primordial ajudar os clientes a favorecer o desenvolvimento dos seus interesses, em vez de intervir com a intenção de o prejudicar. Assim sendo, na prática da sua função, o psicólogo deve aderir a vários princípios do código de ética e deontológico, nomeadamente: a beneficência e não a maleficência, bem como ser o mais profissional possível, boa relação profissional, existência de um lugar confidencial e privado, devem seguir os princípios básicos de competência, a nível teórico como pratico, ao longo do processo de aprendizagem, o psicólogo deve primeiro assumir a responsabilidade e compreender os comportamentos e consequências que podem ocorrer na sua pratica; deve realizar avaliações e intervenções psicológicas (OPP, 2016).

Em suma, o psicólogo clínico tem um grande potencial para dar resposta as necessidades de saúde, tanto a nível físico e psicológico, estando ao serviço de prevenção, avaliação, supervisão e tratamento terapêutico (Goodheart, 2010).

3. Papel do Psicólogo na instituição

Foi durante a primeira Guerra Mundial que a psicologia começou a ser aplicada em instituições militares, os psicólogos americanos foram os primeiros a criar testes coletivos de inteligência. Portanto, a Psicologia Militar é uma disciplina que tem como foco a aplicação desta ciência às forças armadas. Em geral, os objetivos da psicologia militar é de compreender os fatores psicológicos que influenciam a tomada de decisão militar e levam ao sucesso dos militares nos diversos ambientes em que atuam, bem como o papel da coesão da equipa (CPAE, 2018).

Desde dezembro 2009, a instituição tem vindo a ser indispensável no que toca o seu envolvimento com o exército, podendo assim dizer que os militares são expostos por inúmeros fatores que possam desencadear reações de stress, pânico, frustração, entre outras situações de instabilidade.

Por este lado, os psicólogos desta instituição procuram sempre desenvolver ferramentas necessárias para o auxílio dos militares e dos seus familiares, com o intuito de diminuir os efeitos que qualquer situação desestabilizadora possa causar. Foram efetuados alguns estudos que demonstram a preocupação do militar com a família, sendo um dos principais fatores mais stressantes durante as missões. Na verdade, o estar preocupado faz com que o militar perca o foco no que diz respeito ao desempenho das suas funções e, com isso traz alguns impactos ao nível da coesão de grupo (Paiva, et. al., 1997).

De acordo com De Soir (1997), o apoio psicológico é indispensável no contexto militar, não só como uma valia para prever choques culturais e traumas psicossociais, mas também para agir em situações de morte, ferimento, isolamento geográfico bem com o conflitos de grupo.

Os psicólogos desta instituição, utilizam uma variedade de métodos, incluindo a administração de ferramentas psicológicas, como entrevistas, testes psicológicos, formação de gestão de estresse em contexto militar, monitoramento de tropas e apoio

psicológico durante a pré, durante e pós missão, podendo assim estender aos familiares e, também intervenções individuais e de grupo em ocasiões de crise. Os psicólogos que estão a frente das intervenções em crise, possuem competências e conhecimentos de primeiros socorros psicológicos. O principal objetivo é compreender e avaliar a estabilidade emocional dos militares, considerada necessária para validar a autorização para a deslocação em missões internacionais da paz e para a deteção precoce de sintomas psicopatológicos ou quaisquer outras dificuldades relacionadas.

Além de todas as funções descritas, os psicólogos estão aptos também a facilitar a avaliação dos riscos psicossociais dos militares e familiares, e intervém nas suas modalidades primarias ou terciarias, desenvolvendo investigações científicas com o objetivo de aprofundar conhecimentos nas diversas área da psicologia, tendo como objetivo primordial o bem-estar dos militares e sociedade.

PARTE II- REVISÃO DE LITERATURA

1. Perturbações mais comuns no Local de Estágio

Durante o decorrer do estágio foi permitido o contacto com algumas problemáticas mais predominantes. Tendo em conta que foram várias problemáticas, apenas vão ser mencionadas aquelas que eu tive contato, em particular, a ansiedade e a depressão, inclusive vai ser as problemáticas apresentadas nos dois casos práticos.

Desde modo, para uma melhor compreensão será apresentada uma revisão da literatura das problemáticas mencionadas anteriormente.

2. Perturbação Depressiva

A depressão é uma doença mental que pertence ao grupo das perturbações de humor. É caracterizada por sintomas de humor negativos e sintomas cognitivos, físicos e comportamentais associados. Segundo o DSM-5, os critérios de diagnóstico estabelecidos para esta perturbação psicológica, baseia-se em pelo menos a presença de cinco ou mais sintomas num período mínimo de duas semanas e, o grau de comprometimento funcional e social (American Psychiatric Association, 2022; Hammen & Watkins, 2018; Tolentino & Schmidt, 2018; Villarroel & Terlizzi, 2020; Wang et. al., 2021).

É um problema de saúde pública, afetando anualmente 10% da população sendo das perturbações mentais mais comuns, com alta prevalência em muitos países desenvolvidos, causando grande sofrimento tanto a nível social e pessoal, podendo levar a incapacidade temporária ou permanente (Programa Nacional para a Saúde Mental, 2013). As discussões sobre a depressão focam-se não só nos sintomas e as formas de tratamento, mas também nas implicações para a saúde mundial. Falar sobre a depressão é fundamental para melhorar a qualidade de vida e o bem-estar, e combater o estigma ainda associado a todos os aspectos da doença mental. (McLaughlin, 2011; Ross et. al., 2023; Zayts-Spence et. al., 2023).

O estigma é uma barreira significativa ao tratamento da depressão. Muitos indivíduos são vítimas do silêncio, do medo da discriminação e até a falta de compreensão, o que gera dificuldades em procurar a ajuda necessária, levando assim a agravamento do estado clínico. A investigação atual, tem como objetivo compreender e desconstruir as estruturas que propagam o estigma da depressão. Atualmente, estão a ser desenvolvidas estratégias para promover a aceitação social das perturbações mentais

como parte do espectro humano. (Samari et. al., 2022; Subu et. al., 2021; Yokoya et. al., 2018).

No aspeto biológico, as alterações no equilíbrio dos neurotransmissores, nomeadamente a serotonina, a dopamina e a noradrenalina, são amplamente reconhecidas como contribuindo para os sintomas depressivos. Estudos genéricos relatam que existe uma ligação hereditária significativa, com variantes genéticas específicas que aumentam o risco de desenvolver esta perturbação. A nível psicológico, os traços de personalidade, como o pessimismo ou a baixa autoestima, bem como dificuldades em lidar com situações complicadas, aumentam a vulnerabilidade a depressão. Condições de vida que leva ao stress, como a pobreza, o desemprego ou o rompimento de relações interpessoais, acontecimentos de vida traumáticos, como a perda de entes queridos, abusos ou conflitos graves, desempenham um papel fundamental para o desenvolvimento da doença. (Fu et. al., 2021; Gariepy et. al., 2016; Marx et. al., 2023; Remes et. al., 2023; Wang et. al., 2021)

Os sintomas mais comum da depressão inclui, a tristeza, perda de interesse ou de prazer em todas ou quase todas as atividades do dia-a-dia. O aumento da fadiga, os sentimentos de inadequação ou culpa, dificuldades de concentração e de tomada de decisões, juntamente com os pensamentos constante sobre a morte ou o suicídio, alterações do apetite e do sono são comuns. Estes sintomas podem causar um sofrimento significativo na vida do sujeito, diminuindo a capacidade de funcionamento em vários aspetos da sua vida. O diagnóstico da depressão baseia-se em critérios estabelecidos por sistemas de classificação como o DSM5 ou CID-11, este conjunto de sintomas tem de persistir pelo menos durante duas semanas. (Christensen et. al., 2020; Eisma, 2023; Oliveira et. al., 2023; Wagner et. al., 2022).

Uma das formas de tratamento da depressão é a medicação e a psicoterapia. Os antidepressivos, nomeadamente os inibidores seletivos de recaptção de serotonina (ISRS), são utilizados normalmente para regular os neurotransmissores. Para além da medicação e a psicoterapia, a atividade física, a terapia individual e as técnicas de mindfulness e meditação, tem-se revelado eficazes (Healy, 2015; Kendrick & Collinson, 2022).

Relativamente as formas de tratamento, cada indivíduo reage de uma forma diferente, o que pode levar a um processo de tentativa e erro para encontrar a combinação mais eficaz para cada pessoa. A integração das abordagens que avaliam todos os aspetos,

biológicos, psicológicos e sociais, trazem uma possibilidade melhor de recuperação e bem-estar a longo prazo.

A nível mundial, a depressão é reconhecida como uma das perturbações mais generalizadas e debilitantes. Segundo a estatística, cerca de 4,4% da população sofre desta perturbação, o que a torna uma das principais causas de incapacidade a nível mundial. As taxas de prevalência variam entre países e regiões, as zonas urbanas com taxas mais elevadas e nos países de baixo e medio rendimento. Em parte, esta taxa, deve-se a diferença no acesso aos cuidados de saúde mental e fatores socioeconómicos (Junior, 2015; World Health Organization, 2017).

A prevalência da depressão difere de acordo com grupos demográficos, com diferenças significativas relacionadas com a idade e o género. Aparentemente, as taxas de depressão aumentam com a idade, sendo observado uma maioria incidência nos adultos de meia-idade. Embora a razão desta diferença não seja totalmente compreendida, verifica-se uma maior prevalência nas mulheres do que nos homens. Além disso, fatores socioeconómicos como o desemprego, um baixo nível de escolaridade e a instabilidade financeira estão associados a um maior risco de depressão (Miranda et. al., 2023; Xuan et. al., 2023).

Existem vários fatores de riscos associados ao desenvolvimento desta perturbação. Um histórico familiar de perturbações de humor aumenta significativamente o seu risco, o que indica uma influência genética. Experiências negativas na infância, como negligência, abuso ou traumas emocionais, tem sido constantemente associada a um maior risco de desenvolver doenças mentais. Condições médicas ou psicológicas, como doenças crónicas, perturbações de ansiedade ou abuso de substâncias, podem aumentar o risco de depressão (Ahmed et. al., 2020; Hammen, 2018).

A depressão tem um impacto significativo na sociedade, tanto a nível de custos de saúde como de perda de produtividade. Os custos diretos e indiretos associados a depressão representa um encargo económico considerável para os sistemas de saúde, nomeadamente, as despesas dos tratamentos, hospitalização e redução da capacidade de trabalho. Além de que, a depressão esta associada a um maior absentismo e uma menor produtividade no trabalho, o que traz consequências económicas e sociais mais vastas para as comunidades e as sociedades (Guan et. al., 2022; Linder et. al., 2020).

2.1. Classificação e Diagnóstico

O diagnóstico da depressão é um processo clínico que exige uma atenção cuidadosa dos sintomas e padrões de comportamento do indivíduo. Este, baseia-se em um sistema desenvolvido por organizações de saúde mental mundialmente reconhecidas. Este processo é importante, não só pelo tratamento e gestão adequados do transtorno, mas também para uma melhor compreensão da sua prevalência epidemiológica e consequências. (Nickson et. al., 2023; Schumann et. al., 2012).

Segundo, o DSM-5, a depressão é classificada como Depressão Major, quando um indivíduo experiêcia um ou mais episódios de depressão, caracterizados por pelo menos duas semanas de humor deprimido ou perda de interesse nas atividades diárias, acompanhados com os seguintes sintomas, alterações do apetite ou no peso, insônia, agitação psicomotora, fadiga, sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva, dificuldades de concentração e pensamentos suicidas. (Rose et. al., 2020; Tolentino & Schmidt, 2018).

A CID-11, qualifica a depressão dentro das perturbações do humor e centra-se em aspetos semelhantes aos do DSM-5, com algumas diferenças existentes nos critérios e terminologia. Por exemplo, a CID-11 faz uma distinção mais pormenorizadas sobre a gravidade dos sintomas da depressão e o impacto na vida do doente. (Seemüller, 2023; Stein et. al., 2020).

O diagnóstico começa com uma avaliação clínica exaustiva. Os profissionais de saúde de mental utilizam entrevistas estruturadas e semiestruturadas, escalas de avaliação dos sintomas e uma história clínica e medica do doente. É importante ter em atenção as condições medicas e psicológicas que podem apresentar sintomas semelhantes, como a ansiedade e o hipotireoidismo. Além disso, é importante avaliar o ambiente de vida do indivíduo, dado que fatores como perda ou o stress significativo podem causar sintomas depressivos sem uma depressão mais grave. (Aznar-Lou et. al., 2019; Christensen et. al., 2020; World Health Organization, 2017).

Um dos componentes críticos do diagnóstico da depressão é a avaliação do risco de suicídio. Os profissionais de saúde devem questionar diretamente os pensamentos ou ideias suicidas. A identificação destes riscos auxilia na implementação de medidas de segurança adequadas e a elaboração de um plano de tratamento. (Jin, 2022; Ribeiro et. al., 2018).

Uma abordagem holística é importante na avaliação da depressão. Para além dos critérios de diagnóstico padrão, é fundamental avaliar a história de vida do indivíduo, os potenciais fatores desencadeantes, bem como os fatores de stress psicológico. Esta avaliação pode envolver a utilização de instrumentos, como por exemplo o Inventário de Depressão de Beck, assim como entrevistas pormenorizadas para avaliar o funcionamento do sujeito em várias áreas da vida. (Ahmed et. al., 2017; Hajduska-Dér et. al., 2022).

Para diagnosticar com precisão, os profissionais de saúde mental devem eliminar as condições médicas que podem imitar os sintomas depressivos. Estas avaliações, podem incluir exames físicos e análises laboratoriais para excluir causas fisiológicas. Além do mais, os profissionais devem estar atentos a sintomas que possam indicar a presença de alterações de humor, devida as condições médicas gerais ou as substâncias, o que pode modificar significativamente a abordagem terapêutica (Maurer et. al., 2018; Mokhtari et. al., 2023).

O DSM-5 especifica características como a duração da transição (episódios únicos ou recorrentes), a presença de características psicológicas, a gravidade dos sintomas (ligeiro, moderado, grave) e padrões sazonais, entre outras. Tendo em conta a gravidade dos sintomas: Ligeiro, indica a presença de poucos sintomas, ou nenhum, para além do mínimo solicitado para o diagnóstico. Uma pessoa com perturbação depressiva leve, consegue pelo menos lidar com o seu mal-estar, sendo os défices no funcionamento social ou ocupacional são consideradas menores; a nível moderado, o défice provocado no funcionamento ocupacional ou social, o número de sintomas existentes e a sua intensidade, enquadram-se nas categorias leves e graves. E por último, o nível grave, a quantidade de sintomas presentes, ultrapassa o número mínimo de sintomas requerido para se efetuar o diagnóstico. Os sintomas de um sujeito que sofre de depressão de grau grave, interfere tanto no seu funcionamento social, como no ocupacional. O CID-11 aborda temas específicos de forma semelhante, com pequenas diferenças de classificação e terminologia (American Psychiatric Association, 2022; Harrison et. al., 2021; Organização Pan-Americana da Saúde, 2022).

Segundo DSM-5 e o CID-11 na categoria das perturbações depressivas podemos incluir: depressão major, perturbação depressiva persistente (distímia); perturbação de desregulação do humor disruptivo; perturbação pré-menstrual; perturbação depressiva induzida por substância; depressão devida a outra condição médica; depressão com outra especificação e perturbação depressiva não especificada. A identificação do subtipo é

importante para uma intervenção eficaz. A distímia, caracterizada por sintomas depressivos persistentes, pode necessitar de abordagens de tratamento diferentes das da depressão episódica (American Psychiatric Association, 2022; Harrison et. al., 2021; Organização Pan-Americana da Saúde, 2022; Tolentino & Schmidt, 2018).

Levando em consideração as diferentes categorias e subcategorias da perturbação depressiva, presentes no DSM-5 e CID-11, neste relatório iremos dar maior foco a perturbação depressiva major.

De acordo com a APA (2014), para um diagnóstico de perturbação depressiva major tem de se considerar os seguintes critérios: A- num período de duas semanas seguidas, estão presentes no mínimo 5 sintomas ou mais e, pelo menos um dos sintomas é humor deprimido ou perda de interesse ou prazer: humor deprimido na maior parte do tempo, quase todos os dias; perde de interesse ou prazer em atividades diárias; perda de peso ou aumento de peso, perda ou aumento do apetite significativos; insónia ou hipersónia; agitação ou lentidão psicomotoras; cansaço ou perda de energia; sentimento de desvalorização ou culpa em excesso; diminuição da concentração; pensamentos constantes de morte, ideação suicida ou tentativa de suicídio. B- Os sintomas desta categoria, causam disfunções clinicamente significativos, em áreas relevantes do indivíduo. C- Não é atribuído a efeitos fisiológicos de uma substância ou outra condição médica. D- O episódio depressivo major não é atribuído a perturbação esquizoafetiva, esquizofrenia, perturbação delirante ou perturbações do espectro da esquizofrenia ou qualquer perturbação psicótica específica ou não específica e, por último o critério E- ausência de qualquer episódio maníaco ou hipomaníaco.

A atitude do profissional de saúde mental é muito importante para o processo terapêutico, manter uma postura empática e sem julgamentos é fundamental. Para além de uma forte compreensão clínica, a capacidade para estabelecer uma relação de confiança é crucial para obter informações exatas e completas, permitindo um diagnóstico preciso e um tratamento eficaz. Para isto, é importante conhecer o ambiente cultural e social, e conhecer as possíveis barreiras para o tratamento.

Apos o diagnóstico inicial da depressão, acompanhar a evolução dos sintomas é essencial e necessária. Uma avaliação cuidadosa da resposta ao tratamento para determinar a eficácia das intervenções e eventuais ajustes terapêuticos. Devemos estar atentos a alterações do quadro clínico que possam indicar uma evolução da perturbação,

como o aparecimento da mania ou hipomania em casos de perturbação bipolar não diagnosticada (Kroenke, 2018; Van der Watt et. al., 2020).

É preciso ter em conta as diferenças culturais e individuais, porque os sintomas e a comunicação podem variar consoante o contexto cultural do sujeito. Além disso, o estigma associado a doença mental pode dificultar a procura de ajuda, sobretudo em culturas onde os problemas de saúde mental ainda são considerados tabu. (Gureje et. al., 2020; Lehti et. al., 2009; Samari et. al., 2022).

O envolvimento da pessoa no processo terapêutico é importante, para uma compreensão clara do diagnóstico, do significado dos sintomas e o seu impacto pode incentivar os doentes a participarem ativamente no processo de recuperação e a aderirem mais eficazmente ao tratamento.

2.2. Etiologia da Depressão

A depressão é uma doença com uma etiologia complexa que inclui fatores genéticos, biológicos ambientais e psicológicos. Reconhecer os vários fatores associados é vital para compreender como diferentes indivíduos podem ser afetados e adaptar as estratégias de prevenção e tratamento adequados.

Estima-se que os fatores genéticos contribuam cerca de 40% do risco de depressão, tendo os estudos recentes identificado variantes poli genéticas que aumentam a suscetibilidade de um indivíduo desenvolver a doença. Isto sugere que vários genes, cada um com uma pequena contribuição, interagem com o ambiente e influenciam o risco de depressão (Sullivan et. al., 2000; Wray et. al., 2018).

A neurobiologia da depressão é complexa e envolve sistemas de neurotransmissores como a serotonina, a noradrenalina e a dopamina, que regulam o humor, a motivação e a função executiva. As perturbações deste equilíbrio são frequentemente tratadas com intervenções farmacêuticas. Estudos de neuroimagem sugerem que a depressão pode estar ligada a alterações em determinadas regiões do cérebro, como o córtex pré-frontal e a área do hipocampo, que estão envolvidas na regulação emocional e no processamento do stress. (Dean & Keshavan, 2017; Li et. al., 2021).

Os acontecimentos adversos da vida, como traumas ou perdas significativas, são considerados poderosos fatores desencadeantes da depressão. Estes acontecimentos interagem com a vulnerabilidade biológica do indivíduo, influenciando o início da transição. O stress crónico, especialmente durante as fases críticas do desenvolvimento, como a infância e a adolescência, pode levar a depressão, alterando a resposta do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, que regula a nossa resposta ao stress (Seok et. al., 2020; Smith & Pollak, 2020).

O ambiente social e económico é também considerado um dos fatores essenciais. Os indivíduos que vivem em situação de pobreza, desigualdade ou isolamento social têm taxas mais elevadas de depressão. Além do mais, a forma como os indivíduos percebem e interagem com o seu ambiente, bem como os valores e expectativas culturais, podem desempenhar um papel significativo na etiologia da depressão. (Hoebel et. al., 2017; Lehti et. al., 2009).

As características da personalidade, como o neuroticismo, têm sido associado a um maior risco de desenvolver depressão. A personalidade influencia a forma como os indivíduos lidam com o stress e os desafios. (Klein et. al., 2011; Mu et. al., 2019).

A perturbação depressiva é mais comum em contextos de pobreza, desemprego de longa duração e baixos níveis de escolaridade. Outro fator é o estatuto socioeconómico do indivíduo. As consequências sociais, como a exclusão social, podem contribuir para o desenvolvimento e a manutenção de sintomas depressivos (Guan et. al., 2022; Hoebel et. al., 2017).

O papel da cultura na etiologia da depressão é um domínio de estudo em crescimento. Diferentes culturas têm percepções e perspetivas diferentes de saúde mental, influenciando assim a forma como os sintomas são vividos, experienciados e geridos. Em algumas culturas, a depressão manifesta-se frequentemente através da somatização, o que reflete as normas culturais relativas à expressão emocional. Compreender estas diferenças é essencial para um diagnóstico preciso e para proporcionar uma terapia culturalmente sensível e eficaz. (Kessler & Bromet, 2013; Zisberg, 2017).

Os modelos etiológicos utilizam vários níveis de informação, desde as influências biológicas aos contextos sociais, para compreender melhor a depressão. Por exemplo, a hipótese da diabetes-stress, combina fatores genéticos, neurobiológicos e ambientais para explicar por que razão certos indivíduos são mais vulneráveis à depressão após stressores

da vida, enquanto outros não são. Os modelos de sistemas dinâmicos consideram a forma como múltiplos fatores podem interagir ao longo do tempo para influenciar o curso da depressão num indivíduo. (Colodro-Conde et. al., 2018; Graham et. al., 2023; Li et. al., 2021).

Embora tenha havido progressos na identificação de fatores de risco associados a depressão, ainda continua a ser um desafio. A individualização do tratamento com base na etiologia específica de cada indivíduo é uma barreira de investigação promissora. Espera-se que os estudos longitudinais e os dados de grande escala, incluindo os grande volumes de dados e as técnicas de aprendizagem automática, contribuam significativamente para uma compreensão mais precisa da etiologia da depressão. (Awadalla et. al., 2020; Beames et. al., 2021; Kappelmann et. al., 2020; Ryder & Cohen, 2021; Nickson et. al., 2023).

2.3. Terapêutica da Depressão

As psicoterapias desempenham um papel importante no tratamento da depressão incluem uma variedade de métodos. O processo de intervenção varia de psicólogo para psicólogo, sendo que o fator humano é determinante.

Esta influência depende de ambos os lados, o cliente também pode complexificar o processo. A relação entre o psicólogo e o cliente é a base fundamental para a intervenção, sendo o foco principal um plano perceptivo e emocional, têm necessariamente perspectivas individuais diferentes. sucintamente, se o pensamento for de que nas diferentes áreas de saúde, não existem doenças, mas sim, doentes, esta afirmação tem um significado maior se for aplicada as perturbações a área da saúde mental. (Kendrick et. al., 2022)

Na prática clínica, é frequentemente utilizada uma abordagem passo a passo para tratar a depressão, começando com intervenções menos invasivas e progredindo para tratamentos mais intensos, se necessário. Esta abordagem pode começar com autocuidado orientados e progredir para terapias mais especializadas e, se necessário, opções farmacêuticas ou sintomáticas (Kendrick et. al., 2022; Moshe et. al., 2021; Pilkington & Wieland, 2020; van Grieken et. al., 2018).

Um dos princípios fundamentais da relação terapêutica é a influência do profissional. Este não pode influenciar as decisões do cliente, nem dar uma justificativa

ou explicação para o seu sofrimento, mas deve dar sentido à representação mental do cliente. No entanto, não é uma tarefa simples, por norma o cliente tem a tendência de se associar ao profissional, o que muito das vezes pode resultar em situações de dependência que são incentivadas pelas próprias opiniões e juízos de valor do cliente. Como resultado, em vez de encontrar uma causa para os sintomas, o indivíduo encontrara as suas próprias respostas, assim sendo, a intervenção psicológica não procura dar respostas para os sintomas, mas sim desenvolver o seu significado (Bombard et. al., 2018)

Um alto nível de intimidade, facilita a capacidade de o cliente sentir-se confortável para expressar as suas emoções, pensamentos e comportamentos em relação as suas angústias. Deste modo, se o procedimento não for conduzido de forma correta, a intervenção pode ser prejudicial, pelo fato de não ser fácil reconhecer problemas no desenvolvimento de uma relação. Assim sendo, a intervenção psicológica, exige que o profissional tenha mais responsabilidade e foco, o que exige um elevado nível de competência (Bombard et. al., 2018)

Envolver o cliente como parceiro ativo no seu processo terapêutico, ajuda a personalizá-lo, a respeitar as suas preferências e valores e a melhorar a adesão. A sensibilização para o seu próprio estado, juntamente com um apoio terapêutico adaptado à evolução das necessidades, é crucial para uma recuperação efetiva e duradoura, sendo o psicólogo apenas dinamizador da mudança e, não o principal agente (Bombard et. al., 2018; Kwame & Petrucka, 2021).

O apoio da família e da comunidade também tem um papel crucial, pode ser aproveitado para fornecer um sistema de apoio mais abrangente aos indivíduos necessitados. Os programas de apoio para os familiares e cuidadores podem criar um ambiente que promova a saúde mental a longo prazo. (Butler et. al., 2022; Yang et. al., 2022).

As terapias complementares, como acupuntura, a meditação consciente e exercícios físicos, podem ser benéficos para alguns doentes como terapias adjuvantes, reduzindo assim o stress e melhorando o humor. (Armour et. al., 2019; Breedvelt et. al., 2019; Powell, 2018).

As populações mais vulneráveis, como idosos, os adolescentes e as pessoas com problemas médicos e psicológicos, requerem um tratamento adaptado. Por exemplo, os idosos podem ser mais sensíveis aos efeitos secundários dos medicamentos e podem

beneficiar de uma abordagem terapêutica adaptada as questões típicas do envelhecimento. (Beames et. al., 2021; Ee et. al., 2020; Nair et. al., 2020).

A terapia de grupo proporciona um espaço para os doentes partilharem as suas experiências com outras pessoas que lidam com problemas semelhantes, permitindo-lhes aprender com os outros e proporcionar apoio mútuo (Lyon et. al., 2021; Moloud et. al., 2022).

A continuidade e a eficácia do tratamento psicológico para a depressão dependem em grande medida das necessidades individuais do doente. Os terapeutas realizam normalmente uma avaliação exaustiva, que pode incluir discussões sobre a história de depressão do sujeito, a dinâmica da vida atual e a presença de quaisquer fatores específicos que possam contribuir para a depressão. (Kappelmann et. al., 2020; McPherson et. al., 2020).

Não é raro que a depressão coexista com outros sintomas psicológicos, como a ansiedade ou as perturbações alimentares. A adaptação do tratamento psicológico para lidar com múltiplas condições em simultâneo pode exigir uma abordagem mais integrada da terapia. (Ee et. al., 2020; Wen et. al., 2023). Para além de aliviar os sintomas, um objetivo essencial do tratamento psicológico é promover a autoconsciência, o que pode levar ao crescimento pessoal e a uma melhor qualidade de vida. (Orchard et. al., 2021; Posluns & Gall, 2020).

Em conclusão, o tratamento da depressão é um processo contínuo que requer um plano adaptável e multifacetado que tenha em conta as características e os desafios únicos do doente. A adesão aos princípios da prática baseada em evidências, juntamente com a empatia e o compromisso com o atendimento personalizado, continua sendo das formas mais eficazes para o tratamento.

2.4. Tratamento Médico da Depressão

Os antidepressivos são a pedra angular da terapia medicamentosa para a depressão. Existem vários tipos de antidepressivos disponíveis, como os inibidores seletivos da recaptção da serotonina (ISRS), os inibidores da recaptção da serotonina e da noradrenalina (IRSN), os antidepressivos tricíclicos (ADT) e os inibidores da monoamina oxidase (IMAO). A escolha da medicação baseia-se no historial de

tratamentos anteriores do doente, nas interações medicamentosas e nas doenças coexistentes. (Alexander & Young, 2023; Kendrick & Collinson, 2022).

Ao escolher um antidepressivo adequado, os profissionais de saúde mental avaliam uma variedade de fatores, como os potenciais efeitos adversos, a facilidade de utilização (por exemplo, tomar o medicamento uma ou várias vezes por dia), as interações com outros medicamentos e o custo. (Boyce & Ma, 2021).

Depois de iniciar um antidepressivo, os indivíduos passam por um período de adaptação para determinar a sua resposta ao tratamento. É necessário um acompanhamento frequente para avaliar a eficácia, gerir os efeitos secundários e ajustar a dosagem. Os clientes e os médicos devem estar conscientes de que podem ser necessárias várias semanas para se sentirem todos os benefícios da medicação. (Piacentino et. al., 2022; Serna et. al., 2015).

Para os que tenham sintomas específicos ou doenças coexistentes, podem ser prescritos tratamentos auxiliares juntamente com os antidepressivos. Exemplos disso são os antidepressivos para a ansiedade e os estabilizadores do humor para a suspeita de perturbação bipolar. (Henssler et. al., 2022; Jain et. al., 2022).

A monitorização constante dos potenciais efeitos secundários, incluindo o aumento de peso, dificuldades sexuais, insónias e interações com outros medicamentos, é fundamental para gerir a qualidade de vida dos doentes e maximizar a adesão ao tratamento. (Akiba et. al., 2020; Sharkiya, 2023).

O tratamento médico da depressão é dinâmico e requer avaliações contínuas e pequenos ajustes. Embora os antidepressivos sejam essenciais neste tratamento, uma gestão eficaz requer uma abordagem integrada e personalizada da saúde mental do doente, tendo em conta a sua experiência de vida, os seus desejos e as suas necessidades clínicas.

2.5. Intervenções sociais no Tratamento da depressão

A criação e o reforço de redes de apoio social são essenciais para o tratamento da depressão. Os amigos, a família e outras relações significativas podem constituir um sistema de apoio fundamental. O encorajamento ativo e o sentimento de pertença a uma comunidade são aspetos importantes do processo de recuperação. (Garipey et. al., 2016).

É fundamental aumentar a sensibilização para a depressão e reduzir o seu estigma na comunidade. Instruir sobre saúde mental, recursos e espaços seguros para discussões abertas sobre a depressão pode ter um impacto positivo na percepção e no apoio prestado aos indivíduos que sofrem da doença. (Waqas et. al., 2020).

A colaboração com organizações comunitárias e programas de apoio desempenha um papel importante no tratamento social da depressão. Estas iniciativas podem oferecer grupos de apoio e atividades de envolvimento da comunidade, proporcionando um sentido de objetivo e de ligação. (Rugkåsa et. al., 2020).

A promoção da interação social e de um sentimento de realização através de atividades físicas, programas de voluntariado e outras iniciativas pode ajudar os indivíduos a recuperar da depressão, proporcionando um sentido renovado de objetivo e significado para as suas vidas. (McCarthy & Morina, 2020)

Os programas de formação destinados a desenvolver competências sociais e a melhorar a resiliência emocional são importantes para que os indivíduos enfrentem os desafios diários de forma mais eficaz, reforcem a sua capacidade de lidar com situações stressantes e promovam relações saudáveis. (Krause et. al., 2021).

A colaboração interprofissional e uma abordagem holística são fundamentais para responder às necessidades sociais e emocionais de um indivíduo, promovendo uma recuperação mais abrangente.

3. Perturbação de Ansiedade

A ansiedade é um estado psicológico caracterizado por preocupação, tensão e medos excessivos, muitas vezes acompanhados de sintomas físicos como palpitações, suores e desconforto no estômago. a ansiedade difere do medo, que é uma reação a uma ameaça real ou percebida. A ansiedade surge normalmente em antecipação de acontecimentos futuros e pode ser mais generalizada e prolongada (Weems & Silverman, 2017).

A epidemiologia da ansiedade varia globalmente, mas é universalmente reconhecida como uma das perturbações psicológicas mais comuns. Segundo as estimativas de OMS, as perturbações de ansiedade afetam mais de 264 milhões de pessoas em todo o mundo. Sendo mais comum nas mulheres do que nos homens e pode ocorrer

em qualquer faixa etária, mas frequentemente começa na infância ou na adolescência. (Javaid et. al., 2023)

A ansiedade representa um encargo significativo para os indivíduos afetados, para as suas famílias e para os sistemas de saúde. Para além dos custos diretos associados aos serviços de saúde, existem custos indiretos significativos, como a diminuição da produtividade, a incapacidade, a diminuição da qualidade de vida e os custos associados a doenças como a depressão. (Hovenkamp-Hermelink et. al., 2021).

A ansiedade coexiste muitas vezes com outras perturbações mentais, nomeadamente, a depressão, e com problemas de saúde, como doenças cardíacas e diabetes, criando um ciclo complexo de muitas influências que podem complicar o diagnóstico e o tratamento. Reconhecer e tratar os sintomas da ansiedade pode ser difícil, especialmente se existirem casos de comorbilidades. (Groen et. al., 2020; Rajkumar et. al., 2022).

A prevalência das perturbações de ansiedade varia consoante a região, a cultura, os métodos de investigação e os critérios de diagnóstico utilizados. No entanto, a ansiedade continua a ser reconhecida como uma das condições psicológicas mais comuns na população em geral. Os estudos mostram que as perturbações de ansiedade começam mais cedo do que as outras perturbações mentais, o que realça a importância da intervenção precoce. (Javaid et. al., 2023; Santos & Rachadell, 2022).

A ansiedade afeta os indivíduos em todos os aspetos da sua vida, incluindo o desempenho académico, a capacidade de trabalho e as relações interpessoais. As sociedades que colocam uma pressão no desempenho e na perfeição podem ter taxas de ansiedade mais elevadas. Além disso, as variáveis socioeconómicas, como o estatuto socioeconómico, podem ter impacto na acessibilidade ao tratamento e nos resultados (Wilmer et. al., 2021).

A globalização e as rápidas mudanças sociais podem levar a um aumento da ansiedade em certas populações. O mundo moderno, com a sua ênfase na realização pessoal, pode ser um terreno fértil para sintomas de ansiedade em indivíduos vulneráveis. (Boshra & Almoied, 2020; Sastraatmadja et. al., 2023).

Um dos obstáculos mais significativos à gestão eficaz das perturbações da ansiedade é o diagnóstico tardio ou incorreto. A natureza traiçoeira dos sintomas pode levar os indivíduos a normalizarem as suas experiências até estas se tornarem

severamente limitadas. O estigma ainda associado as perturbações mentais pode impedir as pessoas de procurarem ajuda, resultando em diagnósticos tardios e, demora no tratamento. A sensibilização do público e a diminuição do estigma são fundamentais para incentivar o reconhecimento precoce e a procura de ajuda. (Thibaut, 2017).

Dada a elevada prevalência e o início precoce das perturbações de ansiedade, é fundamental adotar estratégias de prevenção nas escolas e noutros espaços comunitários. Os programas de saúde mental que ensinam educação emocional, competências para lidar com a situação e resiliência podem reduzir o risco de desenvolver perturbações de ansiedade. (Jones et. al., 2019; Taylor, 2020).

A intervenção precoce tem a sua importância, especialmente para os adolescentes e jovens adultos, uma vez que a ansiedade pode prejudicar significativamente o desenvolvimento académico e social, bem como aumentar o risco de desenvolver outras perturbações do foro psicológico. (Colizzi et. al., 2020).

As políticas públicas têm um papel fundamental na definição do acesso aos cuidados para as pessoas com perturbações de ansiedade. Um financiamento adequado para a saúde pública, a integração da saúde mental nos cuidados primários e o desenvolvimento de serviços acessíveis são cruciais para melhorar o acesso ao tratamento. Além disso, a formação dos profissionais de saúde para reconhecerem os sintomas de ansiedade conduz a intervenções mais eficazes. (Ee et. al., 2020; Toledo-Chávarri et. al., 2020).

As perturbações de ansiedade constituem um desafio para a saúde pública devido à sua elevada prevalência, ao impacto significativo na qualidade de vida e às potenciais comorbidades. Para tratar e gerir eficazmente as perturbações de ansiedade, é necessária uma abordagem multifacetada que inclua a prevenção, a intervenção precoce, o apoio contínuo e políticas públicas inclusivas. Apesar dos desafios, a crescente compreensão da natureza das perturbações de ansiedade e a evolução das práticas de tratamento oferecem caminhos promissores para as pessoas afetadas.

3.1. Classificação e Diagnóstico

Os sintomas da ansiedade são classificados com base nas suas características, duração e influência no funcionamento diário. Os sistemas de classificação mais utilizados são o DSM e CID publicada pela Organização Mundial de Saúde.

As perturbações de ansiedade são normalmente classificadas em várias categorias, incluindo:

- Perturbação de Ansiedade Generalizada (PAG): A preocupação excessiva e incontrolável pode ter um impacto negativo na capacidade de um indivíduo funcionar na vida quotidiana. (Stein et. al., 2021);

- Perturbação de Pânico: Isto inclui ataques de pânico frequentes, medo intenso e sintomas físicos como palpitações e falta de ar. (Kyriakoulis & Kyrios, 2023);

- Fobias Específicas: É um medo intenso e persistente de objetos ou situações específicas, causando esquia ou grande desconforto. (Silva, 2016);

- Perturbação de Ansiedade Social (PAS): medo significativo de situações sociais ou de desempenho quando a pessoa se sente julgada, humilhada ou desvalorizada. (Schneier & Goldmark, 2015);

- Perturbação de Estresse Pós-Traumático (PEPT): As experiências traumáticas podem desencadear sintomas como reviver o incidente, evitar estímulos relacionados com o trauma e hiperexcitação. (Miao et. al., 2018).

- Perturbação Obsessivo-Compulsivo (POC): Caracterizado por pensamentos indesejados (obsessões) que levam a comportamentos repetitivos. (Oliveira, 2019);

- A agorafobia, é o medo de estar em locais de onde é difícil escapar ou onde o socorro pode não estar disponível na ocorrência de um ataque de pânico ou sintomas constrangedoras. (Balaram & Marwaha, 2020);

Para diagnosticar a ansiedade os profissionais de saúde mental, efetuam uma avaliação complexa, que pode incluir: entrevista clínica, uma discussão aprofundada sobre os sintomas do paciente, histórico de saúde e como a ansiedade afeta sua vida; questionários e escalas de avaliação; critérios de diagnóstico, comparar os sintomas do doente com os critérios do DSM-5 ou CID-11; avaliação médica: para excluir condições físicas que possam estar a causar ou a intensificar os sintomas de ansiedade e a história

familiar: para identificar potenciais contributos genéticos para a ansiedade (Jiménez-Mijangos et. al., 2023; Locke et. al., 2015; Mughal et. al., 2020)

Os diversos tipos de perturbações de ansiedade partilham sintomas comuns, o diagnóstico e a classificação exata, são importantes para um tratamento eficaz. Por exemplo, os sintomas da perturbação de pânico e da perturbação de ansiedade generalizada podem sobrepor-se, mas são tratados de forma diferente. Uma avaliação completa, deve considerar a natureza, intensidade, duração e o contexto dos sintomas, bem como a forma como estes afetam o funcionamento do indivíduo. (Locke et. al., 2015).

A avaliação psicossocial envolve a compreensão dos fatores ambientais e relacionais que podem influenciar ou agravar os sintomas de ansiedade. A relação entre acontecimentos de vida stressantes (como a perda de emprego ou a perda de um ente querido) e os sintomas pode fornecer informações valiosas para o diagnóstico (Narmandakh et. al., 2021).

As perturbações de ansiedade coexistem frequentemente com outras perturbações psicológicas, como a depressão ou o abuso de substâncias. Esta característica complica a classificação e o diagnóstico, exigindo uma consideração cuidadosa das interações entre as diferentes condições. (Groen et. al., 2020).

Os critérios fornecidos pelos manuais de diagnóstico, como o DSM-5, são fundamentais para distinguir as perturbações de ansiedade. Estes estabelecem critérios de diagnóstico específicos com base em padrões de sintomas, garantindo consistência e exatidão. A atualização dos manuais, como a transição do DSM-IV para o DSM-5, reflete a evolução do conhecimento científico e baseia-se em revisões da literatura, estudos clínicos e contribuições de especialistas. (Tolin et. al., 2018).

A influência da ansiedade no funcionamento diário do doente é também um fator significativo no diagnóstico. A Escala GAF e o Índice de Deficiência de Sheehan são ferramentas que podem ajudar a avaliar a forma como a ansiedade afeta os aspetos sociais, ocupacionais e outros aspetos vitais da vida de um doente. (Amin-Esmacili et. al., 2014; Bjornsson et. al., 2020).

A interpretação dos sintomas de ansiedade pode variar muito entre culturas. Os profissionais de saúde mental devem estar conscientes das fragilidades culturais e dos sintomas de ansiedade para evitar erros de comunicação e diagnósticos incorretos. Isto

pode exigir a utilização de instrumentos de avaliação culturalmente adequados e uma abordagem sensível ao contexto cultural do indivíduo. (MacIntyre et. al., 2023).

A avaliação dos sintomas de ansiedade implica frequentemente a partilha de informações pessoais sensíveis. Os profissionais são responsáveis por manter uma confidencialidade rigorosa e respeitar os direitos de privacidade dos sujeitos. Surgem preocupações éticas quando se avaliam populações vulneráveis, tais como o consentimento informado e a compreensão do paciente sobre o objetivo e as implicações da avaliação. (Jiménez-Mijangos et. al., 2023; Mughal et. al., 2020).

A deteção e intervenção precoces das perturbações de ansiedade em contextos como as escolas e os cuidados primários podem reduzir os resultados potencialmente incapacitantes. Programas de rastreio eficazes são cruciais para identificar indivíduos em risco e encaminhá-los para avaliação e tratamento adequados. (Collizi et. al., 2020).

A classificação e o diagnóstico adequados dos sintomas de ansiedade são cruciais para prestar uma assistência eficaz aos indivíduos afetados. As perturbações de ansiedade requerem uma abordagem de diagnóstico abrangente que inclua uma avaliação clínica pormenorizada, critérios de diagnóstico bem definidos, considerações culturais e a investigação científica mais recente. À medida que a ciência progride, espera-se que novas ferramentas e tecnologias melhorem a precisão do diagnóstico, conduzindo a intervenções mais personalizadas e a melhores resultados para as pessoas que sofrem de ansiedade.

3.2. Etiologia da Ansiedade

A etiologia da ansiedade é complexa, envolvendo uma interação complexa de fatores genéticos, neurológicos, psicológicos e ambientais.

De acordo com a literatura, os fatores hereditários desempenham um papel significativo na suscetibilidade à ansiedade. Estudos sobre gémeos encontraram uma influência genética significativa nos sintomas da ansiedade. No entanto, a herança genética não é a única determinante; os fatores ambientais também têm um papel significativo na expressão dos genes relacionados com a ansiedade. (Narmandakh et. al., 2021).

A ansiedade está associada a disfunções em vários sistemas neurológicos, incluindo o sistema límbico, que desempenha um papel fundamental na regulação das emoções. Os indivíduos com perturbações de ansiedade apresentam uma atividade

cerebral anormal, desequilíbrios nos neurotransmissores, como a serotonina e a noradrenalina, e uma resposta aumentada do sistema nervoso simpático. (Vallance & Fernandez, 2016).

Acontecimentos de vida stressantes, como traumas, negligência, instabilidade familiar e outros fatores negativos na infância e na adolescência, podem aumentar significativamente o risco de desenvolver ansiedade. A exposição prolongada ao stress crónico, bem como a falta de apoio social e de recursos, podem contribuir para os sintomas de ansiedade. (Nater, 2021).

As teorias psicológicas enfatizam a importância dos processos cognitivos, como o processamento de informação, a atenção a estímulos negativos e as crenças disfuncionais na gestão da ansiedade. Para além disso, os comportamentos de evitamento, os rituais de segurança e outras respostas relacionadas com o medo podem exacerbar a ansiedade ao longo do tempo. (Thibaut, 2017).

As abordagens contemporâneas para compreender a etiologia da ansiedade enfatizam a interação dinâmica de fatores genéticos, neurobiológicos, psicológicos e comportamentais. Os modelos teóricos integrativos têm como objetivo sintetizar as múltiplas influências e fornecer uma compreensão abrangente da ansiedade e dos seus efeitos. (Adwas et. al., 2019).

Os indivíduos com determinados traços de personalidade, como o neuroticismo ou as tendências perfeccionistas, são mais suscetíveis de apresentar sintomas de ansiedade. A forma como uma pessoa percebe e responde a situações desafiantes desempenha um papel importante no aparecimento da ansiedade. Os indivíduos com níveis elevados de neuroticismo, por exemplo, são mais sensíveis ao stress e têm maior probabilidade de considerar as situações difíceis como ameaçadoras. (Wu et. al., 2024).

A sociedade e a cultura têm um impacto significativo na forma como as pessoas sentem e manifestam a ansiedade. As normas culturais e as expectativas sociais podem influenciar a forma como a ansiedade é vista e quais os comportamentos aceitáveis para lidar com ela. As sociedades que enfatizam a autonomia e o desempenho podem acentuar os sentimentos de ansiedade, enquanto as que enfatizam a comunidade e a interdependência podem fornecer mais apoio social. (Chavira et. al., 2020).

O estilo de vida moderno, que inclui frequentemente níveis elevados de stress, falta de atividade física e perturbações do sono, pode contribuir para o desenvolvimento

da ansiedade. Além disso, as condições socioeconómicas adversas, como a pobreza e a instabilidade habitacional, podem criar um ambiente de stress crónico que facilita o aparecimento de sintomas de ansiedade. (Hautekiet et. al., 2022).

A ansiedade tem sido associada a problemas de saúde crónicos, doenças autoimunes e até desequilíbrios da flora intestinal. A relação entre a saúde física e a saúde mental é bidirecional. As condições físicas podem aumentar o risco de desenvolver ansiedade, enquanto a ansiedade pode intensificar os problemas de saúde física.

Transições de vida significativas, como começar uma nova carreira, casar ou ter filhos, podem causar tensão e ansiedade. As expectativas da sociedade relativamente às normas da vida, juntamente com o medo de não as cumprir, podem aumentar a pressão e levar a sintomas de ansiedade.

A ansiedade pode autoperpetuar-se através de um ciclo de feedback negativo. O medo e o evitamento podem exacerbar a ansiedade e criar uma barreira difícil de ultrapassar. Compreender e reconhecer este ciclo é um elemento importante da abordagem terapêutica das perturbações de ansiedade.

Os investigadores continuam a investigar a causa exata da ansiedade, com o objetivo de compreender melhor os fatores biológicos, psicológicos e ambientais. Os avanços na genética, neuroimagem e psicologia podem fornecer informações sobre a forma como diferentes fatores interagem para aumentar o risco de ansiedade, abrindo caminho para abordagens de tratamento mais personalizadas e eficazes.

Embora não exista um consenso completo ou uma explicação única para a origem dos sintomas de ansiedade, é amplamente reconhecido que a interação de múltiplos fatores contribui para o seu desenvolvimento. A compreensão da etiologia é fundamental, não só para o desenvolvimento de melhores tratamentos, mas também para a implementação de estratégias de prevenção baseadas na evidência que possam reduzir a ocorrência destas perturbações na população em geral.

3.3. Terapêutica da Ansiedade

O tratamento da ansiedade varia muito de pessoa para pessoa, dependendo das necessidades individuais, da gravidade dos sintomas e de outros fatores. A personalização é fundamental no tratamento, muitas vezes combinando várias abordagens para obter a máxima eficácia.

Os inibidores do ISRS são normalmente utilizados em produtos farmacêuticos para regular os neurotransmissores e são frequentemente utilizados como tratamento de primeira linha para a ansiedade. (Zemestani et. al., 2021). Os inibidores dos recetores de serotonina e noradrenalina (IRSN) são eficazes, especialmente quando há sintomas depressivos concomitantes. (Gossman, 2021). As benzodiazepinas podem ser prescritas para alívio a curto prazo devido ao risco de dependência. (Starcevic, 2012). Os antidepressivos tricíclicos e os inibidores da monoamina oxidase (IMAO) são opções para os casos resistentes a outras terapias, mas a sua utilização deve ser cautelosa devido ao risco de efeitos secundários. (Chamberlain & Baldwin, 2021; Stein, 2021).

Para além disso, as alterações do estilo de vida podem apoiar o tratamento clínico. A atividade física regular tem um efeito ansiolítico através da melhoria da saúde do cérebro e da libertação de neurotransmissores. As técnicas de relaxamento, como a respiração profunda, a meditação consciente e o ioga, podem reduzir o stress. Uma rotina de higiene do sono consistente ajuda a reduzir os sintomas de ansiedade, equilibrando o ciclo circadiano. (Casanova et. al., 2023).

O tratamento da ansiedade é um procedimento multifacetado que envolve uma abordagem holística para alcançar não só a redução dos sintomas, mas também uma melhoria significativa da qualidade de vida do doente.

As terapias de grupo proporcionam um espaço de colaboração e aprendizagem mútua, reconhecendo a necessidade de apoio individual e social. Os doentes que frequentam estes grupos podem encontrar compreensão, estratégias de sobrevivência e uma sensação de normalização das suas experiências. Os grupos de apoio, em particular, podem fornecer recursos adicionais para lidar com a ansiedade diária, bem como acesso a uma comunidade mais alargada. (Lyons et. al., 2021; Whitfield, 2010).

As intervenções farmacológicas podem ser ajustadas ao longo do tempo. Os betabloqueadores são por vezes prescritos para aliviar os sintomas físicos da ansiedade, como tremores e taquicardia, que estão frequentemente associados a situações de

desempenho, como falar em público. Qualquer mudança de medicação deve ser monitorizada por um médico devido ao risco de efeitos secundários e à necessidade de ajustes precisos. (Armstrong & Kapolowicz, 2020; Garakani et. al., 2020).

Cada uma destas abordagens, isoladas ou combinadas, representa uma parte do espectro terapêutico e reflete a importância de uma abordagem holística na gestão da ansiedade. O sucesso do tratamento depende da seleção da combinação terapêutica adequada, adaptada às necessidades individuais do doente e orientada por profissionais de saúde mental.

A integração da nutrição e da dieta também se revela promissora na gestão da ansiedade. As dietas ricas em antioxidantes, vitaminas, minerais e ácidos gordos essenciais estão a ser estudadas pelos seus potenciais benefícios para a saúde mental. É comumente recomendada a redução ou eliminação da cafeína, do açúcar e do álcool, que podem aumentar a ansiedade em algumas pessoas. (Kris-Etherton et. al., 2021).

A terapia com animais surge como uma opção complementar, com estudos que indicam que os animais podem reduzir o stress e promover o bem-estar emocional. A presença de um animal pode reduzir a pressão arterial, reduzir a frequência cardíaca e proporcionar conforto físico, o que pode ser muito benéfico para quem está a lidar com a ansiedade. Os animais, especialmente os cães treinados, podem servir de apoio emocional, reduzindo a ansiedade e proporcionando um foco externo. (Jones et. al., 2019).

A música e a terapia artística são exemplos de práticas terapêuticas complementares. Estes modos criativos proporcionam uma expressão não-verbal que pode ser muito libertadora para aqueles que têm dificuldade em articular os seus sentimentos e emoções através das palavras. Além disso, o processo criativo pode ser meditativo e terapêutico, proporcionando tempo para a autorreflexão e compreensão. (Abbing et. al., 2018).

Para concluir a discussão sobre tratamentos para a ansiedade, é importante abordar a ideia de que um tratamento eficaz pode exigir um compromisso a longo prazo com ajustes contínuos à medida que o indivíduo cresce e muda ao longo da sua vida. A monitorização e reavaliação constantes permitem que o tratamento evolua e se adapte às flutuações dos níveis de ansiedade e às circunstâncias da vida. (Atchison et. al., 2022).

A manutenção da terapia é muitas vezes negligenciada, no entanto, não só previne recaídas, como também ajuda os indivíduos a melhorar as suas competências na gestão dos sintomas de ansiedade. Ao longo desta fase, podem ser incluídos grupos de apoio contínuos e sessões de terapia de manutenção para dar mais apoio. (Nakao et. al., 2021).

A educação familiar sobre a gestão da ansiedade pode melhorar a rede de apoio de um indivíduo e levar a melhores resultados a longo prazo. Cuidadores informados podem reconhecer sinais de angústia e fornecer incentivo e assistência para procurar ajuda quando necessário. (Deng et. al., 2022; Wu et. al., 2022).

4. Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA) em Adultos

A Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA) é uma condição comumente identificada em crianças e adolescentes, afetando cerca de 3 a 5% das pessoas com idade entre seis e doze anos. É caracterizada por desatenção persistente, dificuldade de permanecer quieto e ter baixo desempenho académico, sendo estes os indicadores que levam os pais a procurar ajuda médica ou aconselhamento psicológico (Filipe, 2004).

Além disso, como a PHDA é um transtorno do desenvolvimento, mesmo podendo ser diagnosticada na infância, muitas vezes continua na idade adulta, afetando aproximadamente 50% dos adultos que foram diagnosticados quando eram crianças. Por outro lado, a PHDA é um transtorno generalizado ao longo da vida que afeta homens e mulheres e pode causar incapacidades consideráveis, podendo ter efeitos negativos nos aspetos pessoais, familiares e sociais da vida (Filipe, 2004).

Embora tenha sido originalmente descrita como uma perturbação infantil e seja, de facto, mais pronunciada durante a infância, pode continuar na adolescência e na idade adulta. Nesse sentido, existem fatores que podem prever a persistência da PHDA, que são importantes para identificar quem corre maior risco, para poder orientar os esforços de monitorização (Silva, 2011).

Segundo Silva (2011), nos adultos, os três principais sintomas da PHDA são: desatenção, hiperatividade e impulsividade - tornam-se menos pronunciados em geral. Em vez disso, o foco está nos défices funcionais que preocupam esses indivíduos e os levam a procurar ajuda médica. Por sua vez, esses défices funcionais não estão vinculados

aos níveis de QI, destacando-se que a melhoria dos sintomas e a redução das manifestações da PHDA podem levar a melhores resultados acadêmicos e profissionais.

Além disso, a PHDA é menos comum nos países em desenvolvimento, o que pode ser atribuído ao facto de que os desafios enfrentados podem estar relacionados às solicitações do meio em que estão inseridos. Esses desafios tendem a ser mais pronunciados em ambientes mais exigentes. Assim, sendo um distúrbio que impacta significativamente a vida, a PHDA é mais prevalente entre os desempregados, aqueles com níveis mais baixos de escolaridade e, portanto, entre os trabalhadores não qualificados. Dessa forma, a gravidade da PHDA também é influenciada pela alta incidência de diversas comorbilidades, sendo mais comuns os transtornos de humor, a ansiedade e o abuso de substâncias (Silva, 2011)

4.1. Classificação e diagnóstico

A PHDA é marcada por sintomas comportamentais que interferem no funcionamento e desenvolvimento típico de crianças, adolescentes e adultos em diversos aspetos da vida. Conforme descrito no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), a PHDA possui evidências clínicas suficientes para ser classificada como um transtorno distinto do neurodesenvolvimento (Oliveira et al., 2016).

Dessa forma, a PHDA pode impactar os indivíduos ao longo das suas vidas. Por sua vez, a PHDA manifesta-se de forma diferente em adultos em comparação com as crianças, portanto os critérios diagnósticos para crianças podem não se aplicar de forma tão eficaz aos adultos. Por exemplo, embora as crianças com PHDA apresentem frequentemente hiperatividade física, os adultos podem ter atividade mental constante, uma sensação de inquietação e ter dificuldade em realizar algumas das tarefas calmas ou sedentárias (Filipe, 2004).

Adicionalmente, a PHDA continua a ser uma condição subdiagnosticada em adolescentes e adultos, seja como diagnóstico primário ou como condição coexistente. Portanto, é crucial que os profissionais de saúde dos cuidados primários e outros profissionais de saúde envolvidos sejam incentivados a reconhecer, diagnosticar, encaminhar e tratar adultos com PHDA (Filipe, 2004).

Por outro lado, o DSM-5 categoriza a PHDA em três apresentações: predominantemente desatento (que envolve principalmente falta de foco),

predominantemente hiperativo-impulsivo (com movimentos e fala excessivos e inadequados) e combinado (com sintomas de desatenção e hiperatividade) (APA, 2014).

Por sua vez, a gravidade da PHDA pode variar de leve a severo. Em casos leves, o impacto é mínimo e a condição pode ser controlada dentro da própria família. A PHDA moderada afeta a qualidade de vida, mas ainda pode ser controlada dentro da família. Por fim, em casos severos, o impacto na qualidade de vida é substancial e a gestão da perturbação dentro da família torna-se num grande desafio (APA, 2014).

Segundo Branco (2019), o diagnóstico da PHDA requer uma abordagem multidisciplinar que envolve diversos profissionais de saúde, como médicos e psicólogos, devido à complexidade do transtorno e à variedade de sintomas. Assim, este processo de avaliação inclui um histórico médico detalhado, um exame físico completo, uma avaliação do neurodesenvolvimento e testes neuropsicológicos para avaliar as competências neurocognitivas.

Nesse sentido, o diagnóstico de PHDA em adultos requer uma avaliação cuidadosa e sistemática da sua história clínica desde a infância, juntamente com uma avaliação completa dos sinais e sintomas das deficiências relacionadas com o transtorno. Para além disso, é crucial recolher informações sobre os sintomas na infância, a sua persistência e a sua presença em diferentes ambientes sociais e pessoais, como trabalho, lazer, casa e interações com familiares e amigos. Além de avaliar os sintomas específicos da PHDA, é importante explorar outros sinais e sintomas comumente associados, como mudanças rápidas de humor e explosões de temperamento, bem como outras comorbilidades frequentes (Filipe, 2004).

4.2. Etiologia

Embora exista uma riqueza de literatura e avanços significativos no estudo da PHDA, a sua causa exata permanece parcialmente desconhecida, embora seja considerada multifacetada. Assim, uma série de fatores intrínsecos e extrínsecos contribuem para esse transtorno, variando o seu impacto no início e na manifestação dos seus sintomas comuns. Além disso, as principais influências incluem causas genéticas e hereditárias, aspetos neurobiológicos e neuropsicológicos, bem como fatores pré, peri e pós-natais, juntamente com elementos contextuais, como ambientes familiares e socioculturais (Faraone et al., 2015 *cit. in* Oliveira et al., 2016).

Anteriormente, pensava-se que a PHDA era uma condição que existia apenas na infância e que se deliberava durante a adolescência. No entanto, embora os sintomas tendam a melhorar com a idade, eles podem persistir na idade adulta e afetar negativamente a qualidade de vida e as atividades diárias, particularmente em ambientes pessoais, familiares, sociais, emocionais, acadêmicos e profissionais. Apesar disso, o transtorno tem origem multifatorial, decorrente de uma complexa mistura de fatores genéticos, ambientais, culturais, sociais, estruturais e funcionais. No entanto, a hereditariedade é vista também como a principal causa do distúrbio (Pacheco, 2015).

Parte III - Caraterização teórica da intervenção

1. Abordagem Centrada na Pessoa

A base de intervenção do local de estágio é a Terapia Cognitiva-Comportamental (TCC) mas o presente relatório vai ter como base os princípios da Abordagem Centrada na pessoa. Vai ser apresentado dois casos clínicos, um acompanhamento psicológico que vai ser analisado a luz do modelo psicoafectivo de Hipólito e, por último uma avaliação psicológica.

Em 1940, Carl Rogers, propôs, um método original de abordar a psicoterapia, que designou de não-diretivo. Através das suas experiências com a prática clínica e dos seus estudos científicos orientados pelo método científico, a psicoterapia teve várias denominações. O termo designado de psicoterapia não diretivo, foi substituído por psicoterapia centrada no cliente, tendo como base, o fato de ser aprofundado a questão da não-diretividade e a crença profunda na tendência atualizante, culminando na afirmação que o processo terapêutico era na sua essência diretivo, mas sim dirigido pelo cliente e não pelo terapeuta, sendo o cliente responsável pelo desenvolvimento e rumo tomado em terapia, que se autodireciona (Cury, Lopes, & Linhares, 2012). Neste sentido, foram desenvolvidos os conceitos de tendência formativa, tendência atualizante, a não-diretividade, assim como as seis condições suficientes e necessárias para a mudança terapêutica, sendo os três últimos os pilares desta abordagem, que iram ser explicadas mais a frente (Hipólito & Nunes, 2001).

O termo Abordagem Centrada na Pessoa surgiu apenas em 1977, esta denominação é dada pelo autor como sendo a mais adequada, por dar foco ao que é importante, a pessoa. Este termo refere uma forma específica de estar em relação com o outro (Moreira, 2010).

Segundo o autor, esta abordagem valoriza a natureza de cada indivíduo. Os psicoterapeutas humanistas têm a responsabilidade de facilitar o processo terapêutico do seu cliente, acreditam que cada um tem o potencial necessário para resolver os seus problemas alcançando a sua própria independência, autorrealização e autonomia (Rogers, 1975).

O foco desta abordagem não é o problema e nem o passado, mas sim a pessoa e os seus sentimentos, ou seja, o objeto de estudo deve ser a pessoa e o todo do seu mundo

envolvente, visto pela sua perspectiva, como o mesmo diz “Se é o campo perceptual que determina o comportamento, então o objeto de estudo dos psicólogos seria a pessoa e o seu mundo, tais como vistos pela própria pessoa” (Rogers, 1947, p.53).

Para explicar a tendência formativa e atualizante, Rogers propôs uma hipótese que afirmava uma tendência formativa com uma única direção universal, que pode ser seguida e observada, tanto no espaço estelar, nos cristais, nos micro-organismos, na vida orgânica e nos seres humanos. É uma tendência evolutiva, no sentido de maior complexidade, maior inter-relação. Alguns autores (Brodley, 2011; Bogdanov & Bogdanov, 2010, Hipolito, 2011; Rogers, 1959) partilham o conceito de que o organismo tem uma tendência natural de evoluir na direção da complexidade.

Rogers (1980), afirma que esta potencialidade só ocorre em uma relação intersubjetiva, quando há um ambiente propício para tal expressão e o cliente sente-se aceito e acolhido pelo terapeuta, ou seja, a manifestação dessa habilidade requer um contexto de relações interpessoais que não ameaça o autoconceito pessoal. Rogers, designou-o por tendência atualizante. É com base neste conceito, que é proposta uma atitude não diretiva do psicoterapeuta que, por sua vez, expressa confiança nas habilidades de auto-organização e autocura do organismo, portanto, a pessoa com quem interage (Leal, 2018).

Uma atitude não diretiva do terapeuta, não é sinónimo de falta de competência profissional. O objetivo é eliminar, o máximo possível, a direção do caminho que o cliente percorre, portanto, o cliente é quem encarregue da sua viagem e, por isso, o terapeuta procurará apenas acompanhá-lo, compreendê-lo e aceitá-lo ao longo do caminho, não interferindo na sua auto-direção (Gobbi, Missel, Justo e Holanda, 2002). O terapeuta não diretivo, quer que o cliente esteja livre do poder sobre ela, um poder inerente a uma relação entre duas pessoas onde a atenção de ambas está focada em apenas uma. Assim seja, a não diretividade pode ser traduzida como a prevenção da independência do cliente ao longo do processo terapêutico (Campus, 2009). Consequentemente, existe um objetivo para alcançar que é o da tendência atualizante, que é a escolha do próprio indivíduo e, não o percurso escolhido pelo profissional, o cliente melhor do que ninguém sabe qual o caminho a seguir. O terapeuta apenas acompanha o percurso, fornecendo assim as ferramentas e as condições necessárias para auxiliá-lo a ter consciência das suas fraquezas (Leal, 2018).

Carl Rogers (1957), defende que para haver mudança terapêutica seria preciso reunir seis condições necessárias e suficientes. Para que esta mudança aconteça é preciso que estas condições existem e mantem-se durante o processo terapêutico.

A primeira séria, duas pessoas em contato psicológico, cada um faz alguma diferença no campo experiencial do outro; a segunda refere-se ao estado de incongruência do cliente, existe uma divergência entre a experiência real do organismo e a imagem do indivíduo na medida em que representa esta experiência; a terceira condição diz respeito ao terapeuta, a compreensão empática. Segundo Schmid (2001) ser empático significa que o terapeuta expõe a existência pessoal do cliente, abre a possibilidade de ser tocado pela sua realidade e, ao mesmo tempo, toca nesta mesma realidade. Portanto, o terapeuta tenta perceber o que o outro sente e, olhar para o quadro de referência interna do outro, é a forma de estar na relação. A quarta condição refere-se à congruência do terapeuta. Segundo Hipólito (2011) esta atitude expressa a consistência do terapeuta com a própria experiência como um todo. A sua consciência e a sua comunicação, são a consistência consigo mesmo, na relação entre o aqui e o agora; a quinta condição também esta relacionada com o terapeuta, o cuidado incondicional positivo. Define-se em aceitar o outro sempre de forma positiva, sem julgamentos, interpretações, críticas ou qualquer juízo de valor (Brodley, 2006). Ou seja, o valor que o outro tem não depende de nenhuma condição, todas as pessoas são dignas de valores. E por último, diz respeito a percepção que o cliente tem do terapeuta. A atitude empática do terapeuta para com o mundo subjetivo do cliente é fundamental, é necessário e indispensável transmiti-la e medi-la por meio da sua resposta a compreensão empática (Leal,2018). Ou seja, o cliente tem de se sentir aceito e compreendido pelo terapeuta.

De uma perspectiva Rogeriana, sobre a aliança terapêutica, estas seriam as condições necessárias para que alcançar a mudança pretendida, com destaque também nos pilares fundamentais da abordagem centrada na pessoa mencionada anteriormente.

2. Teoria Desenvolvimento Psicoafectivo

A teoria psicoafectiva desenvolvida por João Hipólito (2011), tem como objetivo introduzir a teoria do desenvolvimento humano segundo a perspectiva da Abordagem Centrada na Pessoa e também pretende contribuir para uma melhor compreensão dos transtornos psicológicos como manifestações de um ser em constante atualização.

É de salientar a importância do conceito da tendência formativa que se encontra presente na teoria da personalidade de Rogers. O autor define a mesma como sendo a tendência para melhorar a ordem e a complexidade interrelacionada com o nível orgânico e inorgânico, sendo possível observar esta tendência em todo o universo e no seu crescimento. Segundo Rogers (1979), à medida que a vida se desenvolve no Universo, a tendência formativa está presente, com uma característica específica que o autor identifica como tendência atualizante, esta diz respeito ao processo de *growth* (crescimento, maturação), ou seja, a capacidade do organismo de, a partir da sua vivência experiencial, é capaz de atualizar as suas potencialidades.

Segundo Hipólito (2011) essas potencialidades podem nunca ser atualizadas, se as melhores condições não forem criadas. As pessoas, como organismo são frágeis, portanto no seu nível de potencial e processo de renovação, podem ocorrer “traumas” de várias origens (externas ou internas) sendo que, as capacidades inatas do indivíduo podem ser prejudicadas por esse fator. Elas podem surgir devido as condições de valores que se manifestam durante o processo de vinculação, em que o bebé reconhece que a sua própria sobrevivência depende do amor e da aceitação do cuidador principal. Consequentemente, o bebé adapta suas percepções para se alinhar com os critérios de aceitação da figura principal. A presença destas condições podem levar a uma dissociação entre aquilo que o bebé sente e o que integra no seu campo de percepção.

A medida que o *self* adquire novas competências e percorre o seu caminho para a hiper complexificação, podem existir condições de valores que levam a incongruência entre o *self* real/percebido, sendo a forma como o indivíduo se percebe e o *self* ideal/desejado, caracterizado como a forma que o indivíduo tem de ser para ser aceite pelo outro, trazendo sintomas tanto a nível psicológico e físico. Podendo ainda existir também dissociações entre o *locus* de controle interno e externo. O *locus* de controle interno caracteriza-se pela forma como o indivíduo experiencia as suas vivências, como as sente,

e o externo é influenciado pelo Outro, ou seja, o Outro que toma as decisões. E por último, dissociações entre a emoção e a cognição (Hipólito, 2011).

Esta dissociação entre os dois *selves* (real e desejado), pode originar uma certa tensão que ao não ser equilibrada pode provocar sintomas. Portanto, quanto maior for esta dissociação menor é a estima de si, levando assim a incongruência (Hipólito, 2011). Se o *self* desejado estiver em sintonia com o *self* real, maior é o estado de congruência (Kleinman, 2016). Relativamente, à dissociação entre a cognição e a emoção, aparece como sintoma a dificuldade em expressar os sentimentos e emoções, até mesmo compreendê-los, (Hipólito, 2011).

Os sintomas constituem uma tentativa para alcançar o equilíbrio do organismo e têm características positivas porque representam o “tecido” que o organismo consegue criar para se manter funcional em determinada situação. Portanto, é de se ter em conta a eliminação dos sintomas de forma precoce quando o organismo ainda não desenvolveu a capacidade para encontrar o equilíbrio ideal. Os sintomas podem ser de origem psicológica e física e também poderá influenciar a capacidade de distinguir o real do imaginário. Tudo indica que os sintomas só são abandonados quando já não são uteis para ultrapassar os conflitos que os geraram. (Hipólito, 2011).

PARTE IV – ATIVIDADES DO ESTÁGIO

1. Objetivos gerais

De forma a proporcionar uma melhor integração no local de estágio, foi disponibilizado para os estagiários alguns cursos com duração aproximadamente de uma semana, ministrados pelos próprios psicólogos da instituição. Os temas abordados eram considerados importantes no desempenho das funções e também perceber melhor a cultura da instituição. Assim sendo, os objetivos gerais do estágio académico estão compreendidos em proporcionar a oportunidade de envolvimento direto com o contexto real de trabalho, permitindo a aplicação prática dos conhecimentos teóricos adquiridos ao longo do percurso académico. E também, garantir a aquisição de novas competências, conhecimentos e métodos essenciais para uma prática na área da psicologia, com foco principal nos aspetos técnicos, científicos, éticos e interpessoais.

2. Objetivos específicos

2.1. Curso de gestão de stress

O Curso foi realizado na instituição com a duração de 5 dias, de 10 a 14 de outubro. O curso tinha como foco abordar as diversas situações de stress que os indivíduos com funções militares podem estar expostos, nomeadamente no local de trabalho e ambiente familiar. Tinha como objetivo estratégias de gestão de stress, técnicas de comunicação e técnicas de relaxamento. Para além disso, os intervenientes adquiriram conhecimentos a nível teóricos e práticos que irão melhorar o desempenho profissional, a saúde e o bem-estar de forma geral.

2.2. Cursos de primeiros socorros psicológicos

Este curso também decorreu na instituição, entre os dias 14 a 17 de novembro, tendo como propósito a formação e aumento da consciência sobre os primeiros socorros psicológicos, adquirindo ou melhorando as competências práticas, e colaborar de forma eficaz em situações de crise. A formação centrou-se no conceito de incidentes críticos, principalmente no ambiente militar e o seu impacto em grupos de pessoas. Foi descrito o conceito de crise, juntamente com as reações psicofisiológicas e emocionais que pode causar, bem como os objetivos da intervenção, os cuidados a ter enquanto interveniente e indicações básicas para intervir enquanto psicólogos ou par. Para uma melhor compreensão, foram realizadas *role plays* para pôr em prática os conhecimentos

adquiridos ao longo da formação. E por último, a importância da comunicação, as suas técnicas e a escuta ativa a ter em conta em momentos de situações de crise. O modelo aplicado em situações de crise é designado de Modelo SAFER-R utilizado pelo exército português.

2.3. *High performance Teaming Challenge*

Foi solicitado aos estagiários para colaborar e ajudar na preparação de um evento, cujo a realização foi junto com algumas empresas. Este evento tem como foco principal a importância de trabalhar em equipa para alcançar um determinado objetivo, bem como, a potencialização do desenvolvimento do trabalho de pares, tendo em conta as necessidades para o alto desempenho. Os estagiários participaram com o intuito de observar o comportamento e a comunicação dos participantes. Antes do dia do evento, houve duas sessões para explicar o intuito do evento, e um *whorkshop* a definir os objetivos pretendidos, bem como, o plano e as estratégias a seguir.

2.4. Observação e participação de processos vocacionais

No mês de dezembro (1ª fase) e março (2ª fase), tive a oportunidade de observar o processo de orientação escolar dirigido aos alunos do 9º, 10º, 11 e 12º ano realizado pela GOEAP, (gabinete de orientação escolar e apoio psicopedagógico). Todo o processo é orientado pelos psicólogos do gabinete, realizado em três fases: a primeira corresponde a aplicação de instrumentos de avaliação psicológica tendo em conta a faixa etária, a segunda fase consiste em avaliar as preferências, os interesses, os valores pessoais, etc; de seguida é realizada uma sessão para debater as saídas profissionais, os caminhos a seguir, e as qualificações necessárias para cada área. A última fase consiste em uma entrevista com os encarregados de educação e o aluno, para falar dos resultados obtidos em cada teste e, qualquer outra informação adicional. No final do processo vocacional, é facultado aos encarregados um relatório com toda a informação do processo vocacional.

De um modo geral, é de destacar o cuidado que a psicóloga tem durante todo o processo de orientação vocacional; a utilização da linguagem adequada, consoante os alunos e os encarregados de educação, por exemplo, perceber exatamente o que mais desperta a atenção em cada disciplina, os métodos de estudo, a opinião relativamente as provas de orientação vocacional, se teve dificuldades ou não, etc.

2.5. Reuniões

Durante o estágio foram realizadas reuniões semanalmente com a minha orientadora, tendo como foco a discussão dos casos e esclarecimento de dúvidas. Também, eram realizadas reuniões quinzenalmente com os outros estagiários e os respetivos orientadores, com o mesmo objetivo de discutir os casos, esclarecer as respetivas dúvidas e conhecer outras perspetivas para a problemática, consoante o modelo de intervenção.

3. Acompanhamentos e Avaliação Psicológica

O apoio psicológico consiste em intervenções com os clientes para aprender mais sobre si mesmos, a fim de estimular a sua capacidade de lidar com situações difíceis e facilitar a tomada de decisões (Cormac & Mace, 2008). Segundo a Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP), a Avaliação psicológica consiste num processo integro realizado mediante a utilização de protocolos validos, atualizados e fundamentados cientificamente, devendo assim responder a necessidades objetivas de informação, sendo uma prática exclusiva da Psicologia (OPP,2011b).

Este processo implica procedimentos específicos, nomeadamente: “1º competência para escolher os instrumentos apropriados; 2º o conhecimento e a experiência ao nível da aplicação e da cotação dos instrumentos e 3º competência para interpretar e integrar os resultados de uma forma útil e compreensiva” (Parecer 19/CEOPP/2015, sob a epígrafe “A avaliação psicológica enquanto ato específico e exclusivo da Psicologia).

Embora a observação clínica nos leve muitas vezes a elaborar hipóteses clínicas que se aproximam das verdadeiras causas de diferentes sintomas ou queixas, a avaliação e posterior seleção de conjunto de ferramentas aplicadas para avaliar e interpretar os resultados é um aspeto importante da Psicologia Clínica e dos seus profissionais. Combinando sempre estas duas componentes (observação e avaliação) é possível encontrar interpretações adequadas das causas dos sintomas e integrá-las em neurodinâmica e estruturas de personalidade, procurando desenvolver um plano de tratamento adequada.

A observação clínica isoladamente acaba por ser insuficiente porque é subjetiva, independentemente da experiência, assim como a avaliação estéril da observação e da

crítica feita pelos psicólogos pode levar a resultados enviesados de diversas maneiras a sintomatologia, e não a falta da estabilidade psicológica do cliente.

3.1. Instrumentos de avaliação

Os instrumentos de avaliação, são utilizados em várias áreas profissional, incluindo áreas clínicas, educacionais, organizacionais e forense, sendo assim, uma ferramenta de auxílio ao profissional. Em conjunto com outras fontes de informação, estes instrumentos orientam o profissional na tomada de decisões que influenciam de forma significativa a vida dos indivíduos. (Fonseca-Pedrero & Muñiz, 2017).

O modo de aplicação dos testes psicológicos pode influenciar as suas características psicométricas e, conseqüentemente na sua utilidade. Deste modo, é crucial que os profissionais sigam rigorosamente as diretrizes do instrumento, tenham um conhecimento profundo da administração e reconheçam a importância de seguir os procedimentos para garantir resultados precisos. (Fonseca-Pedrero & Muñiz, 2017).

No decorrer do estágio acadêmico, além do acompanhamento psicológico, tive a oportunidade de realizar uma avaliação psicológica. Para uma melhor compreensão do caso clínico, foram aplicados três instrumentos de avaliação, o BDI, ASRS (18) e por último a WAIS III. Posteriormente, será feita uma descrição dos instrumentos utilizados.

3.2. BDI-II (*Beck Depression Inventory*)

O inventário de Depressão de Beck, é um instrumento de autoavaliação da depressão, é frequentemente utilizado em populações clínicas, bem como, não-clínicas. O BDI-II é uma atualização do BDI-R (Beck, Steer & Brown, 1996).

O questionário é constituído por itens que derivam de atitudes e sintomas típicos de depressão, consoante as seguintes características: tristeza, pessimismo, anedonia, sentimentos de culpa, autopunição, auto-depreciação, ideação suicida, agitação, choro fácil, agitação, perda de energia, alterações de sono e do apetite, bem como dificuldades de concentração, perda de interesse sexual, entre outras (Beck, Steer & Brown, 1996).

Por norma, a aplicação do teste leva cerca de 5 a 10 minutos. A informação fornecida aos indivíduos permite que respondam de forma independente ao questionário composto por grupos de afirmações que retratam vários comportamentos e emoções. Os sujeitos devem escolher com precisão a frase que melhor descreve as experiências nas

duas últimas semanas, incluindo os dias atuais. Para indicar a sua escolha, devem desenhar um círculo a declaração correspondente.

O objetivo deste questionário, consiste em diferenciar os indivíduos depressivos dos não depressivos, assim como avaliar a gravidade dos sintomas da doença (Araújo, *et al.*, 2005). O questionário é constituído por 21 itens agrupados em três fatores; fator cognitivo (n=8); fator afetivo (n=6) e por último o fator somático (n=7). É agrupado em categorias composta por 4 afirmações, exceto os itens 16 e 18, que existe 7 alternativas de respostas, é indicado ao sujeito que, numa escala de Likert de 4 pontos, dispostas por ordem de gravidade progressiva (e.g. tristeza, 0= não me sinto triste; 3= estou tão triste ou infeliz que já não aguento), selecione a que melhor descreve como tem se sentido nas duas últimas semanas incluindo o dia de hoje (Martins, 2000). A soma de todos os itens conseguimos ter uma pontuação final que varia entre 0 e 63, dependendo da severidade dos sintomas depressivos. Pontuações inferiores ou iguais a 13 indicam depressão mínima, entre 14 e 19 depressão leve a moderada, 20 a 28 depressão moderada e 29 a 63 moderada a grave (Beck, Steer & Brown, 1996).

3.3. ASRS-18 (*Adult Self-Report Scale*)

A escala de autoavaliação de sintomas de PHDA para adultos (ASRS-18) é constituído por 18 itens, foi desenvolvida por Kessler *et al.*, (2006) juntamente com um grupo de trabalhadores da Organização Mundial da Saúde, com o objetivo de uma avaliação inicial de adultos que possam ter PHDA. O instrumento contém 18 sintomas do DSM V, com adaptações de situações do quotidiano da vida adulta. O diagnóstico preciso, só pode ser feito com uma anamnese completa e detalhada, para identificar sintomas atuais e ao longo da vida.

O questionário é dividido em duas subescalas (A e B), sendo que, cada um é constituído por 9 perguntas, a escala A esta relacionada com a atenção e a B, com hiperatividade e impulsividade. É indicado ao sujeito que numa escala de Likert, responda de acordo com a frequência dos sintomas, sendo 0= nunca; 1= raramente; 2=as vezes, 3= frequentemente e 4= muito frequente (Kessler, *et al.*, 2006).

Na análise dos resultados, se pelo menos 4 itens de cada subescala (A e B), conter respostas como frequente ou muito frequente, existe possibilidade de o indivíduo ter PHDA. Portanto, deve ser feita uma análise de quais sintomas considerar, se os sintomas estão presentes antes dos 12 anos, se estão presentes em pelo menos dois contextos (ex:

vida profissional, acadêmica, social, privada) se existe impacto no dia-a-dia e, outras perturbações como a depressão que possam justificar os sintomas.

3.4. WAIS III (*Escala de inteligência de Wechsler para adultos*)

O instrumento de avaliação surgiu em 1955, é uma revisão da escala de inteligência de Wechsler para adultos (Wais-R, 1981). A Waiss é uma escala de aplicação individual, que avalia a inteligência dos indivíduos com base em 14 subescalas. A faixa etária de aplicação do teste, é compreendida entre os dezasseis e os oitenta e nove. A Waiss faz a distinção entre a componente verbal e percetivo-motora. As 14 subescalas encontram-se agrupadas da seguinte forma: componente verbal, vocabulário, semelhanças, aritmética, memória de dígitos, informação, compreensão e sequencias de números e letras (suplementar) e, a subescala de realização temos o complemento de gravuras, código, cubos, matrizes, disposição de gravuras, pesquisa de símbolos (suplementar) e a composição de objetos que é opcional (Wechsler, 2004a).

A aplicação do teste dura em média 75 minutos, variando entre 60 e 90 minutos. O tempo medio do teste foi baseado em uma amostra padronizada de indivíduos considerados saudáveis. Para indivíduos com transtornos mentais, esse tempo é mais longo, ultrapassando muitas vezes 100 minutos (Wechsler, 2004a).

4. Apresentação e Análise de Casos Clínicos

4.1. Caso I - Acompanhamento psicológico

Identificação

Carla (nome fictício) é do sexo feminino, tem 31 anos, é de nacionalidade cabo-verdiana, reside no distrito de Lisboa e tem o 12º ano de escolaridade. É solteira, não tem filhos, tem uma irmã mais velha.

Motivo do pedido

A senhora Carla descreve que começou a ter ataques de pânico dentro do metro, na estrada a conduzir e, também no próprio quarto a noite. Descreveu como episódios de ansiedade intensa, fortes palpitações, suor, dificuldade de respirar, medo de perder o controle, medo de morrer, etc. Começou a imaginar o medo e, por causa do medo começou a ter comportamentos de evitamento, por exemplo, atualmente já não conduz. A Carla descreve que começou a ter esses sintomas quando veio a pandemia, por risco de perder o emprego em 2021, a morte dos avós paternos. Recorreu a médica de família, que na altura aconselhou tomar medicação, mas a senhora Carla não queria medicação. Por estar imenso tempo a espera de uma consulta no centro de saúde, resolveu procurar outras formas de ajuda.

Observação

Clara tem uma apresentação cuidada, roupas adequadas a estação do ano, uma postura calma e cooperante durante as sessões, não apresenta qualquer alteração na motricidade, possui um discurso fluente, atenção ativa. Apresenta-se vígil e lucida, distanciando de qualquer ideação suicida, capacidade de *insight*.

Anamnese Biográfica e História Familiar

A Carla é a segunda filha de uma fratria de dois, tendo uma irmã um ano e três meses mais velha. Nasceu em Cabo Verde, relata que o seu parto foi normal, embora não tenha sido uma gravidez planeada, também não foi indesejada, visto que a irmã só tinha um ano. A mãe não trabalhava, apenas o pai. A Carla menciona que não sabe como foi o período de gestação vivenciado pela mãe.

Quando nasceu, o pai já tinha emigrado para Portugal, à procura de melhores condições para a família, nesta altura vivia com a mãe e a irmã. Com um ano e alguns

meses, os seus pais separaram-se e a mãe conheceu outra pessoa com a qual foram viver. A Carla diz que não gostava muito do padrasto porque as tratava mal, mas o padrasto nunca chegou a ser violento fisicamente. Os avós paternos queriam que as netas fossem viver com eles porque acreditavam que as meninas ficariam melhor assim, mas a mãe não deixou. Numa segunda tentativa, os avós conseguiram, por isto, ela e a irmã viveram com a mãe apenas até aos seus 3 anos de idade.

Relativamente à idade escolar, a Carla descreve que sempre se deu muito bem com os colegas e professores. Nunca repetiu um ano, refere que a única disciplina com que não simpatizava muito era a matemática, mas nunca teve negativas, sempre teve notas razoáveis. Refere que os avós eram muitos rigorosos relativamente aos estudos “a única coisa que me “chateavam” era para estudar e, também cheguei a levar algumas palmadas porque conversa muito nas aulas” (sic). Menciona que a única coisa que lhe fazia confusão, era o fato de que quando brincava com os amigos, eles tinham sempre algo para contar sobre as mães, “Aquilo marcou me, eu nunca tinha nada para dizer, eles sempre tinham algo para contar, eu não tinha nada porque não cresci com a minha mãe e nem tinha contacto com ela” (sic).

Depois de ir viver com os avós, perdeu o contacto com a mãe, as poucas notícias que tinha, eram dadas pela tia, a irmã da mãe, tendo vindo a saber que a mãe acabou por ir viver para uma outra ilha. Só voltou a ver a mãe quando já tinha completado 7 anos de idade, na altura em que a avó materna faleceu “Passei todo esse tempo sem a ver, eu só a vi porque ela veio para o funeral da mãe. Perguntei o porquê de ela não nos vir visitar, e sempre dizia que as coisas estavam complicadas e que não tinha como” (sic).

Em relação à adolescência, a Carla descreve que embora não tenha crescido com os pais, não tem razões de queixa. “os meus avós são tudo para mim, fizeram de tudo, a minha única preocupação era estudar, além de serem os meus avós, foram os meus pais,”. O pai da Carla morreu quando ela tinha 14 anos, por complicações de saúde. “Lembro-me de ter ficado triste, mas não foi uma coisa que mexeu muito comigo, não tinha muito contacto com o meu pai” (sic). Nesta altura, a Carla disse que voltou a ver a mãe “Passei sete anos sem ver a minha mãe, sete anos... perguntei novamente o porquê dela não nos visitar, veio com as mesmas desculpas de sempre, para mim aquelas desculpas já não faziam sentido, já estava mais crescida, já não me enganava com pouca coisa, tinha noção das coisas. Os meus avós diziam que se ela não tinha condições, que eles ofereciam o

bilhete da passagem para ela nos vir visitar, ou então íamos nós ter com ela. Ao longo do tempo, comecei a perceber as coisas” (sic).

Veio para Portugal com 17 anos, para terminar o secundário, morava numa residência de estudantes fora de Lisboa e aos fins de semana vinha para a casa dos tios, irmão do pai e esposa do tio. Refere que na altura em que vinha para Portugal, precisava de uma autorização da mãe para sair do país de origem porque era menor de idade, contando que foi um pouco difícil porque a mãe não queria assinar a autorização “Não me fazia sentido ela andar as voltas para não assinar, esse tempo todo nunca procurou saber se estava bem, se tinha comida, se precisava de alguma coisa. Algo que era para o meu bem, ela andou ali as voltas a dizer que eu era muito nova, não faz sentido, mas depois acabou por assinar” (sic).

Quando chegou a Portugal tentou uma aproximação com a mãe, as duas começaram a ter mais contacto e falavam com alguma frequência. Chegou a ajudar a mãe de forma monetária por algum tempo, até que chegou uma altura em que não conseguia manter esta situação, começou a ter outras prioridades “Tentei uma aproximação e na altura pareceu que as coisas iam correr bem, ajudava-a naquilo que eu conseguia, depois quando falei com ela e expliquei-lhe que tinha outras prioridades, parece que ela não gostou, já não me ligava e quando eu ligava, ela era muito fria. Chegou uma altura que sugeri que ela viesse para Portugal, assim seria mais fácil conseguir ajudar, mandei dinheiro para ela ir tratar do passaporte e da papelada toda, mas ficou às voltas e vi que ela não tinha interesse” (sic).

Chegou uma altura em que começou a ficar magoada, sentia que a mãe só a procurava quando precisava de ajuda “Depois disto tudo, já não me ligava mais. A justificação que deu foi de que não me ligava para não pensar que ia pedir algo. É algo que me doi, quando estava a ajudar tudo bem, agora tenho outras prioridades já não sou nada? Nunca fui ingrata com ela, a educação que os meus avós me deram não permitia que fosse. Eles sempre fizeram questão que eu tentasse uma aproximação, sempre incentivaram isso e diziam que foram circunstâncias da vida que aconteceram e contribuíram para que as coisas fossem daquela forma, mas ela não podia ligar-me para saber como estou? Para mim, podes não ter nada para oferecer a uma pessoa, mas a tua preocupação, amizade e carinho valem muito mais que material” (sic).

A Carla descreve um episódio que marcou a sua vida adulta. Em 2017 foi para o país de origem de férias, lembra que informou a mãe que ia de férias e queria vê-la. Chegando lá, tentou pagar o bilhete da passagem para a mãe ir ter com ela, mas sem sucesso, então ela mesma decidiu ir ter com a mãe “Foi a pior coisa que fiz, parecia que fugia de mim, fiquei na sua casa, quase que não nos cruzávamos. Tinha comprado o bilhete para uma semana, de ida e volta. A minha sorte é que tinha a filha do meu padrinho e que somos bem próximas, passei o tempo todo com ela. Levei alguns presentes, ela nem ligou. No dia em que eu voltei, chorei a viagem toda a questionar o porquê de ela ser assim comigo, se ela fala sempre com a minha irmã. A partir daquele momento vi que não valia a pena insistir, só estava a magoar a minha pessoa cada vez mais, fiz de tudo para tentar uma aproximação” (sic). Chorou a sessão toda ao descrever este episódio.

Segundo a Carla, quando as pessoas perguntam como está a mãe, ela sente vergonha de dizer que não tem contacto com a mãe e só responde que ela está bem. O que mais a irrita é quando os familiares, nomeadamente, o tio, a esposa do tio e a sua irmã, insistem para ela ligar à mãe “são pessoas próximas que presenciaram tudo, sabem exatamente o que aconteceu ao longo dos anos, toda vez que eles trazem este assunto, acabamos sempre por discutir, já lhes disse que não é para falar deste assunto e no dia que eu decidir ou sentir que é hora de falar com ela, eu falo. Não vou remexer nesta ferida, todas as vezes eu fiquei magoada” (sic).

Em 2019, ambos os avós faleceram, a Carla descreve ter sido das piores dores que já sentiu em toda a sua vida. Ela não quis falar da morte dos avós, refere que é uma coisa que ainda não superou e que não tem coragem de falar. Quando mencionou a morte dos avós começou a chorar, dizendo que não consegue falar do assunto. A sua postura no momento em que este assunto surgiu, mudou completamente, deixando a postura descontraída anterior e adotando uma mais tensa e séria, sentando-se completamente direita na cadeira, tendo a sua expressão facial ficado mais emocional, com os olhos a lacrimejar.

Relativamente à vida profissional, a Carla trabalha num café que presta serviços aos trabalhadores do metro, não é aberto ao público, quem frequenta o café são apenas os trabalhadores do metro, estando há 8 anos nesta empresa. Menciona que gosta do seu trabalho e todas as coisas que já conquistou até hoje foram devido ao mesmo. Em dezembro de 2021 viu a sua vida a andar para trás, altura em que a mudaram de local de trabalho “A minha colega que trabalha noutra estação do metro veio falar comigo e disse

que iam mudar-me de local de trabalho, comecei a ficar apavorada. Já sabia que alguma coisa ia acontecer, tive uma discussão com uma colaboradora do metro. Aquela mulher nunca gostou de mim, tem uma implicância comigo que eu não sei explicar e olha que ela nem é trabalhadora da estação onde trabalho, ela trabalha noutra estação, mas toda vez que vai para ali, é para implicar. Naquele dia, ela falou mal comigo e não gostei, acabei por responder, ela não estava à espera. A forma que ela encontrou para se vingar foi de me tirar do meu local de trabalho e meter-me a trabalhar na estação aonde ela trabalha, para eu ficar estressada e irritada e fazer qualquer coisa para depois me despedirem por justa causa, era esta a intenção dela” (sic).

A Carla descreve que quando foi para ali trabalhar a sua vida começou a andar para trás e que as crises de ansiedade começaram a intensificar “Chorava todos os dias quando chegava em casa. Ia para a cama cansada, acordava cansada, tinha tanto ódio daquela senhora. Eu parecia ser outra pessoa, tinha tanta raiva dentro de mim e isso tudo começou a ter impacto na minha vida pessoal, não tinha vontade de fazer nada, de falar com ninguém” (sic).

A sua tia e uma amiga próxima aconselharam-na para procurar a médica de família e pedir baixa médica, sendo que conseguiu uma baixa de 12 dias e um relatório médico para entregar na empresa. Na visão da Carla, os motivos para este atrito por parte da colega, deve-se a razões raciais e políticas “Quando os dias de baixa terminaram e eu tive de voltar, o pesadelo voltou, a mesma angústia. Tinha uma revolta e mágoa dentro de mim que nem me reconhecia. Os trabalhadores do meu antigo posto fizeram um abaixo-assinado para eu voltar, porque eles gostam muito de mim e do meu trabalho. Não estava nada à espera, fiquei tão contente com a atitude deles. Levei a carta do abaixo-assinado para o sindicato e lá eles enviaram para a empresa. Nem responderam, só responderam quando chegou o relatório médico. Com toda esta confusão que foi, eles acabaram por me colocar no meu posto, mas se eu soubesse que aquilo ia me custar tanto assim, tinha entregado a carta de demissão. Aqueles trabalhadores para mim são como família, eles me tratam bem e até me ajudam quando estou atarefada “(sic).

Em termos de rede social, para além de uma boa relação com os restantes colegas de trabalho, a Carla refere que tem um grupo pequeno de amigas, tendo sido uma das amigas com quem é mais próxima quem a aconselhou a procurar ajuda psicológica. Menciona também a irmã, que considera a sua melhor amiga.

Relativamente a relacionamentos, a Carla refere apenas um, que durou 4 anos, terminando depois da pandemia, em agosto de 2021. Não estava nada à espera que terminasse daquela forma, descreve que o companheiro era tudo o que precisava, mas não era aquilo que queria. Não gostava na mesma proporção e tinha consciência que aquilo não ia durar muito. Relata que tiveram uma discussão normal de casal, mas ele depois acabou por bloqueá-la em tudo e não conversaram mais. Desde 2021 não se relacionou com mais ninguém.

Síntese das sessões de acompanhamento Psicológico

No decorrer das sessões foi possível notar a evolução da Carla, desde a primeira sessão até a última.

Na primeira sessão e segunda sessão de acompanhamento, Carla descreveu que se sentia sozinha, e que por este motivo acabou por se afastar socialmente. Sentia a necessidade de falar das suas preocupações e dos sintomas de ansiedade que foram agravando. Revelou que procurou ajuda primeiramente com a médica de família que a aconselhou a tomar medicação nos momentos que se sentia mais ansiosa, mas não queria. Por estar imenso tempo à espera de consulta psicológica no centro de saúde, ela resolveu procurar outros meios de ajuda. Dirigiu-se a Junta de Freguesia do local de residência para pedir ajuda, no qual, a encaminharam para o local de estágio, onde existe uma parceria com a instituição.

A Carla vinha sozinha para as consultas, com uma apresentação sempre cuidada e roupas adequadas à estação do ano.

Na segunda e terceira sessão, foram feitas algumas questões, com intuito de recolher os dados da sua história biográfica e constituir assim a anamnese. Descreveu a sua história de vida desde a sua infância até a atualidade e também alguns episódios marcantes. Falou da angústia de perder o emprego na época da pandemia (2^a quarentena) e do início dos sintomas da ansiedade, do medo de andar nos transportes públicos, nomeadamente no metro, por pensar que o metro poderia parar dentro do túnel e não conseguir sair.

Na quarta sessão, falou do relacionamento que tem com a mãe. No início estava um pouco fechada e constrangida ao falar do assunto, notou-se uma certa resistência, mas

depois acabou por relatar todo o ocorrido. Ficou bastante abalada e chorou a sessão toda. Afirmou que é um assunto que a deixa imensamente magoada e revoltada. Esta foi das sessões em que a Carla mais se revelou, expondo a sua vulnerabilidade e a sensibilidade do assunto em questão.

Na quinta sessão estava muito ansiosa e estressada, devido a um acontecimento no trabalho. O almoço não tinha chegada a horas combinadas, o que levou a filas de espera longas e aos trabalhadores ficarem bastante impacientes. Afirmou que já estava saturada daquela situação, porque não foi a primeira vez e já tinha dado o alerta à chefe sobre o quanto isto acaba por interferir no resto do trabalho. Quando ligou à chefe, a mesma falou muito mal com ela, o que acabou por deixá-la mais estressada.

Na sexta sessão a Carla já estava mais calma. Afirmou que ainda estava magoada pela forma como a chefe falou com ela, mas não estava chateada, apenas magoada, porque ela gosta muito da chefe e sempre se deram bem. Ao longo da sessão, ela mencionou que se fosse antigamente ia responder na mesma proporção “aos berros”, mas que ultimamente prefere ficar calada e não dizer nada e que agora não quer nenhum problema, ou qualquer tipo de stress. Conversámos sobre os sentimentos ao longo da sessão e expliquei que o intuito não é “ignorar” nem “travar” os nossos sentimentos, mas sim ir aprendendo a aceitá-los, porque fazem parte de nós, algo que lhe fez muito sentido.

Na sexta sessão, a Carla disse que refletiu muito sobre a sessão anterior e que resolveu ligar a chefe e explicou como tinha ficado magoada pela forma como falou com ela. A chefe acabou por pedir desculpas, dizendo que realmente naquele dia as coisas não estavam a ser fáceis para ela e a Carla apanhou-a num momento de stress também. Menciona que ficou mais aliviada pelo fato das duas terem conversado e as coisas ficarem resolvidas.

Na sétima sessão, a Carla demonstrou uma certa preocupação e agitação. De manhã quando foi apanhar o comboio, estava muito cheio por haver greve. Relatou que, quando entrou no comboio, começou a ter os mesmos pensamentos de antes, o medo, as palpitações e saiu logo na estação seguinte. Acabou por apanhar o autocarro para ir trabalhar e chegou tarde ao trabalho por ter feito um caminho mais longo. Durante a sessão a Carla lembrou as crises de ansiedade que teve durante a pandemia.

Na oitava sessão, a Carla estava mais calma. Disse que na noite anterior, quando chegou em casa, praticou a técnica de relaxamento que tínhamos conversado (técnicas de

respiração) numa sessão e de manhã também acordou mais cedo para conseguir acalmar-se. Mencionou que quando foi apanhar o comboio, começou a ter a mesma sensação do dia anterior, mas o comboio não estava tão cheio e conseguiu fazer a viagem toda. Relata que embora estivesse um pouco nervosa, sentiu-se mais confiante e também por ouvir música durante o percurso, manteve-se mais calma.

Na nona sessão, a Carla estava animada. Relatou que durante o fim de semana conseguiu conduzir, já há imenso tempo que não conduzia. Não estava sozinha, foi acompanhada da amiga e durante o passeio foi ganhando a confiança, decidindo deixar a amiga em casa e conseguir voltar para casa sozinha. Menciona que ficou muito orgulhosa por estar a conseguir fazer as coisas aos poucos.

Na décima sessão, a Carla esteve bastante reflexiva. Mencionou que antigamente era uma pessoa muito estressada e que hoje já se sente muito mais calma, que agora vê situações difíceis de uma forma diferente e se sente mais autoconfiante. Dá o exemplo de que antigamente os familiares mais próximos andavam sempre a dizer que já estava na idade de ter filhos e de arranjar um companheiro e que isso a chateava imenso por eles não prestarem atenção a tudo o que ela conquistou desde que veio para Portugal, nomeadamente conseguir terminar os estudos, arranjar um trabalho, morar sozinha e cuidar da sua saúde. Neste momento, exatamente por valorizar tudo o que alcançou, não lhe faz sentido ficar chateada por nem todos perceberem isso, não sentindo pressão para alcançar essas metas para se poder sentir realizada. Menciona ainda que os seus avós, com certeza estariam muito orgulhosos dela.

Na décima primeira sessão, a Carla menciona acreditar que agora consegue distinguir entre contribuições de outros vs de si própria, nas discussões recentes e antigas (com colegas, namorado, familiares e amigos). Disse que a sua maneira de conversar tem mudado e que, antigamente, ela “arruinava” várias conversas pelo seu comportamento impulsivo e muito emocional. Ela descreve-se como uma pessoa muito orgulhosa e acredita que esta atitude, incluindo a de querer ter sempre razão, prejudicava ainda mais a sua relação com a mãe e o ex-namorado.

Na décima segunda sessão, a Carla fala na vontade de reestabelecer o contacto com a mãe. A sua irmã diz que a mãe também pergunta por ela, mas ao mesmo tempo menciona que não se sente preparada, parece que vai abrir uma ferida que ainda não está cicatrizada e que talvez mais tarde, quem sabe, o consiga fazer. Estava também contente

porque se inscreveu para a caminhada no dia 25 de Abril por voltar a ter vontade de praticar exercícios.

Na décima terceira sessão, a Carla menciona uma pessoa com que tem tido algum contacto. Refere que conhece esta pessoa já há algum tempo, que é uma pessoa muito especial, mas que ele não vive em Portugal e viria brevemente e menciona que já sente falta de ter um companheiro. Esta pessoa sempre teve um carinho especial por ela, mas Carla menciona que antigamente só o via como amigo e ultimamente as coisas têm sido diferentes.

Na décima quarta sessão, afirmou que a pessoa com quem tem tido contacto recentemente, vinha para Portugal nos próximos dias e ia ficar a viver com ela. A Carla refere que estava um pouco ansiosa, mas uma ansiedade positiva, porque não saber como ia ser. Já estava há imenso tempo sozinha e morar com uma pessoa nova estava a deixá-la um pouco insegura sobre como iam ser as coisas.

Na décima quinta sessão, a Carla estava toda contente por ter ido ao aeroporto ter com esta pessoa. Afirmou que tem um certo receio de repetir os mesmos erros do relacionamento passado, mas está consciente de que se as coisas não correrem bem, não vai culpabilizar-se. Antigamente questionava muito quando as coisas não corriam bem, mas hoje já aprendeu que nem sempre as coisas correm como esperamos e que a forma como lidamos com a situação faz toda a diferença, mas sente-se mais confiante. Descreve o indivíduo como sendo tranquilo, companheiro e que está a surpreendê-la pela positiva. Embora tenha a consciência de que no início tudo é muito ideal, sente aquele medo das coisas mudarem de uma forma negativa e ela tornar-se alguém que não corresponda ao que ele esperava dela.

No que diz respeito à última e décima sexta sessão, Carla aparentava ter-se tornado uma pessoa mais calma, alegre e confiante. A própria fez uma reflexão do processo de acompanhamento e diz que está muito orgulhosa de si e com certeza o seu avô também estaria. A única coisa que lamenta, é o facto de não ter conseguido ajuda psicológica no momento em que esteve no pico da ansiedade, mas mesmo assim sente-se uma pessoa mais confiante e com vontade de fazer as coisas. Voltou a conduzir e começou a praticar exercícios. Mencionou que se sentia agradecida pelas sessões, que contribuíram muito para o seu bem-estar e que as conversas durante as sessões faziam-na sentir-se mais leve e refletia imenso sobre cada sessão.

Discussão do caso à luz da Teoria do Desenvolvimento Psicoafectivo

Para uma melhor compreensão do caso de acompanhamento psicológico, de seguida será apresentada a análise do caso à luz da Teoria do Desenvolvimento Psicoafectivo de Hipólito (2011).

Ao longo do processo de acompanhamento e na recolha de informação clínica, é possível destacar alguns traumas psicológicos e sociais.

Embora a gravidez não tenha sido planeada, como descreveu a Carla, a mãe poderá ter vivenciado algum período de stress durante a gestação, pelo fato de ter uma bebé muito pequena e também por no nascimento da Carla, o pai não se encontrar presente. É possível que este período de stress na gestação tenha causado consequências a nível psicológico e social no que concerne a vinculação afetiva, também perceptível por a mãe não ter relação com Carla, mas ter com a sua irmã, com quem tem um vínculo afetivo maior. Por tudo isto, a Carla viveu com a mãe até aos três anos, o que fez com que o vínculo com a mãe nunca fosse o desejado, o que gerou em si traumas e mais tarde sintomas “Aquilo marcou me, eu nunca tinha nada para dizer, eles sempre tinham algo para contar, eu não tinha nada porque não cresci com a minha mãe e nem tinha contacto com ela” (sic).

Este trauma foi se desenvolvendo com o tempo as poucas interações com a sua mãe, que nunca pareciam ser muito positivas, especialmente depois desta mudar de ilha “Passei todo esse tempo sem a ver, eu só a vi porque ela veio para o funeral da mãe. Perguntei o porquê de ela não nos vir visitar, e sempre dizia que as coisas estavam complicadas e que não tinha como” (sic). Com o tempo, Carla foi se tornando mais consciente da situação e do impacto desta em si mesma, sendo percebida uma condição de atualização “Passei sete anos sem ver a minha mãe, sete anos... perguntei novamente o porquê dela não nos visitar, veio com as mesmas desculpas de sempre, para mim aquelas desculpas já não faziam sentido, já estava mais crescida, já não me enganava com pouca coisa, tinha noção das coisas. Os meus avós diziam que se ela não tinha condições, que eles ofereciam o bilhete da passagem para ela nos vir visitar, ou então íamos nós ter com ela. Ao longo do tempo, comecei a perceber as coisas” (sic). Numa altura da vida de Carla em que estava a tentar atualizar as suas potencialidades (Hipólito, 2011) e não deixar que esta relação a impedisse de seguir o seu rumo, a sua mãe tentou dificultar a sua trajetória, quando não quis assinar os documentos para Carla poder estudar em Portugal “Não me fazia sentido ela andar as voltas para não assinar, esse tempo todo nunca procurou saber

se estava bem, se tinha comida, se precisava de alguma coisa. Algo que era para o meu bem, ela andou ali as voltas a dizer que eu era muito nova, não faz sentido, mas depois acabou por assinar” (sic).

Noutra tentativa de tendência atualizante quanto à aproximação com a mãe, acabou a gerar mais um trauma psicológico (Hipólito, 2011) “Tentei uma aproximação e na altura pareceu que as coisas iam correr bem, ajudava-a naquilo que eu conseguia, depois quando falei com ela e expliquei-lhe que tinha outras prioridades, parece que ela não gostou, já não me ligava e quando eu ligava, ela era muito fria. Chegou uma altura que sugeri que ela viesse para Portugal, assim seria mais fácil conseguir ajudar, mandei dinheiro para ela ir tratar do passaporte e da papelada toda, mas ficou às voltas e vi que ela não tinha interesse” (sic), altura em que é perceptível uma condição de valor da mãe (Hipólito, 2011) “É algo que me doi, quando estava a ajudar tudo bem, agora tenho outras prioridades já não sou nada?” (sic) e uma condição de valor de Carla “Para mim, podes não ter nada para oferecer a uma pessoa, mas a tua preocupação, amizade e carinho valem muito mais que material” (sic).

Carla, ao longo do tempo foi tentando várias vezes aproximar-se à mãe, sempre sem sucesso, o que vincava cada vez mais este trauma psicológico em si, especialmente quando se tornava claro que o vínculo entre a mãe e a irmã era mais forte. Na tentativa de alcançar o equilíbrio, a atualização organismica que Carla encontrou para se manter funcional (Hipólito, 2011), foi distanciar-se da situação e, conseqüentemente, da sua mãe “Foi a pior coisa que fiz, parecia que fugia de mim, fiquei na sua casa, quase que não nos cruzávamos. Levei alguns presentes, ela nem ligou. No dia em que eu voltei, chorei a viagem toda a questionar o porquê de ela ser assim comigo, se ela fala sempre com a minha irmã. A partir daquele momento vi que não valia a pena insistir, só estava a magoar a minha pessoa cada vez mais, fiz de tudo para tentar uma aproximação”. (sic)

Por ser um assunto que impacta negativamente a sua vida familiar e social, por muitas vezes os outros quererem intervir e incentivar a aproximação com a mãe, é claro um locus de controlo externo (Hipólito, 2011), tanto quando Carla diz que sente vergonha quando perguntam pela sua mãe, por não saber o que responder como quando insistem nesta aproximação “são pessoas próximas que presenciaram tudo, sabem exatamente o que aconteceu ao longo dos anos, toda vez que eles trazem este assunto, acabamos sempre por discutir, já lhes disse que não é para falar deste assunto e no dia que eu decidir ou sentir que é hora de falar com ela, eu falo. Não vou remexer nesta ferida, todas as vezes

eu fiquei magoada” (sic). No entanto, por ter vontade de um dia poder ter uma relação funcional com a mãe, continua a demonstrar uma condição de atualização, procurando saber como ela está, junto com a sua irmã. Visto que a sua mãe também parece ter interesse no seu bem-estar, por perguntar como ela está através da irmã, Carla não exclui a hipótese de voltar a tentar ter uma relação com a mãe, embora de momento ainda não se sinta preparada psicologicamente para o fazer.

Relativamente aos avós paternos, é perceptível uma tendência atualizante (Hipólito, 2011) quando esta vai viver com os avós, momento em que se começa a sentir-se valorizada e amada, sendo que foi com eles que desenvolveu os objetivos de vida que traçaram o seu futuro. Muita da empatia que a Carla tinha com a mãe, vinha da educação dos avós “Nunca fui ingrata com ela, a educação que os meus avós me deram não permitia que fosse. Eles sempre fizeram questão que eu tentasse uma aproximação, sempre incentivaram isso e diziam que foram circunstâncias da vida que aconteceram e contribuíram para que as coisas fossem daquela forma” (sic). Pelo impacto que a relação com os avós teve na sua vida, a morte dos mesmos gerou um grande trauma psicossocial, sendo ainda bastante difícil para a Carla sequer falar deste assunto.

Surge ainda um trauma psicossocial devido à separação com o ex companheiro em 2021, sendo que desde então não tinha tido mais relacionamentos por ter medo repetir os mesmos erros com outra pessoa. No entanto, ao longo do tempo foi percebendo que muitos dos seus medos advêm do seu carácter impulsivo e emocional na maneira como se relaciona com os outros, incluindo a sua mãe. Por ter a percepção de que isto era algo que deveria mudar conscientemente, abriu-se a um novo relacionamento, revelado nas últimas sessões. Ao falar do assunto tornou-se claro que algum dos seus medos se mantém, nomeadamente o de as coisas poderem não correr como esperava e não corresponder às expectativas do outro. Pareceu ter adquirido estratégias mais funcionais para lidar com a ansiedade que tudo isto lhe traz, percebendo que não se deve culpabilizar se não correr como espera e que a como lidará com a situação será o que pode controlar, deixando-a mais confiante para enfrentar esta nova etapa. Toda esta nova percepção torna clara a uma tendência atualizante (Hipólito, 2011).

Em relação a vida profissional, a Carla descreve o impacto de perder o emprego durante a pandemia e um episódio em que resultou de um trauma psicossocial na altura em que houve uma mudança no local do trabalho, devido a desentendimento com uma colega, por razões raciais de acordo com a Carla “A minha colega que trabalha noutra estação do metro veio falar comigo e disse que iam mudar-me de local de trabalho,

comecei a ficar apavorada. Já sabia que alguma coisa ia acontecer, tive uma discussão com uma colaboradora do metro. Aquela mulher nunca gostou de mim, tem uma implicância comigo que eu não sei explicar e olha que ela nem é trabalhadora da estação onde trabalho (...) Naquele dia, ela falou mal comigo e não gostei, acabei por responder, ela não estava à espera. A forma que ela encontrou para se vingar foi de me tirar do meu local de trabalho e meter-me a trabalhar na estação aonde ela trabalha, para eu ficar estressada e irritada e fazer qualquer coisa para depois me despedirem por justa causa, era esta a intenção dela” (sic).

Como consequência deste evento, desenvolveu crises de ansiedade (sintoma) “Chorava todos os dias quando chegava em casa. Ia para a cama cansada, acordava cansada, tinha tanto ódio daquela senhora.” (sic), assim como uma dissonância entre o *self* percebido e o *self* real “Eu parecia ser outra pessoa, tinha tanta raiva dentro de mim e isso tudo começou a ter impacto na minha vida pessoal, não tinha vontade de fazer nada, de falar com ninguém” (sic).

Houve um outro episódio, um desentendimento em que a chefe lhe falou mal depois de Carla lhe trazer uma preocupação sua em relação à organização do trabalho. Na altura Carla pensou que tudo isto a tinha deixado chateada, refletindo mesmo que se fosse noutra altura teria respondido também de forma mais agressiva, porém mais tarde veio a perceber que na realidade se sentia magoada por ter em consideração a boa relação que tinha com a chefe. Decidiu então ir falar com ela, altura em que ambas fizeram as pazes, tendo a chefe também lamentado o ocorrido, o que deixou Carla mais aliviada, tanto por ter retomado a boa relação que tinha com a chefe, como por ter conseguido procurar resolver as coisas, o que demonstra também outro momento de tendência atualizante (Hipólito, 2011).

Relativamente ao *locus* de controle da Carla, é possível observar que o mais dominante é o *locus* de controle interno (Hipólito, 2011), nomeadamente, quando esta percebe que não é por os outros não valorizarem tudo aquilo que alcançou, que ela não o deve fazer. Tornou-se claro durante as sessões que a Carla demonstra ser uma pessoa determinada e não influenciável, características que diz ter adquirido através da educação que os avós lhe deram, tudo isto torna possível que esta ultrapasse as dúvidas e a desvalorização que sente por parte dos outros.

Vale ainda a pena mencionar, o desenvolvimento psicológico da Carla ao longo das sessões. Foram visíveis os progressos alcançados, nomeadamente o de conseguir voltar a andar de transportes públicos mais tranquilamente, através de novas estratégias,

algo que antigamente lhe trazia grande ansiedade, ganhou maior consciência sobre o seu funcionamento psicológico e social, voltando a conseguir ter um relacionamento amoroso, conseguiu ainda também voltar a conduzir e retornar à prática de exercício físico, tendo como ótimas condições de atualização e referência a educação fornecida pelos avós, quando foi viver com os avós, o fato de vir sozinha para estudar em Portugal, o emprego, as boas relações que hoje tem no local de trabalho Tudo isto e adicionando o facto de que, através do incentivo da sua melhor amiga, procurou autonomamente ajuda psicológica, permite-nos identificar uma grande atualização das suas potencialidades (Hipólito, 2011).

Reflexão sobre o Caso

Desde as primeiras sessões a Carla, foi uma cliente que desde o início teve uma atitude cooperante e uma postura empática, falando abertamente do motivo que esta procurou ajuda psicológica. Embora a própria lamenta de não ter conseguido ajuda psicológica no momento em que mais precisava.

Foi possível observar que a Carla tinha necessidade de falar das suas angústias, mostrou-se simpatizar comigo, por ambas pertencerem a mesma cultura, mencionou que se sentia mais acolhida, e também por se encontrar na mesma faixa etária.

No decorrer das sessões foi possível observar uma mudança por parte da Carla, principalmente no que diz respeito as suas emoções e comportamentos relativamente aos assuntos mais delicados ou quando se encontrava em situações de stress e ansiedade.

Existiram alguns pontos que eu tive maior dificuldade em gerir e dar uma resposta coerente. Um dos episódios foi o facto de a Carla não se sentir preparada para falar da morte dos avós, foi particularmente difícil em perceber se não consegui transmitir confiança para abortar este tema, apenas afirmei que este assunto deve trazer muito sofrimento ainda. Outro aspeto desafiante, foi o facto de a Carla ter a perceção de que é difícil uma aproximação com a mãe e, mas preferiu insistir várias vezes, mesmo tendo a noção que sempre sai magoada. E o tema das últimas sessões também teve um impacto negativo, o fato de a Carla não mencionar durante todas as sessões que estava a conhecer uma pessoa nova e que iam viver juntos.

4.2. Caso II- Avaliação psicológica

De seguida será apresentado o caso de avaliação psicológica realizada no local de estágio, que foi realizada em duas sessões. A informação clínica da anamnese foi recolhida por terceiros, não sendo possível ter acesso a mais informações de forma detalhada. Em anexo encontra-se os testes que foram aplicados.

Identificação

Suzana (nome fictício) é do sexo feminino, tem 32 anos, é de nacionalidade portuguesa, reside no distrito de Lisboa. É comprometida, vive com o parceiro, tem 5 filhos, três meninas e dois meninos, o mais pequeno tem oito meses e a mais velha doze anos. Sendo que, o parceiro é pai dos últimos 4 filhos. Os últimos trabalhos foram em empregos de prestação de serviço, (trabalhos domésticos). De momento não se encontra empregada.

Motivo do pedido

O pedido da consulta surgiu no âmbito de sintomas depressivos e de PHDA. A senhora Suzana sempre teve vontade de continuar os estudos, mas refere que sempre deixa as coisas pelo meio e não tem motivação para continuar, é o primeiro contacto com um psicólogo. Foi o marido que tratou de todo o processo até conseguir ajuda psicológica para a Suzana. A presente avaliação psicológica tem como objetivo avaliar a existência de possíveis perturbações a nível de neurodesenvolvimento, assim como a nível de depressão.

Observação

A senhora Suzana tem uma aparência cuidada, roupas adequadas a estação do ano, expressão um pouco reduzida, aflita e preocupada, no início teve pouco contacto visual, mexe muito com as mãos e uma certa agitação nas pernas. Uma atitude colaborante ao longo da sessão, discurso coerente, prosódia normal, orientada no tempo e espaço e capacidade de *insigth*.

História Pessoal

A Suzana relata que sempre quis uma família grande. Contabiliza um total de nove gravidezes, incluído um aborto deliberado e um feto a morrer após 4 meses de gestação,

refere que nunca lidou bem com o 1º aborto que foi intencional, porque na altura a filha estava muito pequena.

Descreve que os sintomas depressivos eram mais graves durante as gravidezes, mas que após o último parto, os sintomas permaneceram. A Susana coloca a hipótese de ser por conta de um método contraceptivo (DIU). Descreve que se sentia triste, falta de energia, fica no escuro sem vontade de fazer nada. Menciona também sintomas de ansiedade durante as gravidezes, ataques de pânico, sensação de aperto no peito, garganta fechada, palpitações, suor e, choros repentinos, mas atualmente os sintomas de ansiedade são menores.

Relata problemas em relacionar-se emocionalmente com os filhos no momento e, sente imensa culpa por causa disso, especialmente em relação a filha mais nova.

Descreve que atualmente não gosta do seu corpo atual, tem como objetivo uma cirurgia plástica. Menciona que um ano atrás, o parceiro prometeu pagar uma tal cirurgia e, descreve isso como último momento em que se sentiu feliz.

Relativamente a escolaridade, tem o 12º ano, tentou vários cursos profissionais, mas não concluiu nenhum, nunca soube exatamente o que queria fazer exatamente. Começou a tirar a carta de condução, mas no momento, não avançou mais, não tem motivação.

No que diz respeito ao relacionamento atual, diz estar com muita raiva do parceiro, porque existe vários casos de traição. Pensa em separar-se e não se quer casar para não ter de ficar nesta situação para sempre.

A Suzana relata um abuso sexual na infância pelo tio, mas pensa que lida bem com a situação atualmente. Tem medo de se tornar numa abusadora também, porque viu num programa de televisão que isso pode acontecer a pessoas que foram abusados. Por causa deste receio, ela evita mudar as fraldas e dar banho aos filhos.

A senhora Suzana, relata que vai ao ginásio três vezes por semana, mas gostava de começar um desporto em grupo, sente grande alívio nos sintomas depressivos desde que começou a treinar.

Resultados da avaliação psicológica e Discussão Clínica

Seguidamente, será apresentado os resultados da avaliação psicológica da senhora Suzana, realizada no dia 22 e 23 de maio de 2023.

Na escala de *Beck Depression Inventory*, (BDI-II) a pontuação total obtida foi de 17 pontos. Esta pontuação está dentro dos parâmetros dos sintomas depressivos moderados. Relativamente, a autoavaliação do ASRS-18 (*Adult Self-Report Scale*) os resultados obtidos são compatíveis com a perturbação de Hiperatividade e Deficit de Atenção, com foco em depressão ansiosa. E por último, a aplicação e análise dos resultados do teste de inteligência (WAIS-III), o resultado obtido no que diz respeito ao QI (quociente de inteligência) foi de 106. Refere-se que este valor obtido, está dentro do valor médio, sendo considerado normativo no que diz respeito à idade e à população portuguesa. Relativamente aos subtestes da Escala Verbal, que avalia os processos verbais e conhecimento adquirido, nota-se que a pontuação é mais alta no que se compara aos subtestes da Escala de Realização que avalia a organização perceptual, a rapidez e a velocidade do pensamento fluido, nomeadamente no que diz respeito a velocidade do processamento (VP).

Posto isto, podemos salientar que existem alguns fatores que podem influenciar estes resultados. Especificamente, no que se refere a traços de PHDA, como a oscilação da atenção. Também é de salientar que a depressão atual moderada pode ser considerada um fator influenciador, precisamente a diminuição da motivação e da capacidade de atenção, assim como uma certa inquietação constante.

Embora os resultados deste subteste VP (velocidade de processamento) seja inferior aos restantes e, tendo em conta os parâmetros mencionados anteriormente, o resultado encontra-se dentro da média da população que apresenta estes fatores.

Reflexão sobre a Avaliação Psicológica

Relativamente ao presente caso de avaliação psicológica, ter sido realizado em apenas duas sessões, foi possível estabelecer uma boa relação terapêutica com a cliente.

Apesar de se queixar da falta de energia e a vontade de não fazer nada, a Susana manteve uma postura cooperante e demonstrou interesse em participar nas tarefas propostas. Notou-se uma certa inquietação durante a aplicação dos testes (não parava de mexer as pernas e as mãos), também demonstrou uma certa preocupação nos resultados obtidos.

Dado os resultados, é benéfico dar continuidade ao acompanhamento psicológico, nomeadamente, para evitar que o sintoma da depressão moderada evolua. Já que a própria mencionou que durante as gravidezes os sintomas são mais intensos.

Relativamente os resultados da PHDA, não foi possível ter acesso a mais informações da infância, não tendo a oportunidade de explorar se existiam sintomas anteriormente. É um ponto fundamental obter estas informações sobre a existência, persistência e a presença dos sintomas em vários contextos sociais e de funcionamento individual.

As aplicações dos testes foram relevantes para a aprendizagem, contribuíram para clarificar os sintomas que a Susana se expressava. A administração da escala de Wechsler, envolveu um estudo mais aprofundado, sendo que a sua aplicação é mais complexa. Um ponto considerado negativo, foi na aplicação deste teste. Quando expliquei em que consistia a aplicação do teste e qual o seu objetivo, a Susana estava nervosa e preocupada com o resultado, referiu que se o resultado fosse negativo, o marido com certeza iria ridicularizá-la.

Seria positivo para a Susana uma intervenção que esta tivesse a oportunidade de compreender mais sobre a Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção e as influências que possa ter na vida da pessoa.

PARTE V- CONCLUSÃO E REFLEXÃO

Conclusão e Reflexão Pessoal

Ao concluir esta etapa, olho para trás e vejo uma jornada de aprendizado e crescimento significativos, tanto a nível pessoal e como futura profissional. Durante este período, tive a oportunidade de ter o primeiro contacto com a prática de um psicólogo no mundo profissional e aplicar os conhecimentos adquiridos ao longo da minha formação académica.

Os seminários de estágio I e II foram fundamentais, principalmente a visão distinta existente na apresentação dos casos. As professoras foram extremamente acolhedoras, criando um espaço de liberdade para que não tivéssemos medo ou receio de errar. Aprendi a valorizar as diferentes perspetivas e habilidades que cada um trazia para os seminários e como isso foi enriquecedor para todos.

Das maiores lições deste percurso é a importância da adaptabilidade. Existiram algumas situações desafiadoras e inesperadas que exigiram flexibilidade e capacidade de resposta rápida. Aprendi a manter a calma sob pressão e a buscar soluções para resolver o problema, mesmo estando limitada em algumas situações. Ao nível das dificuldades, existiram muitos pontos que tive de aprofundar para estar ao nível das exigências do acompanhamento e das avaliações psicológicas.

Quanto ao nível pessoal, o estágio desafiou-me a sair da zona de conforto e assumir responsabilidades que me ajudaram a crescer como indivíduo. Descobri a importância do autodesenvolvimento contínuo e a busca por oportunidades de aprendizado. O estágio não apenas consolidou meu interesse pela minha área de formação, mas também motivou na busca de novos desafios e oportunidades de crescimento.

Estou grata pela orientação e o apoio recebido ao longo deste percurso pelos profissionais mais experientes e estou confiante que os conhecimentos adquiridos, serão inestimáveis para a minha futura carreira profissional. Além de adquirir novas habilidades, permitiu-me desenvolver uma compreensão mais holística do ser humano e das suas complexidades que envolvem o processo de mudança e crescimento pessoal.

Outra lição que emergiu desta experiência, foi a importância da compreensão empática e da escuta ativa no processo terapêutico. Aprendi a importância de criar um espaço seguro e acolhedor onde os clientes possam se sentir confortáveis em compartilhar as suas emoções e experiências mais profundas.

Referências Bibliográficas

Abbing, A., Ponstein, A., van Hooren, S., de Sonnevile, L., Swaab, H., & Baars, E. (2018). The effectiveness of art therapy for anxiety in adults: A systematic review of randomised and non-randomised controlled trials. *PloS one*, 13(12). <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0208716>.

Adwas, A. A., Jbireal, J. M., & Azab, A. E. (2019). Anxiety: Insights into signs, symptoms, etiology, pathophysiology, and treatment. *East African Scholars Journal of Medical Sciences*, 2(10), 580-591. <https://avys.omu.edu.tr/storage/app/public/haticek/139566/Anxiety.pdf>.

Ahmed, G., Negash, A., Kerebih, H., Alemu, D., & Tesfaye, Y. (2020). Prevalence and associated factors of depression among Jimma University students. A cross-sectional study. *International journal of mental health systems*, 14, 1-10. <https://ijmhs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13033-020-00384-5>.

Ahmed, R., Khan, N. A., Waseem, M., & Khan, Z. J. (2017). Holistic approach in the management of depression: A Review. *J Integ Comm Health*, 6, 10-14. <https://core.ac.uk/download/pdf/386381351.pdf>.

Akiba, C. F., Zimba, C. C., Thom, A., Matewere, M., Go, V., Pence, B., ... & Masiye, J. (2020). The role of patient-provider communication: a qualitative study of patient attitudes regarding co-occurring depression and chronic diseases in Malawi. *BMC psychiatry*, 20, 1-9. <https://bmcpsy psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-020-02657-2>.

Alexander, L., & Young, A. H. (2023). Recent advances in the psychopharmacology of major depressive disorder. *BJPsych Advances*, 29(2), 117-130. <https://www.cambridge.org/core/journals/bjpsych-advances/article/recent-advances-in-the-psychopharmacology-of-major-depressive-disorder/E5D0CCB447659AA928CC4115327A3F5F>.

American Psychiatric Association (APA). (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Artmed Editora.
https://dislex.co.pt/images/pdfs/DSM_V.pdf

American Psychiatric Association. (2022). DSM-5-TR Update. Supplement to Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Text Revision.
<https://www.psychiatry.org/getmedia/304e9a98-ca5c-4e04-97d7-30b4756705eb/APA-DSM5TR-Update-September-2022.pdf>.

Amin-Esmaili, M., Motevalian, A., Rahimi-Movaghar, A., Hajebi, A., Hefazi, M., Radgoodarzi, R., & Sharifi, V. (2014). The translation and psychometric assessment of the persian version of the sheehan disability scale. *Iranian journal of psychiatry*, 9(3), 125. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4277800/>.

Armour, M., Smith, C. A., Wang, L. Q., Naidoo, D., Yang, G. Y., MacPherson, H., ... & Hay, P. (2019). Acupuncture for depression: a systematic review and meta-analysis. *Journal of clinical medicine*, 8(8), 1140. <https://www.mdpi.com/2077-0383/8/8/1140>.

Armstrong, C., & Kapolowicz, M. R. (2020). A preliminary investigation on the effects of atenolol for treating symptoms of anxiety. *Military Medicine*, 185(11-12).
<https://academic.oup.com/milmed/article/185/11-12/e1954/5874725?login=false>.

Atchison, K., Watt, J. A., Ewert, D., Toohey, A. M., Ismail, Z., & Goodarzi, Z. (2022). Non-pharmacologic and pharmacologic treatments for anxiety in long-term care: a systematic review and meta-analysis. *Age and Ageing*, 51(9).
<https://academic.oup.com/ageing/article/51/9/afac195/6691375?login=false>.

Awadalla, S., Davies, E. B., & Glazebrook, C. (2020). A longitudinal cohort study to explore the relationship between depression, anxiety and academic performance among Emirati university students. *BMC psychiatry*, 20, 1-10.
<https://bmcpsy psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-020-02854-z>.

Aznar-Lou, I., Iglesias-González, M., Rubio-Valera, M., Peñarrubia-Maria, M. T., Mendive, J. M., Murrugarra-Centurión, A. G., ... & Serrano-Blanco, A. (2019).

Diagnostic accuracy and treatment approach to depression in primary care: predictive factors. *Family Practice*, 36(1), 3-11.
<https://academic.oup.com/fampra/article/36/1/3/5174724?login=false>.

Balaram, K., & Marwaha, R. (2020). Agoraphobia. *Europe PMC*.
https://europepmc.org/article/NBK/nbk554387#_NBK554387_dtls.

Beames, J. R., Kikas, K., & Werner-Seidler, A. (2021). Prevention and early intervention of depression in young people: an integrated narrative review of affective awareness and Ecological Momentary Assessment. *BMC psychology*, 9(1), 113.
<https://link.springer.com/article/10.1186/s40359-021-00614-6>.

Beck, A. T., Steer, R., & Brown, G. (1996). *Beck Depression Inventory-II Manual*. New York: The Psychological Corporation

Bjornsson, A. S., Hardarson, J. P., Valdimarsdottir, A. G., Gudmundsdottir, K., Tryggvadottir, A., Thorarinsdottir, K., ... & Thorisdottir, A. S. (2020). Social trauma and its association with posttraumatic stress disorder and social anxiety disorder. *Journal of anxiety disorders*, 72, 102228.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0887618520300426>.

Bodganov, I. & Bodganov, G. (2010). *Le Visage de Dieu*. Paris: Bernard Grasset

Bombard, Y., Baker, G. R., Orlando, E., Fancott, C., Bhatia, P., Casalino, S., ... & Pomey, M. P. (2018). Engaging patients to improve quality of care: a systematic review. *Implementation Science*, 13, 1-22.
<https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13012-018-0784-z>.

Boshra, A. A., & Almoied, A. A. (2020). Enjoying life and health status among young adults and elderly: A comparative study in light of the globalization effects on the human being of the 21st century. *International Journal of Medical Research & Health Sciences*, 9(3), 18-25. <https://www.academia.edu/download/75995839/enjoying-life-and-health-status-among-young-adults-and-elderly-a-comparative-study-in-light-of-the-globalization-effects.pdf>.

Boyce, P., & Ma, C. (2021). Choosing an antidepressant. *Australian Prescriber*, 44(1), 12. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7900278/>.

Branco, A. (2019). Projeto de avaliação e intervenção neuropsicológica em PHDA de apresentação combinada. <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0461.pdf>

Breedvelt, J. J., Amanvermez, Y., Harrer, M., Karyotaki, E., Gilbody, S., Bockting, C. L., ... & Ebert, D. D. (2019). The effects of meditation, yoga, and mindfulness on depression, anxiety, and stress in tertiary education students: A meta-analysis. *Frontiers in psychiatry*, 10, 440721. <https://www.frontiersin.org/journals/psychiatry/articles/10.3389/fpsyt.2019.00193/full>.

Brodley, B. (2006) Client-initiated homework in cliente-centered therapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 16 (2), 140-161.

Brodley, B. (2011). Client-centered and experimental: Two diferente therapies. In K. Moon, M. Witty, B. Grant & B. Rice (Eds), *Practicing Client- Centered Therapy: Selected Writings of Barbara Temander Brodley*. Ross -on-Wye: PCCS Books.

Butler, N., Quigg, Z., Bates, R., Jones, L., Ashworth, E., Gowland, S., & Jones, M. (2022). The contributing role of family, school, and peer supportive relationships in protecting the mental wellbeing of children and adolescents. *School Mental Health*, 14(3), 776-788. <https://link.springer.com/article/10.1007/s12310-022-09502-9>.

Campos, A. P., & Cury, V. E. (2009). Atenção psicológica clínica: encontros terapêuticos com crianças em uma creche. *Paidea*, 115-121

Casanova, F., O'Loughlin, J., Karageorgiou, V., Beaumont, R. N., Bowden, J., Wood, A. R., & Tyrrell, J. (2023). Effects of physical activity and sedentary time on depression, anxiety and well-being: a bidirectional Mendelian randomisation study. *BMC medicine*, 21(1), 501. <https://bmcmmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12916-023-03211-z>.

Centro de Psicologia Aplicada do Exército (2014). *Anuário 2014*. Lisboa: CPAE

Centro de Psicologia Aplicada do Exército (2018) *Anuário 2018*. Lisboa: CPAE

Centro de Psicologia Aplicada do Exército (2019) *Anuário 2019*. Lisboa: CPAE

Chamberlain, S. R., & Baldwin, D. S. (2021). Monoamine oxidase inhibitors (MAOIs) in psychiatric practice: how to use them safely and effectively. *CNS drugs*, 35(7), 703-716. <https://link.springer.com/article/10.1007/s40263-021-00832-x>.

Chavira, D. A., Ponting, C., & Lewis-Fernández, R. (2020). Cultural and social aspects of anxiety disorders. *The American Psychiatric Association Publishing textbook of anxiety, trauma, and OCD-related disorders*, 59.

Christensen, M. C., Wong, C. M. J., & Baune, B. T. (2020). Symptoms of major depressive disorder and their impact on psychosocial functioning in the different phases of the disease: do the perspectives of patients and healthcare providers differ?. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 280. <https://www.frontiersin.org/journals/psychiatry/articles/10.3389/fpsyt.2020.00280/full>.

Colizzi, M., Lasalvia, A., & Ruggeri, M. (2020). Prevention and early intervention in youth mental health: is it time for a multidisciplinary and trans-diagnostic model for care?. *International journal of mental health systems*, 14(1), 1-14. <https://ijmhs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13033-020-00356-9>.

Colodro-Conde, L., Couvy-Duchesne, B., Zhu, G., Coventry, W. L., Byrne, E. M., Gordon, S., ... & Martin, N. G. (2018). A direct test of the diathesis–stress model for depression. *Molecular psychiatry*, 23(7), 1590-1596. <https://www.nature.com/articles/mp2017130.pdf>.

Cormac, I. & Mace, C. (2008). *Psychological therapies in psychiatry and primary care*. London: Royal College of Psychiatrists.

Cury, B. d., Lopes, L. B., & Linhares, D. P. (2012). Abordagem Centrada na Pessoa: Diretividade na Perspetiva do Cliente. *PSIQUE* (8), 9-35.

De Soir, E. (1997). *Problemas Familiares nas Operações de Manutenção de Paz*. Revista de Psicologia Militar, 10,

Dean, J., & Keshavan, M. (2017). The neurobiology of depression: An integrated view. Asian journal of psychiatry, 27, 101-111. https://psychiatry.aok.pte.hu/tavoktatas/DEPR_SUIC_1_Dean_Neurobiology.pdf.

Deng, Y., Cherian, J., Khan, N. U. N., Kumari, K., Sial, M. S., Comite, U., ... & Popp, J. (2022). Family and academic stress and their impact on students' depression level and academic performance. Frontiers in psychiatry, 13, 869337. <https://www.frontiersin.org/journals/psychiatry/articles/10.3389/fpsyt.2022.869337/full>.

Ee, C., Lake, J., Firth, J., Hargraves, F., De Manincor, M., Meade, T., ... & Sarris, J. (2020). An integrative collaborative care model for people with mental illness and physical comorbidities. International Journal of Mental Health Systems, 14, 1-16. <https://ijmhs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13033-020-00410-6>.

Eisma, M. C. (2023). Prolonged grief disorder in ICD-11 and DSM-5-TR: Challenges and controversies. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 57(7), 944-951. <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/00048674231154206>.

Filipe, C. (2004). A perturbação de hiperactividade com défice de atenção no adulto. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 20(6), 733–737.

Fonseca-Pedrero, E., Muñoz, J. (2017). Quinta avaliação de testes publicados na Espanha: olhando para trás, construindo o futuro. *Papéis do Psicólogo*. 38(3), 161-168.

Fu, Z., Brouwer, M., Kennis, M., Williams, A., Cuijpers, P., & Bockting, C. (2021). Psychological factors for the onset of depression: a meta-analysis of prospective studies. BMJ open, 11(7). <https://bmjopen.bmj.com/content/11/7/e050129>.

Garakani, A., Murrough, J. W., Freire, R. C., Thom, R. P., Larkin, K., Buono, F. D., & Iosifescu, D. V. (2020). Pharmacotherapy of anxiety disorders: current and

emerging treatment options. *Frontiers in psychiatry*, 1412.
<https://www.frontiersin.org/journals/psychiatry/articles/10.3389/fpsyt.2020.595584/full>.

Gariépy, G., Honkaniemi, H., & Quesnel-Vallee, A. (2016). Social support and protection from depression: systematic review of current findings in Western countries. *The British Journal of Psychiatry*, 209(4), 284-293.
<https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/social-support-and-protection-from-depression-systematic-review-of-current-findings-in-western-countries/F2A2532B9A2259834041AFE67DA72E97>.

Gobbi, S. L, Missel, S. T, Justo, H., & Holanda, A. (2002). *Vocabulário e Noções Básicas da Abordagem Centrada na Pessoa*. São Paulo:Vetor

Goodheart, C. D. (2010). Economics and psychology practice: What we need to know and why. *Professional Psychology: Research and Practice*, 41(3), 189.

Gosmann, N. P., Costa, M. D. A., Jaeger, M. D. B., Motta, L. S., Frozi, J., Spanemberg, L., ... & Salum, G. A. (2021). Selective serotonin reuptake inhibitors, and serotonin and norepinephrine reuptake inhibitors for anxiety, obsessive-compulsive, and stress disorders: A 3-level network meta-analysis. *PLoS Medicine*, 18(6).
<https://journals.plos.org/plosmedicine/article/file?id=10.1371/journal.pmed.1003664&type=printable>.

Graham, E., Gariépy, G., & Orpana, H. (2023). System dynamics models of depression at the population level: a scoping review. *Health Research Policy and Systems*, 21(1), 1-12. <https://health-policy-systems.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12961-023-00995-7>.

Groen, R. N., Ryan, O., Wigman, J. T., Riese, H., Penninx, B. W., Giltay, E. J., ... & Hartman, C. A. (2020). Comorbidity between depression and anxiety: assessing the role of bridge mental states in dynamic psychological networks. *BMC medicine*, 18, 1-17. <https://bmcmmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12916-020-01738-z>.

Guan, N., Guariglia, A., Moore, P., Xu, F., & Al-Janabi, H. (2022). Financial stress and depression in adults: A systematic review. *PloS one*, 17(2). <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0264041>.

Gureje, O., Lewis-Fernandez, R., Hall, B. J., & Reed, G. M. (2020). Cultural considerations in the classification of mental disorders: why and how in ICD-11. *BMC medicine*, 18(1), 1-2. <https://bmcmmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12916-020-1493-4>.

Hajduska-Dér, B., Kiss, G., Sztahó, D., Vicsi, K., & Simon, L. (2022). The applicability of the Beck Depression Inventory and Hamilton Depression Scale in the automatic recognition of depression based on speech signal processing. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 879896. <https://www.frontiersin.org/journals/psychiatry/articles/10.3389/fpsy.2022.879896/full>.

Hammen, C. (2018). Risk factors for depression: an autobiographical review. *Annual review of clinical psychology*, 14, 1-28. <https://www.annualreviews.org/doi/pdf/10.1146/annurev-clinpsy-050817-084811>.

Hammen, C., & Watkins, E. (2018). *Depression*. Routledge.

Harrison, J. E., Weber, S., Jakob, R., & Chute, C. G. (2021). ICD-11: an international classification of diseases for the twenty-first century. *BMC medical informatics and decision making*, 21(6), 1-10. <https://bmcmmedinformdecismak.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12911-021-01534-6>.

Hautekiet, P., Saenen, N. D., Martens, D. S., Debay, M., Van der Heyden, J., Nawrot, T. S., & De Clercq, E. M. (2022). A healthy lifestyle is positively associated with mental health and well-being and core markers in ageing. *BMC medicine*, 20(1), 1-13. <https://bmcmmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12916-022-02524-9>.

Healy, D. (2015). Serotonin and depression. *Bmj*, 350. https://edwp.educ.msu.edu/wp-content/uploads/sites/29/2020/06/Healy_2015_SerotoninAndDepression.pdf.

Henriques, V. M. (2014). *Relatório de Estágio para a Obtenção do Grau de Mestre em Psicologia na Especialização de Psicologia Clínica e Aconselhamento*. Lisboa: UAL, 9-16

Henssler, J., Alexander, D., Schwarzer, G., Bschor, T., & Baethge, C. (2022). Combining antidepressants vs antidepressant monotherapy for treatment of patients with acute depression: a systematic review and meta-analysis. *JAMA psychiatry*, 79(4), 300-312. <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/2789300>.

Hipólito, J. (2011) *Auto-organização e complexidade: Evolução e Desenvolvimento do Pensamento Rogeriano*. Lisboa: EDIUAL

Hipólito, João. Nunes, Odete. (2001) *Patologia Somática grave: um olhar da Abordagem Centrada na Pessoa. A Pessoa como Centro*. Revista de Estudos Rogerianos Nº 6, Primavera – Verão 2001.

Hoebel, J., Maske, U. E., Zeeb, H., & Lampert, T. (2017). Social inequalities and depressive symptoms in adults: the role of objective and subjective socioeconomic status. *PloS one*, 12(1). <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0169764>.

Hovenkamp-Hermelink, J. H., Jeronimus, B. F., Myroniuk, S., Riese, H., & Schoevers, R. A. (2021). Predictors of persistence of anxiety disorders across the lifespan: a systematic review. *The Lancet Psychiatry*, 8(5), 428-443. https://pure.rug.nl/ws/portalfiles/portal/147431949/Complete_thesis.pdf#page=146.

Jain, R., Higa, S., Keyloun, K., Park, J., Bonafede, M., Tung, A., ... & Cutler, A. J. (2022). Treatment patterns during major depressive episodes among patients with major depressive disorder: a retrospective database analysis. *Drugs-Real World Outcomes*, 9(3), 477-486. <https://link.springer.com/article/10.1007/s40801-022-00316-4>.

Javaid, S. F., Hashim, I. J., Hashim, M. J., Stip, E., Samad, M. A., & Ahbabi, A. (2023). Epidemiology of anxiety disorders: global burden and sociodemographic associations. *Middle East Current Psychiatry*, 30(1), 44. <https://mecp.springeropen.com/articles/10.1186/s43045-023-00315-3>.

Jiménez-Mijangos, L. P., Rodríguez-Arce, J., Martínez-Méndez, R., & Reyes-Lagos, J. J. (2023). Advances and challenges in the detection of academic stress and anxiety in the classroom: A literature review and recommendations. *Education and Information Technologies*, 28(4), 3637-3666. <https://link.springer.com/article/10.1007/s10639-022-11324-w>.

Jin, J. (2022). *Screening for depression and suicide risk in children and adolescents*. *JAMA*, 328(15), 1570-1570. <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2797145>.

Jones, A. M., West, K. B., & Suveg, C. (2019). Anxiety in the school setting: A framework for evidence-based practice. *School Mental Health*, 11, 4-14. <https://link.springer.com/article/10.1007/s12310-017-9235-2>.

Jones, M. G., Rice, S. M., & Cotton, S. M. (2019). Incorporating animal-assisted therapy in mental health treatments for adolescents: A systematic review of canine assisted psychotherapy. *PloS one*, 14(1). <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0210761>.

Junior, A. F. (2015). *O comportamento suicida no Brasil e no mundo*. *Revista Brasileira de Psicologia*, 2(01), 15-28. https://www.researchgate.net/profile/Avimar-Junior/publication/277130341_O_comportamento_suicida_no_Brasil_e_no_mundo_The_suicidal_behavior_in_Brazil_and_in_the_world/links/5561caa408ae8c0cab332c6f/O-comportamento-suicida-no-Brasil-e-no-mundo-The-suicidal-behavior-in-Brazil-and-in-the-world.pdf.

Kappelmann, N., Rein, M., Fietz, J., Mayberg, H. S., Craighead, W. E., Dunlop, B. W., ... & Kopf-Beck, J. (2020). Psychotherapy or medication for depression? Using individual symptom meta-analyses to derive a Symptom-Oriented Therapy (SOrT) metric

for a personalised psychiatry. BMC medicine, 18, 1-18.
<https://bmcmmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12916-020-01623-9>.

Kendrick, T., & Collinson, S. (2022). Antidepressants and the serotonin hypothesis of depression. bmj, 378.
<https://eprints.soton.ac.uk/470142/2/bmj.o1993.full.pdf>.

Kendrick, T., Pilling, S., Mavranetzouli, I., Megnin-Viggars, O., Ruane, C., Eadon, H., & Kapur, N. (2022). Management of depression in adults: summary of updated NICE guidance. bmj, 378. <https://www.bmj.com/content/378/bmj.o1557>.

Kessler, R. C., & Bromet, E. J. (2013). The epidemiology of depression across cultures. Annual review of public health, 34, 119-138.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4100461/>.

Kessler, R.C.; Adler, L.; Barkley, R.; Biederman, J.; Conners, C.K.; Demler, O. M.A.; Walters, E.E. & Zaslavsky, A.M. (2006). The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *American Journal of Psychiatry*, 163 (4), 716-723.

Klein, D. N., Kotov, R., & Bufferd, S. J. (2011). Personality and depression: explanatory models and review of the evidence. Annual review of clinical psychology, 7, 269-295.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3518491/?ref=nepopularna.org>.

Kleinman, P. (2016). *Tudo o que você precisa saber sobre psicologia: um livro prático sobre o estudo da mente humana*. Editora Gente Liv e Edit Ltd.

Krause, K. R., Courtney, D. B., Chan, B. W., Bonato, S., Aitken, M., Relihan, J., ... & Szatmari, P. (2021). Problem-solving training as an active ingredient of treatment for youth depression: a scoping review and exploratory meta-analysis. BMC psychiatry, 21(1), 1-14. <https://bmcpsy psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-021-03260-9>.

Kris-Etherton, P. M., Petersen, K. S., Hibbeln, J. R., Hurley, D., Kolick, V., Peoples, S., ... & Woodward-Lopez, G. (2021). Nutrition and behavioral health disorders: depression and anxiety. *Nutrition reviews*, 79(3), 247-260. <https://academic.oup.com/nutritionreviews/article/79/3/247/5843529?login=false>.

Kroenke, K. (2018). Depression screening and management in primary care. *Family Practice*, 35(1), 1-3. <https://academic.oup.com/fampra/article/35/1/1/4756476?login=false>.

Kwame, A., & Petrucka, P. M. (2021). A literature-based study of patient-centered care and communication in nurse-patient interactions: barriers, facilitators, and the way forward. *BMC nursing*, 20(1), 1-10. <https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12912-021-00684-2>.

Kyriakoulis, P., & Kyrios, M. (2023). Biological and cognitive theories explaining panic disorder: A narrative review. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 957515. <https://www.frontiersin.org/journals/psychiatry/articles/10.3389/fpsyt.2023.957515/full>.
Silva, C. B. (2016). Crianças e adolescentes com fobia específica: intervenções em terapia cognitivo-comportamental. *REVISTA HUM@NAE*, 10(2). <https://revistas.esuda.edu.br/index.php/humanae/article/view/532>.

Leal, I. (2018). *Psicoterapias*. Pactor.

Lehti, A., Hammarström, A., & Mattsson, B. (2009). Recognition of depression in people of different cultures: a qualitative study. *BMC family practice*, 10(1), 1-9. <https://bmcpriamcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2296-10-53>.

Li, Z., Ruan, M., Chen, J., & Fang, Y. (2021). Major depressive disorder: advances in neuroscience research and translational applications. *Neuroscience bulletin*, 37, 863-880. <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s12264-021-00638-3.pdf>.

Linder, A., Gerdtham, U. G., Trygg, N., Fritzell, S., & Saha, S. (2020). Inequalities in the economic consequences of depression and anxiety in Europe: a systematic scoping

review. *European journal of public health*, 30(4), 767-777.
<https://academic.oup.com/eurpub/article/30/4/767/5532111?login=false>.

Locke, A. B., Kirst, N., & Shultz, C. G. (2015). Diagnosis and management of generalized anxiety disorder and panic disorder in adults. *American family physician*, 91(9), 617-624. <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2015/0501/p617.html>.

Lyons, N., Cooper, C., & Lloyd-Evans, B. (2021). A systematic review and meta-analysis of group peer support interventions for people experiencing mental health conditions. *BMC psychiatry*, 21(1), 1-17.
<https://bmcpsy psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-021-03321-z>.

MacIntyre, M. M., Zare, M., & Williams, M. T. (2023). Anxiety-related disorders in the context of racism. *Current Psychiatry Reports*, 25(2), 31-43.
<https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s11920-022-01408-2.pdf>.

Martins, A. M. Q. (2000). *As Manifestações Clínicas da Depressão na Adolescência*. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, Portugal.

Marx, W., Penninx, B. W., Solmi, M., Furukawa, T. A., Firth, J., Carvalho, A. F., & Berk, M. (2023). Major depressive disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 9(1), 44.
https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/7976235/mod_resource/content/1/Major%20depression%20review%20Nature.pdf.

Maurer, D. M., Raymond, T. J., & Davis, B. N. (2018). Depression: screening and diagnosis. *American family physician*, 98(8), 508-515.
<https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2018/1015/p508.html>.

McCarthy, P. A., & Morina, N. (2020). Exploring the association of social comparison with depression and anxiety: A systematic review and meta-analysis. *Clinical psychology & psychotherapy*, 27(5), 640-671.
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdfdirect/10.1002/cpp.2452?download=true>.

McLaughlin K. A. (2011). The public health impact of major depression: a call for interdisciplinary prevention efforts. *Prevention science: the official journal of the Society for Prevention Research*, 12(4), 361–371. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3219837/>.

McPherson, S., Wicks, C., & Tercelli, I. (2020). Patient experiences of psychological therapy for depression: a qualitative metasynthesis. *BMC psychiatry*, 20(1), 1-18. <https://bmcpsy psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-020-02682-1>.

Miao, X. R., Chen, Q. B., Wei, K., Tao, K. M., & Lu, Z. J. (2018). Posttraumatic stress disorder: from diagnosis to prevention. *Military Medical Research*, 5(1), 1-7. <https://mmrjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40779-018-0179-0>.

Miranda, D. B., Rodrigues, K. P. D., & da Silva, M. N. P. (2023). Prevalência de Depressão na Terceira Idade: Revisão Integrativa de Literatura. *Revista Contemporânea*, 3(6), 5130-5149. <https://ojs.revistacontemporanea.com/ojs/index.php/home/article/download/897/563>.

Mokhtari, S., Mokhtari, A., Bakizadeh, F., Moradi, A., & Shalbafan, M. (2023). Cognitive rehabilitation for improving cognitive functions and reducing the severity of depressive symptoms in adult patients with Major Depressive Disorder: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled clinical trials. *BMC psychiatry*, 23(1), 1-18. <https://bmcpsy psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-023-04554-w>.

Moloud, R., Saeed, Y., Mahmonir, H., & Rasool, G. A. (2022). Cognitive-behavioral group therapy in major depressive disorder with focus on self-esteem and optimism: an interventional study. *BMC psychiatry*, 22(1), 299. <https://bmcpsy psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-022-03918-y>.

Moreira, V. (2010). Revisitando as fases da abordagem centrada na pessoa. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 27(4), 537-544. doi:<https://doi.org/10.1590/S0103-166X2010000400011>

Moshe, I., Terhorst, Y., Philippi, P., Domhardt, M., Cuijpers, P., Cristea, I., ... & Sander, L. B. (2021). Digital interventions for the treatment of depression: A meta-analytic review. *Psychological bulletin*, 147(8), 749. <https://www.apa.org/pubs/journals/releases/bul-bul0000334.pdf>.

Mu, W., Luo, J., Rieger, S., Trautwein, U., & Roberts, B. W. (2019). The relationship between self-esteem and depression when controlling for neuroticism. *Collabra: Psychology*, 5(1), 11. <https://online.ucpress.edu/collabra/article/5/1/11/113008/The-Relationship-between-Self-Esteem-and>.

Mughal, A. Y., Devadas, J., Ardman, E., Levis, B., Go, V. F., & Gaynes, B. N. (2020). A systematic review of validated screening tools for anxiety disorders and PTSD in low to middle income countries. *BMC psychiatry*, 20, 1-18. <https://bmcpsy psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-020-02753-3>.

Nair, P., Bhanu, C., Frost, R., Buszewicz, M., & Walters, K. R. (2020). A systematic review of older adults' attitudes towards depression and its treatment. *The Gerontologist*, 60(1). <https://academic.oup.com/gerontologist/article/60/1/e93/5497004?login=true>.

Nakao, M., Shiotsuki, K., & Sugaya, N. (2021). Cognitive-behavioral therapy for management of mental health and stress-related disorders: Recent advances in techniques and technologies. *BioPsychoSocial medicine*, 15(1), 1-4. <https://bpsmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13030-021-00219-w>.

Narmandakh, A., Roest, A. M., de Jonge, P., & Oldehinkel, A. J. (2021). Psychosocial and biological risk factors of anxiety disorders in adolescents: a TRAILS report. *European child & adolescent psychiatry*, 30, 1969-1982. <https://link.springer.com/article/10.1007/s00787-020-01669-3>.

Nater, U. M. (2021). Recent developments in stress and anxiety research. *Journal of Neural Transmission*, 128(9), 1265-1267. <https://link.springer.com/article/10.1007/s00702-021-02410-3>.

Nickson, D., Meyer, C., Walasek, L., & Toro, C. (2023). Prediction and diagnosis of depression using machine learning with electronic health records data: a systematic review. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 23(1), 271. <https://bmcmedinformdecismak.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12911-023-02341-x>.

Oliveira, A. J. (2019). Técnicas cognitivo-comportamentais no tratamento do transtorno obsessivo-compulsivo. *Revista de Psicologia da UNESP*, 18(1), 30-48. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-90442019000100003.

Oliveira, C., Saka, M., Bone, L., & Jacobs, R. (2023). The role of mental health on workplace productivity: a critical review of the literature. *Applied health economics and health policy*, 21(2), 167-193. <https://link.springer.com/article/10.1007/s40258-022-00761-w>.

Oliveira, L., Pereira, M., Medeiros, M., & Serrano, A. (2016). PHDA: O que Há de Novo no DSM-5. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 75–94. https://doi.org/10.14195/1647-8614_49-2_4

Orchard, F., Westbrook, J., Gee, B., Clarke, T., Allan, S., & Pass, L. (2021). Self-evaluation as an active ingredient in the experience and treatment of adolescent depression; an integrated scoping review with expert advisory input. *BMC psychiatry*, 21(1), 1-17. <https://bmcpsy psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-021-03585-5>.

Ordem dos Psicólogos Portugueses (2011b). Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses. *Diário da República*, 2ª série, N° 78, de 20 de Abril de 2011.

Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2016). O Perfil dos Psicólogos da Saúde. 2-11.

Organização Pan-Americana da Saúde (2022). Versão final da nova Classificação Internacional de Doenças da OMS (CID-11) é publicada.

<https://www.paho.org/pt/noticias/11-2-2022-versao-final-da-nova-classificacao-internacional-doencas-da-oms-cid-11-e>.

Pacheco, V. (2015). *Hiperatividade no Adulto: Revisão Bibliográfica* [Master's thesis, Universidade da Beira Interior]. Repositório Digital da UBI. <https://ubibliorum.ubi.pt/handle/10400.6/5109>

Paiva, L., Cerdeira, E., Rodrigues, A. & Ferro, F. (1997). O Militar Português em Missões de Paz – Factores Humanos no Pré e no Pós-Deslocamento. *Revista de Psicologia Militar*, 10, 35-36.

Pamplona, A. V. & Monteiro, L. F. (2011). Psicologia Militar. In M. P. Lopes, P. J. Palma, R. Bártolo Ribeiro, & M. Pina e Cunha (Eds.), *Psicologia Aplicada*. RH Editores.

Parecer 19/CEOPP/2015, “Avaliação Psicológica enquanto ato específico e exclusivo da Psicologia”.

Piacentino, D., Bianchi, E., De Donatis, D., Florio, V., & Conca, A. (2022). Therapeutic drug monitoring of antidepressants: An underused but potentially valuable tool in primary care. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 867840. <https://www.frontiersin.org/journals/psychiatry/articles/10.3389/fpsyt.2022.867840/full>.

Pilkington, K., & Wieland, L. S. (2020). Self-care for anxiety and depression: a comparison of evidence from Cochrane reviews and practice to inform decision-making and priority-setting. *BMC complementary medicine and therapies*, 20, 1-15. <https://bmccomplementmedtherapies.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12906-020-03038-8>.

Posluns, K., & Gall, T. L. (2020). Dear mental health practitioners, take care of yourselves: A literature review on self-care. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 42, 1-20. <https://link.springer.com/article/10.1007/s10447-019-09382-w>.

Powell, A. (2018). Researchers study how it seems to change the brain in depressed patients. Retrieved from news. The Harvard Gazette. <https://news.harvard.edu/gazette/story/2018/04/harvard-researchers-study-how-mindfulness-may-change-the-brain-in-depressed-patients/>.

Programa Nacional para a Saúde Mental e Direção de Serviços de Informação e Análise (2013) *Portugal – Saúde Mental em números – 2013*. Lisboa, Direção Geral de Saúde.

Rajkumar, R. P. (2022). Comorbid depression and anxiety: Integration of insights from attachment theory and cognitive neuroscience, and their implications for research and treatment. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 16, 1104928. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fnbeh.2022.1104928/full>.

Regulamento n.º 536/2016 do Apoio Social da União das Freguesias, *Diário da República*, série II, n.º 103/2016. <https://dre.pt/application/conteudo/74559922>.

Remes, O., Mendes, J. F., & Templeton, P. (2021). Biological, psychological, and social determinants of depression: a review of recent literature. *Brain sciences*, 11(12), 1633. <https://www.mdpi.com/2076-3425/11/12/1633>.

Ribeiro, J. D., Huang, X., Fox, K. R., & Franklin, J. C. (2018). Depression and hopelessness as risk factors for suicide ideation, attempts and death: meta-analysis of longitudinal studies. *The British Journal of Psychiatry*, 212(5), 279-286. <https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/depression-and-hopelessness-as-risk-factors-for-suicide-ideation-attempts-and-death-metaanalysis-of-longitudinal-studies/44413C7251A6471522724814003D813A>

Ribeiro, J. L. P., & Leal, I. P. (1996). Psicologia clínica da saúde. *Análise psicológica*, 14, 589-599.

Rogers, C. (1957). The Necessary and Sufficient Conditions of Personality Change. In *Journal of Consulting Psychology*, 21 (2), 95-103.

Rogers, C. (1959). A theory of therapy, personality and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework. In S. Koch (Ed), *Psychology: A Study Of Science: Formulations of the Person and the Social Context*. (Vol.3). New York: McGraw-Hill

Rogers, C. (1975). *A terapia centrada no cliente*. São Paulo: Martins Fontes.

Rogers, C. (1979). *O tratamento clínico da Criança-Problema*. (U. Arantes, Trans.) Martins Fontes

Rogers, C. R. (1980). *Um jeito de ser*. São Paulo: EPU

Rose, A. L., Hopko, D. R., Lejuez, C. W., & Magidson, J. F. (2020). Major depressive disorder. In *Functional Analysis in Clinical Treatment* (pp. 339-373). Academic Press. https://www.researchgate.net/profile/Larry-Williams-15/publication/340239928_Encopresis_and_enuresis/links/5f0df34492851c1eff0fa99b/Encopresis-and-enuresis.pdf#page=368.

Ross, R. E., VanDerwerker, C. J., Saladin, M. E., & Gregory, C. M. (2023). The role of exercise in the treatment of depression: biological underpinnings and clinical outcomes. *Molecular Psychiatry*, 28(1), 298-328. https://www.researchgate.net/profile/Michael-Saladin/publication/364374410_The_role_of_exercise_in_the_treatment_of_depression_biological_underpinnings_and_clinical_outcomes/links/6392223fe42faa7e75a8dbel/The-role-of-exercise-in-the-treatment-of-depression-biological-underpinnings-and-clinical-outcomes.pdf.

Rugkåsa, J., Tveit, O. G., Berteig, J., Hussain, A., & Ruud, T. (2020). Collaborative care for mental health: a qualitative study of the experiences of patients and health professionals. *BMC Health Services Research*, 20, 1-10. <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-020-05691-8>.

Ryder, A. L., & Cohen, B. E. (2021). Evidence for depression and anxiety as risk factors for heart disease and stroke: implications for primary care. *Family Practice*, 38(3), 365-367. <https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2Fcap0000096>.

Samari, E., Teh, W. L., Roystonn, K., Devi, F., Cetty, L., Shahwan, S., & Subramaniam, M. (2022). Perceived mental illness stigma among family and friends of young people with depression and its role in help-seeking: a qualitative inquiry. *BMC psychiatry*, 22(1), 1-13. <https://bmcpsy psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-022-03754-0>.

Samari, E., Teh, W. L., Roystonn, K., Devi, F., Cetty, L., Shahwan, S., & Subramaniam, M. (2022). Perceived mental illness stigma among family and friends of young people with depression and its role in help-seeking: a qualitative inquiry. *BMC psychiatry*, 22(1), 1-13. <https://bmcpsy psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-022-03754-0>.

Sampaio, D., Figueira, M.L., Afonso, P. (2014). *Manual de Psiquiatria Clínica*. Lisboa, Lidel. P59-77; 402-405.

Santos, A., & Rachadell, J. (2022). Anxiety and depression disorders in Portugal during the COVID-19 pandemic. *European Journal of Public Health*, 32(Supplement_3), ckac131-486. https://academic.oup.com/eurpub/article/32/Supplement_3/ckac131.486/6766316?login=false.

Sastraatmadja, A. H. M., Satyaninrum, I. R., Aldo, N., & Juliadilla, R. (2023). Analysis of Social Change and Mental Health in Addressing Evolving Psychological Wellbeing in Central Sulawesi. *West Science Social and Humanities Studies*, 1(04), 152-161. https://projects.iq.harvard.edu/files/isl/files/socioeconomic_and_health_care_demands_of_anxiety_disorders.pdf.

Schmid, P. (2001). Comprehension: The art of not knowing. Dialogical and ethical perspectives on empathy as dialogue in person and person-centred relationships. *In* S.

Haugh & T. Merry (Eds). *Empathy. Rogers Therapeutic conditions: Evolution, Theory and Practice*. Ross-on-Wye: PCCS Book.

Schneier, F., & Goldmark, J. (2015). Social anxiety disorder. *Anxiety disorders and gender*, 49-67. http://www.franweiss.com/pdfs/cbt_social_anxiety_disorder.pdf.

Schumann, I., Schneider, A., Kantert, C., Löwe, B., & Linde, K. (2012). Physicians' attitudes, diagnostic process and barriers regarding depression diagnosis in primary care: a systematic review of qualitative studies. *Family practice*, 29(3), 255-263. <https://academic.oup.com/fampra/article/29/3/255/461869?login=false>.

Seemüller, F. (2023). ICD-11 and mental disorders: important changes, controversies, and future directions. *BMC psychiatry*, 23(1), 698. <https://bmcpsy psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-023-05186-w>.

Seok, B. J., Jeon, S., Lee, J., Cho, S. J., Lee, Y. J., & Kim, S. J. (2020). Effects of early trauma and recent stressors on depression, anxiety, and anger. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 744. <https://www.frontiersin.org/journals/psychiatry/articles/10.3389/fpsy.2020.00744/full>.

Serna, M. C., Real, J., Cruz, I., Galván, L., & Martin, E. (2015). Monitoring patients on chronic treatment with antidepressants between 2003 and 2011: analysis of factors associated with compliance. *BMC Public Health*, 15(1), 1-8. <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-015-2493-8>.

Sharkiya, S. H. (2023). Quality communication can improve patient-centred health outcomes among older patients: a rapid review. *BMC Health Services Research*, 23(1), 886. <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-023-09869-8>.

Silva, A. L. A. (2011). *Adulto com Hiperactividade com Défice de Atenção-manifestações clínicas e comorbilidades*. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/50129/2/Adulto%20com%20Hiperactividade%20e%20Dfi ce%20de%20Ateno%20%20Manifestaes%20Clinicas%20e%20Comorbilidades.pdf>

Smith, K. E., & Pollak, S. D. (2020). Early life stress and development: potential mechanisms for adverse outcomes. *Journal of neurodevelopmental disorders*, 12(1), 1-15. <https://jneurodevdisorders.biomedcentral.com/articles/10.1186/s11689-020-09337-y>.

Starcevic, V. (2012). Benzodiazepines for anxiety disorders: maximising the benefits and minimising the risks. *Advances in psychiatric treatment*, 18(4), 250-258. <https://www.cambridge.org/core/journals/advances-in-psychiatric-treatment/article/benzodiazepines-for-anxiety-disorders-maximising-the-benefits-and-minimising-the-risks/43A366723CD1B3616BAB08F69FF65A88>.

Stein, D. J. (2021). Evidence-based pharmacotherapy of generalised anxiety disorder: focus on Agomelatine. *Advances in Therapy*, 38(Suppl 2), 52-60. <https://link.springer.com/article/10.1007/s12325-021-01860-1>.

Stein, D. J., Kazdin, A. E., Ruscio, A. M., Chiu, W. T., Sampson, N. A., Ziobrowski, H. N., ... & Kessler, R. C. (2021). Perceived helpfulness of treatment for generalized anxiety disorder: a World Mental Health Surveys report. *BMC psychiatry*, 21, 1-14. <https://bmcpsy psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-021-03363-3>.

Stein, D. J., Szatmari, P., Gaebel, W., Berk, M., Vieta, E., Maj, M., ... & Reed, G. M. (2020). Mental, behavioral and neurodevelopmental disorders in the ICD-11: an international perspective on key changes and controversies. *BMC medicine*, 18(1), 1-24. <https://bmcmmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12916-020-1495-2>.

Subu, M. A., Wati, D. F., Netrida, N., Priscilla, V., Dias, J. M., Abraham, M. S., ... & Al-Yateem, N. (2021). Types of stigma experienced by patients with mental illness and mental health nurses in Indonesia: a qualitative content analysis. *International journal of mental health systems*, 15, 1-12. <https://ijmhs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13033-021-00502-x>.

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://ajp.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ajp.157.10.1552>.

Taylor, R. W., Marwood, L., Oprea, E., DeAngel, V., Mather, S., Valentini, B., ... & Cleare, A. J. (2020). Pharmacological augmentation in unipolar depression: a guide to the guidelines. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 23(9), 587-625. <https://academic.oup.com/ijnp/article/23/9/587/5836840?login=false>.

Thibaut, F. (2017). Anxiety disorders: a review of current literature. *Dialogues in clinical neuroscience*, 19(2), 87-88. <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.31887/DCNS.2017.19.2/fthibaut>.

Toledo-Chávarri, A., Ramos-García, V., Torres-Castaño, A., Trujillo-Martín, M. M., Peñate Castro, W., Del Cura-Castro, I., ... & Perestelo-Pérez, L. (2020). Framing the process in the implementation of care for people with generalized anxiety disorder in primary care: a qualitative evidence synthesis. *BMC Family Practice*, 21, 1-12. <https://bmcpriamcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-020-01307-6>.

Tolentino, J. C., & Schmidt, S. L. (2018). DSM-5 criteria and depression severity: Implications for clinical practice. *Frontiers in Psychiatry*, 9, Article 450. <https://www.frontiersin.org/journals/psychiatry/articles/10.3389/fpsyt.2018.00450/full>.

Tolin, D. F., Gilliam, C., Wootton, B. M., Bowe, W., Bragdon, L. B., Davis, E., ... & Hallion, L. S. (2018). Psychometric properties of a structured diagnostic interview for DSM-5 anxiety, mood, and obsessive-compulsive and related disorders. *Assessment*, 25(1), 3-13. <https://giving.hartfordhospital.org/wp-content/uploads/2023/02/An-article-showing-the-psychometric-properties-of-the-DIAMOND.pdf>.

Vallance, A. K., & Fernandez, V. (2016). Anxiety disorders in children and adolescents: Aetiology, diagnosis and treatment. *BJPsych advances*, 22(5), 335-344. <https://www.cambridge.org/core/journals/bjpsych-advances/article/anxiety-disorders-in-children-and-adolescents-aetiology-diagnosis-and-treatment/4B01CB20878DE968860331F7D31B83AE>.

Van der Watt, A. S., Odendaal, W., Louw, K., & Seedat, S. (2020). Distant mood monitoring for depressive and bipolar disorders: a systematic review. *BMC psychiatry*,

20(1), 1-14. <https://bmcpsy psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-020-02782-y>.

van Grieken, R. A., van Tricht, M. J., Koeter, M. W., van den Brink, W., & Schene, A. H. (2018). The use and helpfulness of self-management strategies for depression: the experiences of patients. *PLoS One*, 13(10). <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0206262>.

Villarroel, M. A., & Terlizzi, E. P. (2020). Symptoms of depression among adults: United States, 2019 (pp. 1-8). Hyattsville, MD, USA: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics. <https://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db379-H.pdf>.

Wagner, F., Wagner, R. G., Kolanisi, U., Makuapane, L. P., Masango, M., & Gómez-Olivé, F. X. (2022). The relationship between depression symptoms and academic performance among first-year undergraduate students at a South African university: a cross-sectional study. *BMC public health*, 22(1), 1-9. <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-022-14517-7>.

Wang, H., Tian, X., Wang, X., & Wang, Y. (2021). Evolution and emerging trends in depression research from 2004 to 2019: A literature visualization analysis. *Frontiers in psychiatry*, 12, 705749. <https://www.frontiersin.org/journals/psychiatry/articles/10.3389/fpsyt.2021.705749/full>.

Waqas, A., Malik, S., Fida, A., Abbas, N., Mian, N., Miryala, S., ... & Naveed, S. (2020). Interventions to reduce stigma related to mental illnesses in educational institutes: A systematic review. *Psychiatric Quarterly*, 91, 887-903. <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s11126-020-09751-4.pdf>.

Wechsler, D. (2004a). *WAIS-III: Manual para administração e avaliação*. (Villena, M.C. de, Trad.). São Paulo: Casa do Psicólogo (Original publicado em 1997)

Weems, C. F., & Silverman, W. K. (2017). Anxiety disorders. *Child and Adolescent Psychopathology*, Third Edition, 531-559. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3578069/>.

Wen, A., Wolitzky-Taylor, K., Gibbons, R. D., & Craske, M. (2023). A randomized controlled trial on using predictive algorithm to adapt level of psychological care for community college students: STAND triaging and adapting to level of care study protocol. *Trials*, 24(1), 508. <https://trialsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13063-023-07441-7>.

Whitfield, G. (2010). Group cognitive-behavioural therapy for anxiety and depression. *Advances in psychiatric treatment*, 16(3), 219-227. <https://www.cambridge.org/core/journals/advances-in-psychiatric-treatment/article/group-cognitivebehavioural-therapy-for-anxiety-and-depression/458CD3360742FE9E90AEB107493E2F0C>.

Wilmer, M. T., Anderson, K., & Reynolds, M. (2021). Correlates of quality of life in anxiety disorders: review of recent research. *Current Psychiatry Reports*, 23, 1-9. <https://link.springer.com/article/10.1007/s11920-021-01290-4>.

World Health Organization. (2017). Depression and other common mental disorders: global health estimates. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Wray, N. R., Ripke, S., Mattheisen, M., Trzaskowski, M., Byrne, E. M., Abdellaoui, A., ... & Viktorin, A. (2018). Genome-wide association analyses identify 44 risk variants and refine the genetic architecture of major depression. *Nature genetics*, 50(5), 668-681. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5934326/>.

Wu, K., Wang, F., Wang, W., & Li, Y. (2022). Parents' education anxiety and children's academic burnout: The role of parental burnout and family function. *Frontiers in Psychology*, 12, 764824.

<https://www.frontiersin.org/journals/psychology/articles/10.3389/fpsyg.2021.764824/full>.

Wu, X., Zhang, W., Li, Y., Zheng, L., Liu, J., Jiang, Y., & Peng, Y. (2024). The influence of big five personality traits on anxiety: The chain mediating effect of general self-efficacy and academic burnout. *Plos one*, 19(1). <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0295118>.

Xuan, L., Hua, S., Lin, L., & Jianli, Y. (2023). Gender differences in the predictive effect of depression and aggression on suicide risk among first-year college students. *Journal of affective disorders*, 327, 1-6. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032723001416>.

Yang, C., Gao, H., Li, Y., Wang, E., Wang, N., & Wang, Q. (2022). Analyzing the role of family support, coping strategies and social support in improving the mental health of students: Evidence from post COVID-19. *Frontiers in Psychology*, 13, 1064898. <https://www.frontiersin.org/journals/psychology/articles/10.3389/fpsyg.2022.1064898/full>

Yokoya, S., Maeno, T., Sakamoto, N., Goto, R., & Maeno, T. (2018). A brief survey of public knowledge and stigma towards depression. *Journal of clinical medicine research*, 10(3), 202. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5798266/>.

Zayts-Spence, O., Edmonds, D., & Fortune, Z. (2023). Mental Health, Discourse and Stigma. *BMC psychology*, 11(1), 1-5. <https://bmcp psychology.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40359-023-01210-6>.

Zemestani, M., Beheshti, N., Rezaei, F., van der Heiden, C., & Kendall, P. C. (2021). Cognitive behavior therapy targeting intolerance of uncertainty versus selective serotonin reuptake inhibitor for generalized anxiety disorder: A randomized clinical trial. *Behaviour Change*, 38(4), 250-262. https://www.researchgate.net/profile/Farzin-Rezaei-2/publication/356811405_Cognitive_Behavior_Therapy_Targeting_Intolerance_of_Uncertainty_Versus_Selective_Serotonin_Reuptake_Inhibitor_for_Generalized_Anxiety_Disorder_A_Randomized_Clinical_Trial/links/63abf06f03aad5368e476402/Cognitive-

[Behavior-Therapy-Targeting-Intolerance-of-Uncertainty-Versus-Selective-Serotonin-Reuptake-Inhibitor-for-Generalized-Anxiety-Disorder-A-Randomized-Clinical-Trial.pdf](#).

Zisberg, A. (2017). Anxiety and depression in older patients: the role of culture and acculturation. *International Journal for Equity in Health*, 16(1), 1-10. <https://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12939-017-0666-z>.