



UNIVERSIDADE AUTÓNOMA DE LISBOA

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA E SOCIOLOGIA

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DE ACONSELHAMENTO

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Casa de Saúde da Idanha

Albertina José António – N° 20091053

ORIENTADOR: Professora Doutora Odete Nunes
Universidade Autónoma de Lisboa
Co - Orientador: Professora Doutora Paula Pires
Casa de Saúde da Idanha

Lisboa, Fevereiro de 2014

Agradecimento

Começo por agradecer a Deus, ao corpo docente da Universidade Autónoma de Lisboa pela realização deste Mestrado de forma a enriquecer a minha formação em Psicologia. Sem esquecer o local de estágio onde fui recebida da melhor maneira possível aonde tive uma integração abrangente.

Índice

Índice	I
Introdução	6
Contextualização do Local do Estágio	8
Objetivos.....	9
Intervenção das Irmãs Hospitaleiras em Portugal	9
Estrutura Organizacional	11
Inserção na Comunidade	11
O Papel do Psicólogo na Instituição	12
Serviço de Psicogeriatria	13
Serviço da Deficiência Mental	14
Serviço de Reabilitação	16
Serviço de Cuidados Paliativos	18
Enquadramento Teórico dos Cuidados Paliativos	20
Filosofia dos Cuidados Paliativos	20
Áreas de Intervenção dos Cuidados Paliativos.....	22
Comunicação em cuidados paliativos	22
Transmissão de más notícias.	23
A Conspiração do silêncio.....	25
O Apoio à Família	26
Apoio no luto.....	27
Psicoterapias	29
A Relação de Ajuda.....	29

Princípio da Tendência Atualizante e o Princípio da Confiança na Auto-Organização..	30
Condições Necessária Para Que Haja Uma Mudança Teraputica	31
Terapias psicodinâmicas e interpessoais	33
Avaliação Psicológica.....	35
Mini Mental State	35
Deficiência Mental e a Psicologia Comunitária	36
Integração Comunitária de Pessoas Com Experiencia de Doença Mental.....	37
Programa de Integração Comunitária	39
Habitação Apoiada	39
Emprego Apoiado.....	40
Princípios do Emprego Apoiado.....	42
Componentes de um Programa de Emprego Apoiado.....	44
O Papel do Estagiário	46
Reuniões de Equipa de Psicologia.....	46
Reuniões Comunitárias.....	47
Formação	48
Casos Clínicos	49
Descrição do Caso A	50
Plano Intervenção:	51
Reflexão Final	53
Discrição do Caso B	54
Plano de intervenção.....	56
Avaliação Cognitiva	57

Reflexão Final	57
Intervenção em grupo	58
Outras Atividades	60
Avaliação do Estagio Experiencia no Geral e Dificuldades Sentidas	61
Conclusão	62
Referencias Bibliográficas.....	64
Anexos	66

Introdução

A presença das Irmãs Hospitaleiras no mundo dos mais necessitados da sociedade, continua fiel através dos tempos, motivações, compromissos evangélicos e sociais, no campo da saúde mental e do atendimento, visto que há muito por fazer. O espírito e a obra que a Congregação promove, permite dar continuidade ao trabalho das irmãs hospitaleiras apesar do começo difícil. Nesta linha sublinham-se algumas qualidades que devem reunir os membros da comunidade hospitaleira como por exemplo: respeito pela pessoa; defesa dos direitos; especial dedicação aos que mais sofrem e estão limitados; preparação e atualização a nível profissional, (B. I. C. S. I, 2008).

Os doentes são o centro e a razão de ser do Projeto Hospitaleiro e o seu tratamento a nível mental, físico, social e espiritual. Os familiares acompanham a problemática da doença bem como o seu envolvimento no processo terapêutico, sendo um dos pontos fortes da Casa de Saúde da Idanha. É de referenciar os técnicos que desempenham as suas funções de maneira eficaz e contribuem com seu profissionalismo para a recuperação dos doentes no seu todo, (C. S. I, 2011).

A Casa de Saúde, conta com uma equipa de profissionais bastante coesa na responsabilidade de tratar e passar aos doentes toda a atenção sem discriminação deixando-os mais confortáveis possível nas diversas unidades. Esta responsabilidade passa pela partilha de informação de forma constante da inter-relação de ajuda entre os profissionais o que possibilita a realização com qualidade no seu proceder.

Nesta linha de pensamento é importante referir o investimento na formação profissional, uma vez sendo enfermeira e Licenciada em Psicologia da Saúde, propus-me fazer o Mestrado em Psicologia Clínica e de Aconselhamento na Universidade Autónoma de Lisboa, como parte integrante da minha formação com a possibilidade de

realizar um estágio de forma abrangente tendo a oportunidade de obter conhecimentos a nível teórico e prático, uma vez que em Angola não foi possível efetuá-lo desta forma.

O presente relatório de estágio também pretende abordar o tempo em que estive a estagiar na Casa de Saúde da Idanha. Começando com a contextualização do local de estágio, enquadramento teórico das abordagens utilizadas como base para o respetivo estágio nas áreas (deficiência mental e cuidados paliativos) em que passei como o trabalho do psicólogo nas respetivas unidades e as actividades em que participei enquanto estagiária na Casa de Saúde da Idanha.

Em seguida, farei a descrição dos casos clínicos seguidos durante o estágio, objetivos alcançados, dificuldades e para finalizar uma reflexão do período de estágio de forma concreta.

Contextualização do Local do Estágio

A congregação das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus foi fundada em 1881, em Ciempozuelos (Madrid) por São Bento Menni, Sacerdote da Ordem Hospitaleira de São João de Deus, Maria Josefa Récio e Maria Angústia Giménez. Com objetivos vocacionados ao serviço dos doentes mentais, deficientes físicos e psíquicos de “preferência pobres”, com compromissos evangélicos, sociais e posteriormente a expansão pelo mundo, (B. I. C. S. I, 2008).

A Congregação surgiu dando resposta à situação de negligência e exclusão social dos doentes mentais. Naquela época os responsáveis sentiram-se chamados por Deus a criar uma Instituição Religiosa Feminina que respondesse de forma humana, técnica e espiritual a estas necessidades sociais dos indivíduos com doenças mentais e deficiências físicas. A amplitude dos problemas fez com que os primeiros anos fossem muito complicados por falta de meios, de recursos económicos e assistenciais. Mas, a entrega gratuita das Irmãs e de numerosos colaboradores fez com que se mantivessem firmes até hoje. (B. I.C. S. I, 1981).

A Casa de Saúde da Idanha, tem uma lotação de 500 camas divididas em 9 unidades de internamento, 2 residencias apoiadas e 4 autónomas. Com programas assistenciais segundo um Modelo Integral contando com um trabalho de equipa, envolvendo a intervenção terapêutica incluindo os aspetos biológicos, sociais, espirituais, humanos, psíquicos, éticos e relacionais.

A Casa de Saúde da Idanha, está localizada em Idanha-Belas rua 25 de Abril, nº 5, Idanha. (B. I. P. I, 1981).

Objetivos

O objetivo primordial é proporcionar aos doentes que chegam aos serviços da Casa de Saúde da Idanha, uma assistência à saúde de forma abrangente nomeadamente os aspetos espirituais, sociais e éticos. De um modo geral, reintegra-los a nível profissional e habitacional, sem que lhe sejam retirados os seus valores e a dignidade. O doente é visto de uma forma unitária e integral, como um ser humano que sofre, onde confluem as dimensões biológica, psicológica e social, articuladas por um tecido espiritual, ético e relacional. A saúde integral não é apenas a ausência de doença, mas sim um bem-estar físico, mental, social, espiritual e relacional, B. I. C. S. I. (2008).

A congregação tem como epicentro a espiritualidade o “Cristo Compassivo e Misericordioso do Evangelho”, acima de tudo com caráter carismático que a define. Também um dos pontos fortes dos objetivos da Casa de Saúde da Idanha, é a integração dos familiares no acompanhamento de todo processo de tratamento do utente. A partir do momento que chega aos serviços até a reintegração na sociedade B. I. C. S. I (2008).

Intervenção das Irmãs Hospitaleiras em Portugal

A Congregação está presente em Portugal, desde 1894 e realiza a sua missão em 12 instituições de saúde, 8 no continente e 4 nas regiões autónomas (2 na ilha da Madeira e 2 nas ilhas de S. Miguel e 3 nos Açores). Hoje, a Congregação encontra-se em 24 países da Europa, América, África e Ásia, e cumpre com a sua missão através das estruturas que dão uma amplitude aos serviços hospitalares e extra-hospitalares: centro para deficientes físicos, centro geriátrico, centros psiquiátricos e psicogeriátricos, serviços ambulatoriais, centros ou serviços psico-pedagógicos, hospitais gerais, serviços comunitários e dá respostas pontuais a situações de crise e emergência. Apesar do seu

cariz religioso, a Casa de Saúde da Idanha conta com a colaboração, não só de Irmãs, mas também de colaboradores leigos, sendo que a religião não é o mais importante, mas sim o respeito pelos valores assistenciais e de acolhimento da Congregação em geral e da Casa de Saúde em particular, bem como o respeito pelos direitos individuais. O centro e a razão de ser deste Projeto Hospitaleiro é o doente. As Irmãs e leigos partilham o mesmo projecto de ética e valores sempre ao serviço de quem sofre e de quem mais precisa. Estes valores estão patentes na maneira de ser, estar e trabalhar. Orientam as propostas, decisões, atitudes e comportamentos como ponto de referência para valorizar o trabalho e reconhecer os resultados obtidos (B. I. C. S. I., 2008).

Embora inicialmente tenha acolhido apenas mulheres, a Casa de Saúde proporciona hoje assistência a uma população mista, sem qualquer distinção de raça, cultura, condição, ideologia, religião e classe social. Em termos de internamento longo, a população é predominantemente feminina e mais mista no internamento curto e médio. A Casa de Saúde da Idanha foi também pioneira ao nível da reabilitação psicossocial e ocupação dos doentes, promovendo a desinstitucionalização com a abertura dos primeiros apartamentos na comunidade e com a criação da primeira Cooperativa de Solidariedade Social em 1997 (com o intuito de oferecer uma estrutura profissionalizante e empregadora para os indivíduos em processos de reabilitação psicossocial). Todas estas iniciativas reforçam a atualidade da Missão Hospitaleira. A Congregação em geral, e a Casa de Saúde da Idanha, em particular, tenta responder às necessidades atuais e enfrentar os desafios do futuro, num mundo que muda a uma velocidade vertiginosa e em que é promovida a integração na comunidade e o envolvimento da mesma. Com vista a dar resposta às necessidades atuais, a Casa de Saúde da Idanha tem como projeto futuro a implementação de uma unidade de apoio na

área da Saúde Mental e Psiquiatria para a população adolescente, o que será inovador em termos da ação da Congregação em Portugal (B. I. C. S. I., 2008).

Estrutura Organizacional

A Casa de Saúde Idanha, fundada em 1894 pertence à Congregação em Portugal sendo um dos 12 estabelecimentos que constitui o Instituto das I.H.S.C.J., que é uma I.P.S.S que intervém com um Modelo Hospitaleiro e Integral. Tem uma capacidade de 500 camas subdivididas em unidades de internamento (longo, médio e curto), em áreas de psicogeriatría, psiquiatria e deficiência mental. Os recursos humanos são constituídos por: psicólogos, psiquiatras, assistente espiritual, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, enfermeiros, auxiliar, pessoal administrativo e trabalhadores de serviços gerais. Segundo o Organigrama da C.S.I existe uma Superiora e um Diretor Gerente para quem remetem á Direção Clínica, Direção de Enfermagem e a Direção Administrativa sob o olhar hierárquico da Presidente do Instituto. Geograficamente a C.S.I é constituída por blocos, um dos blocos é direcionado para o internamento de pessoas com doença mental, um outro para a Psicogeriatría, no R/C encontra-se a Recepção, Consultas Externas, os Ateliês e os gabinetes da Direção Clínica e da Enfermagem e os responsáveis de serviços, (B. I. C. S. I., 2008).

Inserção na Comunidade

Os procedimentos da casa, anteriormente, eram apenas para mulheres, hoje atinge uma população diversificada (em relação ao sexo). Em termos de reabilitação ocupacional e psicossocial ocupa o primeiro lugar no trabalho com pessoas deficientes, com objetivo de promover a desinstitucionalização (Projeto Solidário) de forma a

trabalhar a autonomia, e a parte cognitiva dos utentes. Com a abertura dos primeiros apartamentos na comunidade e com a criação da primeira cooperativa de solidariedade social em 1997 (tem como objetivo, oferecer uma estrutura profissionalizante em processo de reabilitação psicossocial) reforçou-se o trabalho das Irmãs Hospitaleiras como Missionárias, respondendo de uma maneira eficaz à exclusão social e à integração das pessoas com patologias acima referidas. Sem deixar de olhar para o futuro incluindo nos planos da casa a abertura de uma unidade para os adolescentes, é um grande desafio para a congregação e um enorme contributo para a sociedade (B. I.C. S. I., 2008).

O Papel do Psicólogo na Instituição

A Casa de Saúde Idanha conta com um serviço de Psicologia formado por quatro psicólogas, que intervém de maneira geral em diversas áreas como: avaliação neuropsicológica, acompanhamento psicoterapêutico, reabilitação psicossocial (Habitacional e Profissional), intervenção em grupos terapêuticos, elaboração de planos individuais (P.I.I), intervenção com as famílias e auxiliares. O serviço de Psicologia intervém ainda na pós-alta, através da consulta externa, (B.I.C.S.I., 2008).

Como foi mencionado anteriormente, o Serviço de Psicologia atua numa série de valências e apesar da equipa funcionar de maneira interdisciplinar e transdisciplinar, o serviço está organizado por áreas como Psiquiatria, Psicogeriatria, Deficiência Mental, Reabilitação, Consulta Externa e Cuidados Paliativos, sendo que cada psicóloga da Casa de Saúde da Idanha se encarrega de uma (ou mais) destas áreas (B. I. C. S. I., 2008).

A C.S.I enquanto instituição psiquiátrica mas também instituição religiosa possui alguns pontos fortes, entre eles destacam-se os seguintes: missão, valores, hospitalidade, dignidade e objectivos. Desta forma os profissionais devem ser informados do Modelo Assistencial Hospitaleiro e ter como referência a centralidade e

dignidade da pessoa que sofre, promovendo a autonomia, sem retirar o apoio e acompanhamento. É importante referenciar que a família desempenha um papel fundamental na reabilitação e bem-estar da pessoa, segundo o B. I. C. S. I.(2008).

Na Casa de Saúde da Idanha é claramente visível que existem cinco tipos de ação: preventiva, reabilitadora, investigadora em conjunto com os valores e a missão religiosa. A casa de Saúde da Idanha é o local ideal para observar os conhecimentos teóricos ganharem vida, a transcenderem o típico contexto hospitalar e interventivo; é uma oportunidade para perspetivar um futuro repleto de possibilidades na área da Saúde Mental. Ao prestar atenção ao indivíduo como um ser integral e ao debruçar-nos sobre a sua riqueza de conteúdo é possível proporcionar uma assistência humana, adaptativa, eficaz, terapêutica, incondicional, acompanhadora, reabilitadora e respeitosa (B. I. C. S. I., 2008).

Serviço de Psicogeriatría

Os doentes psicogeriatricos estão organizados de acordo com o grau de autonomia, e nível cognitivo. Esta área inclui unidades de longo internamento divididas em unidades de grande dependência, dependência ligeira, moderada e uma unidade de curto internamento. O psicólogo intervém na área da avaliação neuro psicológica (entrevista clínica ao doente e aos familiares, testes neuro psicológicos, escalas de sintomas psicopatológicos, escalas de funcionalidade, escalas de depressão para as demências, etc.), acompanhamento psicológico, reabilitação e estimulação cognitiva, e intervenção com a família após definição do tipo de intervenção (Plano Individual de Intervenção), numa população com mais de 65 anos, independentemente do diagnóstico. O ponto de partida para a intervenção do psicólogo deve situar-se nas capacidades diminuídas e no uso das capacidades preservadas como portas de entrada para a

estimulação, basear-se nos resultados da avaliação neuro psicológica e ter sentido na vivência do doente. Na Psicogeriatria é importante reabilitar dentro do possível e estimular na medida certa. É uma população que requer todo cuidado por parte dos profissionais, existem conteúdos sensíveis como a idade e a patologia. Do meu ponto de vista exige muito do profissional, em termos de paciência e percepção, saber trabalhar as diversas áreas com o idoso. Esta unidade é uma porta de entrada valiosa para os idosos pois sua estimulação e cuidado são bastantes bons, (C.S.I.,2010).

Serviço da Deficiência Mental

Nesta área, encontramos as unidades de internamento para deficiência mental grave e profunda, algumas com perturbações da personalidade. Nas unidades da deficiência mental grave, as utentes estão internadas em unidades residenciais e contam com um acompanhamento em todos os sentidos. Neste serviço temos as seguintes residências: a Casa das Flores (autonomia moderada); a Casa do Sol (autonomia ligeira) e por último a Casa Girassol (autónoma).

Especificamente as utentes são acompanhadas pelos serviços psiquiátricos, enfermagem, psicologia, nutricionista, assistente social, terapeuta ocupacional, psicomotricista, ginecologista, e supervisionadas pelas auxiliares das residências. (C.S.I., 2010).

O serviço da Deficiência Mental, conta com uma equipa específica formada nomeadamente pela psicóloga e pela terapeuta ocupacional que são as coordenadoras e outros membros especificamente, a psicomotricista, um elemento de enfermagem, assistente social e a educadora social.

Esta equipa tem um foco primordial que é o doente. Reúnem-se semanalmente à segunda-feira das 9h:30 min e termina às 10h:30 min, isto no primeiro momento, a

mesma acontece na sala de reuniões da Casa de Saúde da Idanha. O objetivo desta reunião no primeiro momento é de partilha de informação, elaboração de plano de intervenção individual (PII) e resolução de problemas.

O segundo momento da reunião está presente a equipa conforme referida anteriormente e com a equipa de auxiliares das residências, acontece semanalmente à segunda-feira na sala de reuniões da Casa de Saúde da Idanha. O objetivo desta reunião é de apoio nas vivências, resolução de problemas, partilha de informação e de fornecimento de estratégias de intervenção.

O serviço do psicólogo na equipa da deficiência mental, para além de participar nas reuniões semanalmente, acompanha as utentes a nível profissional, habitacional e em outras áreas. Será feita a descrição das vertentes profissionais e habitacional, porque foram estas as áreas que acompanhei. O psicólogo nesta área trabalha da seguinte forma: no contexto profissional, acompanha um grupo de senhoras semanalmente (7 utentes), que trabalham na lavandaria Projeto de Solidariedade Social. Este acompanhamento tem como objetivo, a partilha de informações, expressão das emoções, na resolução dos problemas, na gestão dos conflitos, ajustar comportamentos desadequados e trabalhar a relação interpessoal a nível profissional. Este processo tem um começo, a relação, a empatia e o respeito por cada pessoa. Saber ouvir e escutar com cuidado porque cada palavra do profissional deve ser dita na hora certa, sem julgamento ou imposições.

No contexto habitacional, o psicólogo trabalha com um grupo de 8 senhoras e a auxiliar da residência, reúnem-se semanalmente na residência com duração de uma hora, refiro-me especificamente à residência Girassol onde as utentes são senhoras autónomas, cujo objetivo é a partilha de informação, adequação de comportamento, fornecimento de estratégia de intervenção e trabalhar relações interpessoais.

Estas reuniões no meu ponto de vista fazem todo o sentido e aí reside o trabalho do psicólogo, pois são senhoras que apresentam grau de deficiência mental, mas com acompanhamento em várias áreas das suas vidas, como educadora, assistente social, terapeuta ocupacional, psicomotricista e a psicóloga desta forma pode proporcionar-se um estilo de vida a estas pessoas digno. Ou seja, se não forem estimuladas, reeducadas caem na deterioração, na apatia, na dependência prejudicando mais a saúde mental deste grupo frágil que precisa de ajuda.

Tive a oportunidade de trabalhar com elas e aprendi muito com estas pessoas. Muitas vezes apresentavam um olhar sereno, inocente contrabalançando com momentos de crise. No entanto, fui bem aceite pois elas compreenderam que estavam perante uma pessoa sem qualquer objectivo de julga-las mas sim poder partilhar as experiências delas, a nível profissional e habitacional. O meu objectivo sempre foi saber como foi a semana delas, o que fizeram, como se sentiram a fazer uma determinada tarefa, o que gostariam de fazer e o que não fizeram. Foi muito positiva a experiência com este grupo de senhoras e o fim deste acompanhamento foi muito doloroso mas muito proveitoso.

Serviço de Reabilitação

Nesta área é realizado o acompanhamento psicológico e o treino de competências de forma terapêutica e reabilitadora, sendo que a população apresenta problemas psiquiátricos e funcionais.

A Casa de Saúde em 1992, avançou com os projetos de reabilitação que tem como objetivos até ao presente otimizar e sustentar o funcionamento em vários papéis sociais, melhorar, facilitar a integração social e comunitária da população com doença mental como a preparação da alta (para inserção em residências na comunidade ou em

contextos naturais). Nesta área, visa-se a normalização e a intervenção centra-se no funcionamento, ou seja, no que o indivíduo consegue fazer (autonomia e funcionalidade). A reabilitação faz-se através do treino de competências, do suporte e acompanhamento, aproveitando as capacidades do indivíduo e promovendo a sua autonomia, (P.R.L.V., 2010).

Na Casa de Saúde da Idanha a reabilitação é feita no âmbito psicossocial, dividindo-se em reabilitação habitacional (com 4 apartamentos na comunidade de apoio moderado, o intitulado “Projeto Laço Verde”, e unidades de apoio moderado e de apoio máximo) e reabilitação profissional (Cooperativa de Solidariedade Social – *POLISERCOOP*) e tem como referências teóricas o Modelo de Reabilitação da Universidade de Boston, a Psicologia e a Psiquiatria Comunitária e os conceitos de *Empowerment*(processo dinamico de determinação sobre a propria vida, responsabilização, participação social e desenvolvimento pessoal, com vista a uma recuperação global. (P.R.L.V., 2010).

O processo de reabilitação desenvolve-se numa perspetiva terapeutica-reabilitadora, de continuidade dos cuidados, centrada no utente com recurso a uma equipa multidisciplinar e acompanhamento individualizado pelo tecnico de referência. Tem como objectivo prevenir a institucionalização enquanto promove a desinstitucionalização, facilitar a integração comunitária e melhorar a qualidade de vida, tornando-a o mais (normal) possível. Na área da reabilitação habitacional, a população abrangida neste momento é constituída apenas por utentes do sexo feminino (pois ainda não há condições para uma população mista), com diagnóstico de psicose funcional e idade inferior a 65 anos, sem possibilidade de reinserção sociofamiliar. É feita uma triagem baseada em critérios de inclusão, exclusão e de risco, são aplicados testes para

despiste de défices cognitivos e o diagnóstico é feito em termos de práticas, segundo o Programa de Reabilitação Laço Verde, C.S.I., (2010).

Serviço de Cuidados Paliativos

Os Cuidados Paliativos são compostos por uma unidade de curto internamento (mais ou menos até 3 meses) com 10 camas. Como definição de doente paliativo, é uma pessoa que sofre de uma doença incurável em fase avançada e progressiva, pode ser oncológica ou não. Faz-se a intervenção com os doentes e familiares após o período de adaptação, num contexto de crise ou de adaptação à doença, às perdas face a situação em que se encontra, a dependência, escuta, respostas de compreensão empática. Em relação à família faz-se a conferência familiar onde está presente o médico, um elemento de enfermagem, psicólogo e os familiares.

A Conferência Familiar, é uma forma estruturada de intervenção na família, com um plano definido e acordado entre os profissionais presentes e não envolve só a partilha de informação e sentimentos mas, também ajudar a alterar e ou maximizar alguns padrões de interação da família (Neto, 2006).

Na unidade de Cuidados Paliativos, faz-se a conferência familiar com objetivo de orientar os familiares do funcionamento da unidade e de todo o procedimento que vai acontecer com o seu familiar que está internado na unidade. Sempre pensando no bem-estar do doente, respeitando o momento em que se encontra.

O psicólogo intervém de maneira integrativa com um modelo numa perspetiva humanista-existencial, acompanha o processo de adaptação face à atual realidade em que a pessoa se encontra, faz o acompanhamento psicológico de forma estruturada a partir da relação, avalia os fatores de risco em relação ao luto, faz contatos telefónicos de forma a acompanhar os familiares dos utentes falecidos com objetivo de novas

intervenções com os mesmos, está presente na Conferência Familiar e também faz parte de uma Associação “Afectos pra Vida”, que reúne semanalmente à quarta-feira no período da tarde (16 horas), num Lanche de Convívio com objetivo de juntar utentes com autonomia, familiares, membros da Associação com experiência de perda de familiares nos Cuidados Paliativos e a equipa da Unidade Cuidados Paliativos, neste encontro há partilha de informação, trocas de experiência nas vivências (sofrimento e traumas) é um momento descontraído mas de muita importância a nível terapêutico.

A filosofia dos Cuidados Paliativos é sustentada por 4 pilares chave que são: apoio familiar, o controlo de sintomas, o trabalho em equipa e a comunicação. Com base nesta perspetiva é possível trabalhar e ajudar os utentes e familiares de forma coerente e com respeito em todas as fases da doença. Também dá mais valia a qualquer pessoa e estagiários que trabalham nas Unidades dos Cuidados paliativos, doutra forma seria muito difícil sem o conforto dos pilares da filosofia (C.S.I., 2011).

Enquadramento Teórico dos Cuidados Paliativos

Filosofia dos Cuidados Paliativos

O aumento da prevalência de cancro e outras doenças crónicas, leva-nos a assistir ao envelhecimento progressivo da população nas últimas décadas, mas com o desenvolvimento da terapêutica as doenças mortais transformaram-se em crónicas levando seus portadores à longevidade. É necessário o conhecimento científico e o humanismo para proporcionarem a dignidade da vida e a possibilidade de morrer em paz. Os Cuidados Paliativos em relação a este grupo específico preenchem de forma satisfatórias estas lacunas com seus cuidados ativos, (ANCP, 2009). De acordo com Neto (2006), existe um grande número de doenças crónicas não transmissíveis, algumas delas incapacitantes sem resposta curativa, conduzindo os doentes à situação de doença incurável, avançada e progressiva. Durante o séc. XX com o avanço da Medicina foi combatido com êxito o número elevado de mortes num curto período da doença. As doenças infecciosas (agudas) passam de doenças mortais a doenças crónicas. Neto (2006), refere ainda que viver mais tempo não implica morrer melhor, mas sim a luta pela cura das várias doenças, a evolução das técnicas e meios utilizados leva de certo modo à cultura de negação da morte, controlo da doença e desta forma proporcionando um fim de vida condigno (Neto, 2006).

Como resposta, surge a partir de 1968, o Movimento Hospice Moderno com Cecily Saunders a qual possuía uma formação humanista e era médica em Inglaterra, posteriormente junta-se a ela Elizabeth Kubler-Ross nos Estados Unidos da América e o seu trabalho foi sendo divulgado mundialmente, (Ross, 2005).

Segundo a OMS (2008), os Cuidados Paliativos são uma prioridade, com sucesso na saúde, recomendando a sua abordagem de forma planificada e programada.

O seu objectivo é de proporcionar uma melhor qualidade de vida a esta população que se encontra doente, frágil, com debilidade e limitações sem esquecer os seus familiares que acompanham todo o processo desde o diagnóstico até ao internamento e deste à fase final (luto).

Existem quatro áreas primordiais para prestar Cuidados Paliativos: controlo sintomático; comunicação adequada; apoio à família e trabalho em equipa interdisciplinar. Estas áreas são importantes para o funcionamento da Unidade dos Cuidados Paliativos, para a equipa profissional e para o doente (U. C. P., 2011). Com base nas quatro áreas dos Cuidados Paliativos, que estão interligadas, estas têm como finalidade dar respostas de maneira coerente aos doentes e seus familiares em relação a doença, tratamento e o procedimento. Sendo que tem como pressuposto não limitar-se no prognóstico e diagnóstico mas dar continuidade de forma digna à pessoa em questão (doente) e familiares proporcionando-lhes alívio e conforto em todos os sentidos, (respostas empáticas, escutar, respeito, deixar o máximo possível sem duvidas) (U. C. P., 2011).

Segundo Twycross (2003), os Cuidados Paliativos são cuidados ativos e totais aos pacientes com doenças que constituem risco de vida, e suas famílias, realizados por uma equipa multidisciplinar, num momento em que a doença do paciente já não responde aos tratamentos curativos ou que prolongam a vida.

O Programa Nacional de Cuidados Paliativos (2004), descreve que não deixa de ser uma resposta às necessidades de apoiar e cuidar ativamente os doentes na fase final da vida, com objetivo de assegurar a qualidade de vida possível dos doentes e sua família.

A Direcção-Geral da Saúde (2004) considera que a prática de cuidados paliativos exige uma organização da sua abordagem específica, ministrada por equipas técnicas preparadas para o efeito.

Todos estes aspetos teóricos foram fundamentais para realização a nível das intervenções perante os utentes da Casa de Saúde da Idanha, e sem este suporte teórico na minha formação com certeza as dificuldades seriam de grandes proporções.

Áreas de Intervenção dos Cuidados Paliativos

Comunicação em cuidados paliativos

A comunicação em Cuidados Paliativos, é de extrema importância, para entender a pessoa doente de forma abrangente, incluindo a família ou pessoas próximas que merecem toda atenção e informação de maneira verdadeira, sensata e mais clara possível em relação ao tratamento e cuidados que serão prestados. Quando o profissional entender o doente no seu todo, a comunicação flui de tal maneira que às vezes não é necessária a comunicação verbal, mas começa a funcionar a comunicação não-verbal (gestos, mímica, toque e contato ocular), aí esta a importância da comunicação, que deve ser sincera e com respeito para que haja relação (M. C. P. 2006).

Segundo Mourão (2005), a comunicação é um processo dinâmico e multidirecional de intercâmbio de informação, através dos diferentes canais sensorio-perceptivos. Comunicar é partilhar, transmitir, relacionar e informar.

Para Helfer e Orsoni (1996, p. 289), comunicar é transmitir informação com objectividade, obter da parte do destinatário uma modificação de comportamento e de atitude.

De acordo com Baranger, (1993) comunicar consiste em partilhar, colocar em comum uma mensagem ou uma informação. Só existe comunicação se ambos os interlocutores (emissor/recpetor) se envolvem e assumirem uma quotaparte de responsabilidade no processo comunicacional.

Segundo Watzlawick (1981) a comunicação é uma atividade humana básica e de ordem social.

Segundo Fallowfied (2002), os estudos demonstram que a melhoria da qualidade da comunicação não ocorre apenas com o acumular da experiência clínica.

Transmissão de más notícias.

A comunicação de más notícias é uma área na relação doente/família /profissionais de saúde, que apresenta grandes dificuldades no contexto das relações interpessoais (Maria Pereira, 2008).

Para Buckman (1992) e Sancho (2000), a comunicação de uma má notícia, envolve informação onde acontecem mudanças negativas e drásticas no futuro da vida da pessoa.

Goldim (2003), refere que não existem regras para comunicar más notícias, porque existem pessoas com características e particularidades próprias, logo o profissional deve agir de acordo com os casos. Saber que tipo de informação a pessoa quer receber e qual o grau de conhecimento em relação à doença.

Robert Twycross (2003), afirma sobre a dificuldade do médico em dizer a verdade ao paciente, quando essa verdade está ligada com a finalidade da vida e a ausência de perspetiva de cura. Colocam-se em jogo o seu próprio medo da morte e as pressões culturais a ela associadas. Fica a ideia de que, com a verdade dolorosa, podemos destruir a esperança e levar o paciente irreversivelmente ao desespero e à

depressão. Conclui que a mentira e a evasão são o que realmente isolam o paciente atrás de um muro de palavras ou no silêncio que impede a adesão terapêutica e a possibilidade de compartilhar os seus medos, angústias e preocupações. Enfatiza que devemos ter o compromisso da abertura e da honestidade, e que o primeiro desafio ético do médico seria equipar a si mesmo de boas habilidades de comunicação e sensibilidade. Concluindo, o paciente quer ser amparado, compreendido e tratado com dignidade, a expressão de afeto na relação com o paciente trazem a certeza de que ele faz parte dum conjunto importante, o que ocasiona a sensação de proteção e consolo além da paz interior.

Buckman (1992), propõe algumas etapas, para dar más notícias:

A: Começar adequadamente, com atitudes cordiais, tendo em conta o contexto e quem deve estar presente: a escolha do local adequado, acomodado onde haja privacidade cuidada e o tempo deve ser preparado para este momento.

B: Descobrir quanto o doente sabe da sua doença: fazer pergunta abertas, o que sabe sobre o seu diagnóstico ou sobre a doença, se teme saber da sua condição. Deve-se ficar atento aos sinais não-verbais do paciente durante as respostas.

C: Descobrir quanto o doente quer saber: identificando os sinais de sofrimento, ansiedade avaliando as condições emocionais do paciente.

D: Dividir e compartilhar a informação: com vocabulário adequado à compreensão do outro, tom de voz suave mais firme. Ser claro, durante a partilha falar pausadamente dando a possibilidade para o paciente falar. Fazer perguntas curtas e validar a compreensão, utilizar o toque afetivo.

E: Estar disponível para responder empaticamente às emoções do doente: disponibilizar para o ouvir, permanecer junto do paciente e estimular/permitir a expressão de sentimentos de forma verbal ou não-verbal.

F: Planear e combinar o acompanhamento: falar de forma clara dos sintomas, prognósticos e tratamento. Junto do paciente estabelecer metas de curto prazo e médio de forma a atingi-las, argumentar acerca da disponibilidade de cuidado e não abandono e no caso de necessidade, verbalizar aonde pode encontra-lo.

Do meu ponto de vista, estes procedimentos torna-se adequada a forma com que o profissional vai desenvolver a conversa com o doente/família, em relação ao novo percurso da pessoa em causa, que esta frágil, debilitada e que precisa de ajuda.

A Conspiração do silêncio.

A conspiração do silêncio segundo Pinto (2010), refere-se ao pedido para ocultar informação, normalmente relacionada com o diagnóstico e prognóstico. Com objetivo de proteger o outro, sobretudo quando este é visto como vulnerável.

Para Faulkner (1998), a conspiração do silêncio se for destruída é um grande ganho de qualidade de vida para o doente pois ajuda-o e também à família, a libertar sentimentos e a voltarem a ter uma relação mais aberta.

Do meu ponto de vista no que se refere à conspiração de silêncio, o profissional deve-se manter distante e nunca fazer parte desta situação, porém esta situação implica o respeito pelo momento em se encontra esta família e o doente. Numa relação a confiança e a segurança estão presentes, se acontecer ao contrário pode gerar conflitos e dificultar a relação, deixando o profissional numa situação complexa, porque no meio disso tudo se encontra uma pessoa frágil, debilitada que por falta de partilha de informação o sofrimento pode diminuir as suas expectativas em relação à sua realidade.

Segundo Pinto (2010), o profissional em relação à conspiração de silêncio deve respeitar este momento sem julgar, criticar, perceber os familiares o que entendem do estado da doença, perceber os motivos para esta decisão, averiguar se existe contexto

particular (social, religioso e pessoal), compreender os custos da conspiração de silêncio, mostrar sempre disponibilidade para dar apoio, realizar conferência familiar e dar tempo para elaborar toda a informação.

O Apoio à Família

A família é uma instituição extremamente auto-organizativa, que tem sobrevivido às mais diversas agitações sociais que têm acontecido na história da humanidade, provavelmente, devido ao facto de o homem ser um ser geneticamente social, que não consegue construir o seu futuro à margem da sociedade. Segalen (1999) afirmou que cada época conhece as suas formas familiares. Assim sendo, a sociedade e a família são o produto de forças sociais, económicas e culturais, sem que no entanto uma seja o resultado da outra.

Para Twycross (2003), o apoio à família nos Cuidados Paliativos é parte integrante, a satisfação da família aumenta a possibilidade da alegria do doente. De referir que a comunicação deve ser da iniciativa do médico com a família.

Como refere Bertalanffy (2006), a família é um sistema que pode ser constituído por subsistema e estar inserido noutros sistemas. Logo sendo a família um sistema, a alteração de uma das partes deste sistema vai causar desequilíbrio e grande sofrimento, com interrogações, revolta, desanimo na fase inicial da mesma e sem capacidade de resposta perante a situação do seu familiar.

Esta situação conforme descreve Bertalanffy (2006), verifiquei em várias situações na Unidade de Cuidados Paliativos, familiares estruturados e desestruturados mas em grande sofrimento. Tudo por causa de um membro da família que se encontrava doente, sendo a família um sistema logo alterava significativamente todo o sistema. Também eram momentos de grandes encontros, de desabafo e de expressão de

sentimentos. Nesta hora às vezes com dúvidas e o desespero de ver o seu familiar naquela situação, surge a pergunta, posso falar algo que há muito não consegui falar mas neste momento sinto vontade de falar? O psicólogo, através da compreensão empática ajuda na expressão dos sentimentos, era um momento de muita emoção e sofrimento, mas com uma grande equipa, atenta a cada pormenor, desde a fala, o olhar, o toque, postura e sempre focada no paciente e nos familiares.

Apoio no luto

De acordo com Pereira (2008), o luto é sentimento de pesar pela morte de outro ser. Existem várias formas de expressão de luto em diversas culturas (como por exemplo: perda de ente querido próximo, emprego, danos materiais ou modificação corporal).

Para Sapeta (2000), quando a família acompanha todo o processo do doente e ao mesmo tempo está envolvida, ajuda e facilita no processo de aceitação perante a situação do seu familiar internado até à fase final (morte). Sabendo que o luto consiste na adaptação de perda significativa, seja objeto ou pessoa. O apoio no luto, deve começar logo no início perante à família e o doente. Mas respeitando o seu tempo.

Segundo Rebelo (2005), a evolução saudável de um processo de luto visa na transferência, na esfera emocional, da vinculação em relação a um objeto perdido para memórias das expressões dessa mesma vinculação.

Segundo alguns estudos: Bowlby (1980), Gorrer (1965), Parkes (1986) Perreira e Lopes (2005) fundamentaram 4 fases do luto, nomeadamente:

A: Fase de entorpecimento: nesta fase a pessoa está desligada da realidade, atordoada, desamparada e difícil aceitação.

B: Fase de anseio e protesto: emoções fortes, grande sofrimento psicótico e agitação física com sentimento de raiva de si e das pessoas que o rodeiam.

C: Fase de desespero: bastante complexa, momento de apatia e depressão muito lento, afastamento das pessoas e das atividades diárias, falta de interesse das tarefas rotineiras e consequentemente perda de peso e do apetite.

D: Fase de Recuperação e restituição: começa a adaptar-se ao significado que essa perda tem na sua vida, retorno a vida, instabilidade presente nos relacionamentos sociais, investimento em novas amizades e também reatar laços antigos.

Para Sanders (1999), existem fases do luto: fase aguda/crónica caracterizada pelo choque, pensamento do falecimento que vai de um a três meses. Em seguida tomada de consciência da perda, nesta fase a pessoa grita, chora, raiva, culpa e medo da morte. A seguir fase de conservação, a pessoa isola-se correndo risco de ficar depressiva. Por fim temos a fase de recomeço, caracterizada pelo recomeço, vontade de viver.

De acordo com Leal, (2005) existem alguns tipos de luto: normal, complicado (inibido, mascarado e retardado) e o luto psico-patológico caracteriza-se por alteração do padrão, ideias suicidas e assumir reações do falecido (familiar morre e assume a posição da pessoa chegando a conversar com o falecido).

Os cuidados paliativos, de acordo com a minha experiencia como estagiária da unidade, falo do trabalho do apoio no luto desenvolvido pela psicóloga da unidade, que inicia de forma precoce junto da família e do doente. Valorizando o sofrimento, respostas de compreensão empática e contenção do sofrimento do outro. A nível familiar o acompanhamento permanece, respeitando o tempo da pessoa, desta forma podendo evitar situações de luto complicado ou patológico. Há o caso em que a psicóloga depois do tempo que por norma é de um mês, faz um contacto telefónico de

forma a começar o apoio na família e posteriormente a marcação da primeira intervenção caso houver um interesse em querer ser ajudado a superar este momento difícil. Tive a oportunidade de acompanhar a psicóloga em vários contactos telefónicos e devo concluir que muitos familiares concordavam que precisavam de ajuda e outros preferiam o silêncio ou o tempo.

Na unidade dos cuidados paliativos, este era um momento em que a comunicação tinha um papel relevante visto que alguns dos contactos eram por telefone, havia necessidade de uma boa capacidade de escuta, facilitar a expressão de sentimentos e respeitar o momento da pessoa.

Segundo a APCP (2006), o processo de luto deve ser de especial atenção, com a elaboração específica de intervenção.

Psicoterapias

Neste capítulo abordaremos os dois tipos de abordagens das psicoterapias “a relação de ajuda” e “psicodinâmicas interpessoais”. Porque durante o meu estágio serviram de apoio.

A Relação de Ajuda

A relação de ajuda da Abordagem Centrada na Pessoa foi desenvolvida por Carl Rogers, com objetivo de estabelecer uma relação de ajuda com doente/cliente proporcionar alívio, equilíbrio, ajustar comportamentos a partir da comunicação, de autorrelatos dos clientes (Rogers, 1999).

Ao longo do trabalho focou-se a importância da comunicação nos Cuidados Paliativos entre os profissionais, doente e a família. A relação acontece quando o uso da

metodologia de comunicação é utilizada de maneira adequada, logo o doente sente-se acolhido, percebido com atenção e que o profissional está disponível a ajudá-lo.

Segundo Rogers (1961) citado por Chalifour (1989, p.3), refere que “*quanto mais o cliente olhar o terapeuta como um ser verdadeiro, autêntico e empático, mais lhe prestará um respeito incondicional e mais se afastará dum modo de funcionamento estático, fixo, insensível e impessoal*”. Acontece a partir da entrega incondicional do profissional, a relação de ajuda nos Cuidados Paliativos é fundamental porque proporciona um momento muito importante por parte da pessoa doente que está ser escutado, de forma sincera, sem críticas, sem juízos de valores.

Princípio da Tendência Atualizante e o Princípio da Confiança na Auto-Organização

Segundo Rogers (1961), o ser humano tem capacidade para compreender-se dando resposta aos seus limites e dificuldades, deste modo garantindo o funcionamento satisfatório do organismo.

A tendência atualizante é representada pela capacidade de desenvolver as suas potencialidades a partir da natureza humana (inata) de forma a favorecer a sua sustentação e melhoria. Permite o crescimento pessoal e está interligado com as relações interpessoais, (Rogers 1977). As capacidades dependem muito das relações que constituem e não acontece de forma natural. Este desenvolvimento dá-se a nível social, intelectual e revalorização do ser que desta maneira favorece o enriquecimento e a conservação.

Segundo Rogers (1977), as relações interpessoais positivas contribuem de forma a desenvolver, as capacidades autorreguladoras. Rogers enfatiza que o interior do homem é que impulsiona para a autonomia, para o desenvolvimento, crescimento visto que o ser humano é aberto ao desenvolvimento e aprendizagem positiva. A partir deste

princípio os profissionais no contexto de relação de ajuda, devem utilizar e acreditar nas suas capacidades e potenciais de forma a ajudar quem precisa, com profissionalismo e responsabilidade. De acordo com a tendência actualizante o cuidado paliativo dá-se na íntegra na relação da pessoa e família com o intuito de proporcionar o conforto/alívio e satisfação e apoiando os familiares evitando situações simplesmente complicadas em relação ao luto.

Uma vez que me encontro a realizar o meu estágio na Unidade de Cuidados Paliativos na Casa de Saúde da Idanha, constatei que se trabalha neste sentido, o centro é a pessoa doente com o objetivo de proporcionar alívio, controlo de sintomas e apoio à família de forma íntegra. A equipa funciona com responsabilidade e profissionalismo de maneira interdisciplinar.

Para Rogers (1977), a auto-organização acontece de forma intrínseca no organismo. Profissionalmente consiste na maneira de ajudar a pessoa doente a gerir a sua nova condição de vida frente a doença, em relação ao sofrimento que a mesma lhe causa, de forma a dar resposta a partir do seu interior.

Condições Necessária Para Que Haja Uma Mudança Teraputica

Para Rogers (1961-1967), a relação de ajuda bem como as relações em que pelo menos uma das partes procura promover na outra o crescimento, o desenvolvimento, a maturidade, um melhor funcionamento e uma maior capacidade de enfrentar a vida. A relação de ajuda pode ser definida como uma situação na qual um dos participantes procura promover numa ou noutra parte, ou em ambas uma maior apreciação, uma maior expressão e uma utilização mais funcional dos recursos internos latentes do indivíduos.

Segundo Rogers (1967), há seis condições necessárias para uma mudança terapêutica: Primeiro contacto psicológico entre duas pessoas. Segundo o cliente está em incongruência, está vulnerável e ansioso. Terceiro o terapeuta está congruente ou integrado na relação. Quarto o terapeuta vivencia um olhar incondicional positivo pelo cliente, ou seja concordar com os comportamentos mas compreende o que se passa com a pessoa. Quinto, a compreensão empática significa centrar-se no quadro de referências internas da pessoa. Rogers define como a capacidade de se imergir no mundo subjectivo do outro e de participar na sua experiência, na extensão em que a comunicação verbal ou não verbal o permite. Sexto, a comunicação ao cliente da compreensão empática e do olhar incondicional positivo é minimamente conseguida.

A dinâmica da mudança na relação terapêutica:

Como encontra alguém que o ouve e aceita os seus sentimentos, o paciente começa, pouco a pouco a tornar-se capaz de ouvir a si mesmo. Começa a perceber as mensagens do seu interior. À medida que se começa a abrir mais para o que se passa nele, torna-se capaz de atender aos sentimentos que sempre negou e reprimiu. Ouve os sentimentos desorganizados como nunca seria capaz de reconhecer. Enquanto vai aprendendo a ouvir-se a si mesmo, começa igualmente a aceitar-se. Ao encarar as coisas horríveis apercebe-se que o terapeuta tem para com os seus sentimentos uma atitude congruente e uma consideração positiva incondicional. Assim, toma a mesma atitude em relação a si mesmo, aceitando-se e caminhando no processo da sua transformação. Ao ouvir com maior atenção os sentimentos interiores com menos espírito de avaliação e mais de aceitação de si mesmo, encaminha-se para uma maior congruência. Abandona as fachadas atrás das quais se escondia e põe os comportamentos de defesa de parte e descobre que é livre para se modificar e para crescer nas direcções mais naturais do organismo, Moreno (1940 – 1945).

Segundo Bozarth (1995), a relação é vista como uma forma do terapeuta fazer uma preparação para experimentar as duas condições essenciais na relação de ajuda (olhar incondicional positivo e a compreensão empática). A incongruência dificulta a relação de terapeuta/cliente.

Para Rogers (1961), quanto mais autêntico e congruente o profissional maior será a capacidade de mudança em relação à pessoa que vai em busca de ajuda com as suas crenças, acontece de forma natural e com fluidez. A congruência é um grande desafio para o terapeuta.

As condições necessárias na relação de ajuda segundo Rogers (1961), estão interligadas de maneira que o profissional consegue adquirir resultados a partir da comunicação verbal/não verbal atingindo as duas realidades, (da pessoa e a sua própria realidade) tendo a capacidade de ajudar facilitando-a no desenvolver da sua abordagem e juntos encontrarem o caminho certo para o equilíbrio das suas tensões.

Logo é de grande importância a utilização desta abordagem na Unidade de Cuidados Paliativos e não só, uma vez que se trabalha sobre a base nos quatro pilares fundamentais supracitados e com pessoas em grande sofrimento. Onde o respeito e os cuidados são pertinentes incluindo a família dando-lhes todo apoio, e atenção que apesar do momento difícil que enfrentam podem encontrar um suporte por parte dos profissionais, contando com a capacidade de auto-organizar-se e com o trabalho de equipa. Onde cada um cumpre na íntegra sem juízos de valores e sim a capacidade de partilhar e estar com os utentes em cada momento.

Terapias psicodinâmicas e interpessoais

Trata-se da terapia psicanalítica/dinâmica, que inclui abordagens vocacionadas para o *insight* e apoio do indivíduo, interessando-se pelas causas mais precoces dos

comportamentos actuais, pela restauração de defesas saudáveis, pela auto-estima e auto-conceito positivos e pelas transferências ocorridas na relação paciente/terapeuta. Baseia-se num tratamento menos directivos e de maior duração, ajudando a identificar e resolver questões pendentes de estágios anteriores do desenvolvimento. Nos temas mais abordados pelos pacientes idosos encontra-se o luto por perdas, o medo de doenças físicas, deficiências e morte e a culpa e desespero por fracassos passados (Cook et al, 2005). “As questões transferências são atípicas, mas podem reflectir preocupações relacionadas com a própria família de procriação (i.e. cônjuge e filhos) em vez da família de origem, enquanto a contratransferencia pode ser influenciada por questões pendentes com os pais, o medo do individuo de envelhecer e/ou de estereótipos relacionados com envelhecimento” (Cook et al, 2005, 521).

A outra terapia é a terapia analítica cognitiva, refere que a experiencia de si mesmo em relação aos outros é internalizada nos primórdios do desenvolvimento como modelos de papéis que actuam em todas as interacções subsequentes. O *insight* e a mudança nestes modelos advêm da exploração dessas mesmas experiências passadas no aqui e agora, com variadas técnicas cognitivas, comportamentais e interpretativas (eficaz em situações de depressão, distimia, distúrbios de personalidade e psicossomática).

A psicoterapia interpessoal é bastante estruturada e de curta duração, ao invés das atrás apresentadas. Independentemente da etiologia da patologia, a compreensão e renegociação das interacções pessoais tidas pelo indivíduo desempenham um papel essencial na remissão dos sintomas e estruturação de um funcionamento mental capaz de evitar recidivas, principalmente em casos de transição de papéis, disputas de papéis, luto anormal e déficits interpessoais (Cook, et al, 2005).

Avaliação Psicológica

No serviço da psicologia dos Cuidados Paliativos da casa da Idanha utiliza - se o teste de avaliação cognitiva (MMS) de acordo com a responsável pelo serviço de psicologia.

Mini Mental State

O MMSE avalia presença de deterioração cognitiva, pode ser aplicado desde os 18 anos até aos 85 anos. Trata-se de um teste muito útil para perceber o impacto da estimulação cognitiva, sendo facilmente aplicado e cotado, o tempo de aplicação é de 5 a 10 minutos. A sua consistência interna tem variado entre 0,31 para amostras constituídas por sujeitos da comunidade em geral e de 0,96 para grupos de pessoas com patologia (Espino, 2004; Foreman, 1987; Hopp, 1999; Jorn, 1988; Lopes, 2005; Tombaugh e, 1996, citado por Strauss, Sherman & Spreen, 2006).

Para a administração do MMSE, o clínico expõe as questões e regista no momento as respostas dadas. As questões deste teste permitem aceder à orientação espaço-temporal, memória de evocação, memória a curto-prazo e capacidade visuo-construtiva. Os scores obtidos são interpretados de acordo com as habilitações literárias do respondente, pelo que a pontuação máxima é de 30, considerando-se défice cognitivo quando o score é inferior ou igual a 27, no caso de pessoas com escolaridade superior a 11 anos; score inferior ou igual a 22 para indivíduos cuja escolaridade é de um a 11 anos de escolaridade; no caso de pessoas analfabetas considera-se défice para scores inferiores ou iguais a 15 (Foreman, 1987).

MMSE: permite saber se há presença de deterioração cognitiva, pode ser aplicado desde os 18 aos 85 anos é um teste muito útil para perceber o impacto da

estimulação cognitiva, sendo facilmente aplicado e cotado, o tempo de aplicação é de 5 a 10 minutos (Lopes, 2005).

Para a administração do MMSE, o clínico expõe as questões e regista no momento as respostas dadas. As *questões* deste teste permitem aceder à orientação espaço-temporal, memória de evocação, memória a curto-prazo e capacidade visuo-constructiva. Os scores obtidos são interpretados de acordo com as habilitações literárias do respondente, pelo que a pontuação máxima é de 30. Considera défice cognitivo (≤ 27 , pessoas com escolaridade superior a 11 anos), (≤ 22 para escolaridade 11) e (≤ 15 analfabeta), (Sherman & Spreen, 2006).

Deficiência Mental e a Psicologia Comunitária

Em Portugal nos anos oitenta do século XX, o sistema de saúde mental estava estruturado em torno dos hospitais psiquiátricos agregados aos hospitais gerais e em estruturas institucionais geridas por congregações religiosas (Ornelas, 2002).

Em 1987, um grupo de profissionais, de pessoas com doença mental e familiares, criaram uma organização não-governamental denominada Associação para o Estudo e Integração Psicossocial, para promover um sistema de serviços de base comunitário (Ornela, 2002, Ornelas Monteiro, Vargas-Moniz & Duarte, 2005).

Podemos assim, afirmar que Portugal está numa posição privilegiada para evitar o fenómeno de Trans-institucionalização observado em países como a Itália, o Reino Unido, Estado Unidos da América que durante os anos setenta e oitenta do século XX, promoveram políticas sem a adoção de um paradigma com a capacidade de sustentar a complexidade dos processos de integração social, (Mosher & Burti, 1989; Livine & Perkins, 1987, 2004).

Segundo Rappaport (1997/1984) e Zimmerman (2000), *Empowerment* e *Recovery*, pode ser definido como um processo, uma atitude e forma de encarar os desafios do dia -a- dia, estabelecer um sentido renovado de integridade e propósito pessoal para além da doença.

Para Chamberlim (1997), é uma forma de retomar um sentimento de confiança em si próprio.

Integração Comunitária de Pessoas Com Experiencia de Doença Mental

A abordagem centra-se na integração comunitária como a presença física na comunidade, o acesso aos recursos comunitários, cuidados pessoais, participação em contextos familiares, de amizade e outros grupos ou contextos sociais (Segal & Aviram 1978); Aubrey & Myner 1996), e não a integração em serviços e recursos especificamente desenhados para pessoas com doenças mental e familiares. Se revisitarmos os princípios da saúde mental comunitária, cruzamo-nos com afirmações como as pessoas independentemente do diagnóstico que lhes tenha sido atribuído ou de outra qualquer vulnerabilidade, devem viver na comunidade, mesmo nos momentos mais difíceis, mantendo o acesso aos recursos disponíveis (Mosher & Burtir, 1989; Levine & Parkins, 1987, 2004). O movimento da saúde mental comunitário advoga que as pessoas que tenham acesso a recursos melhoram a sua vida, crescem e fortalecem-se (Levine & Perkins, 1987, 2004).

A integração social é consequência de um conjunto de valores que defendem que as pessoas com doença mental tenham acesso às mesmas casas e aos mesmos contextos de emprego ou outras formas de interação social, tal como qualquer outra pessoa; as pessoas com experiencia de doença mental devem ter a possibilidade de escolher onde

querem viver, trabalhar, estudar e socializar em conjunto com outras pessoas que não tenham experiência de doença mental, para benefício mútuo, (Carling & Palmer, 1999).

A participação das pessoas com doença mental em redes europeias e outras redes internacionais, tem contribuído para autonomia progressiva dos movimentos de utilizadores ou sobreviventes. A emergência de um movimento de pessoa com experiência de doença mental em Portugal, como parte integrante do movimento global nesta área, tem vindo a acontecer em diversos momentos, nomeadamente a participação de utilizadores em seminários, congressos e outros eventos nacionais e internacionais, a organização de reuniões e contactos sistemáticos com líderes ou representantes de diversas organizações, a publicação de um boletim, a contribuição para documentos internacionais como o Green Paper na área da Saúde Mental e o processo de criação de um centro de *Empowerment* e Ajuda-Mútua, aberto para todos os que considerem necessitar do suporte dos seus pares, na área da saúde mental, (Ornelas, 2002).

A partir de uma dinâmica de investigação colaborativa, conseguiu-se identificar resultados concretos da aplicação da Filosofia de *Empowerment*, nomeadamente um maior controlo e responsabilidade sobre as suas próprias vidas, o aumento da participação nos processos de decisão em termos organizacionais, o desempenho de papéis relevantes no suporte aos pares, na consultoria aos serviços prestados por profissionais, pelo que podemos concluir que maior participação e controlo, gera um aumento da consciência crítica, crescimento pessoal e *recovery* (Ornelas 2002).

Programa de Integração Comunitária

Habitação Apoiada

A habitação apoiada pretende dar resposta às necessidades humanas básicas e universais, em termos de um local condigno e privado para viver e de pertença a uma comunidade (Ridgway, 2007). A habitação é um direito fundamental e um elemento essencial para o bem-estar e ajustamento social de todas as pessoas com doença mental e outros grupos em situação de vulnerabilidade social, sendo mesmo uma área determinante, sem a qual todos os outros domínios, como o emprego, a escola, a participação social, poderão ficar comprometidos. A habitação é, alias, uma das principais preocupações das pessoas com doença mental e das suas famílias.

A habitação apoiada é um conceito que combina o acesso a uma habitação própria e permanente com a disponibilidade de um conjunto de serviço de suporte individualizados e flexíveis. Esta abordagem tem como princípios fundamentais a escolha das pessoas em relação ao local onde querem viver e com quem querem viver, o seu controlo sobre o espaço habitacional e sobre os serviços que consideram relevantes (Carling, 1993; 1995) bem como a qualidade da habitação e a sua integração na comunidade (Sylvestre, Nelson, Sabloff & Peddle, 2007).

A falta de recursos económicos constitui uma grande barreira no acesso à habitação (Wilton, 2003), na medida em que as opções habitacionais acessíveis economicamente são escassas (Baxter & Hopper, 1981; Carling, 1984), fazendo com que as pessoas se mantenham institucionalizadas, em situação habitacional precária ou mesmo, por vezes, em situação de sem abrigo. Para além disso, alguns estudos

salientaram a relutância dos senhorios em alugar uma casa a alguém que mencione ter tido uma doença mental (Page, 1983).

Após a desinstitucionalização, a inexistência de um sistema de suporte habitacional que permitisse dar resposta eficaz às necessidades das pessoas com doença mental teve como consequência as sucessivas readmissões e permanência dos hospitais (Geller, 1982; Chafetz & Goldfinger, 1984), a transferência para outras instituições, como por exemplo, os lares para idosos (Carling 1984; Minkoff, 1978), fenómeno também denominado transinstitucionalização (Segal & Aviram, 1978) e o aumento das situações de sem abrigo (Bachrach, 1984). Esta falta de respostas levou a que fossem as famílias o recurso prioritário de suporte e prestação de cuidados (Hatfie, 1982).

Emprego Apoiado

Os primeiros projetos de emprego apoiado surgiram no final da década de 70, nos Estados Unidos da América, quando os profissionais que trabalhavam com pessoas com deficiência mental tomaram consciência de que os serviços existentes não facilitavam a transição para o mercado de trabalho. Esses projetos-piloto, desenvolvidos por algumas universidades como a *Virgínia Commonwealth University*, testaram novas metodologias de integração profissional propondo que as atividades de formação e treino profissional fossem realizadas já no contexto do emprego. Assim o emprego apoiado incluía três componentes básicas: a colocação no mercado de trabalho, a formação no posto de trabalho e o acompanhamento continuado. Os resultados de sucesso, demonstrados por estes projetos, levaram ao estabelecimento, em 1985, de um novo programa de financiamento público, com vista ao desenvolvimento de serviço de emprego apoiado para pessoas com deficiência. Um ano mais tarde, esse programa estendeu-se a outros Estados e passou a incluir também os serviços de emprego apoiado

para pessoas com doença mental. Em poucos anos, o emprego apoiado tornou-se uma opção para muitos milhares de pessoas com deficiência e doença mental, não só nos Estados Unidos como também no Canada, Austrália, Nova Zelândia, Europa, Ásia e América do Sul (Danley & Anthony, 1987).

Para a maioria das pessoas o emprego representa um benefício a nível psicológico e económico, pois para além do acesso a rendimentos que permitem manter um determinado estilo de vida, pode funcionar como uma fonte de contato social e de realização pessoal. O emprego é também uma forma de envolvimento e participação que proporciona oportunidade de inclusão. A importância do emprego tem sido documentada em vários estudos que demonstraram que o desemprego associado a uma variedade de problemas a nível social e mental. O desemprego e os constrangimentos financeiros dele decorrente corroem os sentimentos de domínio sobre a própria vida e de identidade pessoal (Price, Friedland & Vinokur, 1998), aumentam o risco de depressão e de outros problemas de saúde mental (Dooley, Catalano & Wilson, 1994; Kessler, House & Turner, 1988, Vinokur, 1998), enfraquecem as redes de suporte social (Price, 2000; Vinokur, 1998, Price & Caplan, 1996), conduzindo a situação de isolamento e exclusão social.

Para as pessoas com doença mental, o emprego tem sido perspectivado como um fator facilitador não apenas da sua integração na comunidade mas também do seu processo de *Recovery*. O emprego tem sido associado a um sentimento de bem-estar (Laird & Krown, 1991), à redução da sintomatologia psiquiátrica (Bell, Lysaker e Milstein, 1996; Mauser, Becker, Torrey, Xie, Bond, Drake & Dain, 1997), ao aumento do *Empowerment* Pessoal (Rogers, Chamberlin, Ellison & Crean, 1997), ao fortalecimento das redes de suporte social e a um maior envolvimento e participação noutras atividades na comunidade (Bond, Deitzen, McGrew & Miller 1995).

Princípios do Emprego Apoiado

O modelo de emprego apoiado assenta num referencial de direitos humanos, defendendo o direito ao emprego de todas as pessoas, independentemente das suas problemáticas e vulnerabilidades, o direito a trabalhar num local integrado e o acesso a um sistema de suporte continuado que inclua acompanhamento e formação de modo a criar oportunidades reais de inclusão. O funcionamento deste modelo tem por base um conjunto de princípios desenvolvidos a partir da experiência de um vasto número de organizações no terreno (Anthony & Bland, 1987, Beard, Prost & Malamud, 1982, Ornelas, Martins & Duarte, 1991):

- 1- As pessoas com doença mental devem ter a oportunidade de escolher um emprego, tendo em conta as suas aspirações. Este pressuposto implica a necessidade de um grande envolvimento por parte dos profissionais e dos participantes nos programas, na conjugação dos interesses e das competências individuais com as oportunidades do mercado de trabalho que permitam pôr em prática as capacidades individuais.
- 2- O objetivo do Emprego Apoiado deve focalizar-se na identificação dos objetivos, competências e potencialidades das pessoas, baseia-se na convicção de que todas as pessoas têm a capacidade de integração. Isso implica a necessidade da existência de uma fase exploratória, no sentido de se identificarem as preferências e competências individuais no domínio do emprego, bem como a necessidade de aprendizagem de novas competências e as necessidades de suporte.
- 3- O emprego apoiado pressupõe o desenvolvimento de um plano individual de carreira profissional. A escolha e a obtenção de um trabalho é um processo eminentemente individual e, por isso, os participantes não devem ir todos para uma mesma empresa, por conveniência dos suportes disponibilizados, mesmo que as pessoas tenham

interesses laborais semelhantes. O plano individual deve ser estruturado de modo a responder aos objetivos, necessidades, experiência e potencial de cada indivíduo.

4- Os locais de trabalhos selecionados deverão incluir todo o tipo de posto de trabalho, incluindo aqueles que exijam especialização e a possibilidade de progredir na carreira profissional.

5- Deverá garantir-se a igualdade de oportunidade e de tratamento no local de trabalho, pelo que as condições de trabalho (remuneração, férias, segurança social) deverão ser idênticas às dos outros trabalhadores. Tal não significa que não possam ser negociadas adaptações razoáveis, como, por exemplo, a opção de trabalho a *part-time*, que vão de encontro às necessidades individuais e que possibilitem aumentar as possibilidades de manutenção dos postos de trabalho.

6- Deve-se ter a consciência de que o estigma que recai sobre a população doente mental tem um grande impacto na sua aceitação por parte da comunidade, pelo que muitas das pessoas preferem não ser identificadas como tal no seu local de trabalho e a sua privacidade deve ser respeitada.

7- O emprego apoiado baseia-se numa perspetiva de *Empowerment* em que os participantes são encorajados a participarem ativamente e a assumirem a responsabilidade sobre os seus projetos de emprego. Isso implica tomar decisões em termos da escolha do emprego, sobre a revelação às empresas da informação acerca da sua problemática, sobre os serviços de apoio de que necessitam e acerca de quem os providenciará. Também significa ter a oportunidade de participar na procura do emprego, ir a uma entrevista e negociar as condições de trabalho com os empregadores.

8- O apoio dos familiares, sobretudo dos pais, é desejável mas o seu consentimento não é necessário para o prosseguimento de um programa individualizado de emprego apoiado.

9- A intervenção deve focalizar-se nos processos cruciais de integração profissional, em termos do acesso ao emprego (candidatura e negociação com as empresas), na formação em contexto de trabalho e na manutenção, a longo prazo, das situações profissionais.

10- Como toda a gente, as pessoas em emprego apoiado podem desejar mudar de emprego, candidatar-se a uma promoção e procurar oportunidades de formação no percurso da sua carreira. Os programas de emprego apoiado devem providenciar apoio no sentido de possibilitar o acesso a novos empregos ou a progressão dentro da mesma empresa para que as pessoas possam aceder a novas responsabilidades, benefícios e desafios.

Componentes de um Programa de Emprego Apoiado

Discrição dos componentes de um emprego apoiado segundo, Bond, Cook e Jonikas, (2000):

Planeamento da Carreira: o planeamento da carreira envolve a identificação dos resultados pretendidos no emprego, das áreas de interesse profissional, dos talentos pessoais e das qualificações tirando partido das experiências educacionais e laborais anteriores dos participantes.

Procura e Obtenção de Emprego: a pesquisa e o contacto permanente com as empresas, bem como o estabelecimento de parcerias dentro da comunidade empresarial, são atividades cruciais em programa de emprego apoiado, no sentido de manter uma bolsa atualizada de oportunidades de trabalho. Os profissionais devem utilizar uma linguagem de *Empowerment*, focalizada nas potencialidades do candidato e, mesmo que a informação sobre a experiência de doença mental seja revelada à empresa, devem manter a confidencialidade das experiências pessoais das pessoas que não sejam relacionadas com as suas competências educacionais ou profissionais.

Formação em Posto de Trabalho: o emprego apoiado desenvolve uma abordagem de formação em posto de trabalho que permite os participantes adquirir os conhecimentos técnicos e aprender normas profissionais, como a assiduidade, pontualidade e a interação com colegas e supervisores. Os programas de emprego apoiado podem ainda desenvolver ações de formação sobre estratégias de formação, reestruturação de posto de trabalho ou implementação de adaptações razoáveis e apoiar os departamentos de formação e recursos humanos das empresas.

Apoio a Longo Prazo e Defesa Cívica (*Advocacy*): a disponibilidade de suporte ao longo do tempo parecer ter um grande impacto no sucesso da manutenção das situações profissionais. O relacionamento com os colegas, as mudanças nas rotinas e nas tarefas laborais, a formação em novas técnicas, o desenvolvimento da carreira, a satisfação do empregado e do empregador são questões importantes que devem ser acompanhadas a longo prazo, através de contato regulares no local de trabalho, apoio individual fora do horário de trabalho (à hora do almoço ou no final do dia) ou, ainda, através de reuniões conjuntas com outros trabalhadores em emprego apoiado, potenciando ajuda inter pares.

Parcerias Comunitárias: os serviços de emprego apoiado devem promover, na comunidade local, parcerias com diferentes serviços e organizações, de modo a maximizar as oportunidades de inclusão social e profissional das pessoas com experiência de doença mental. (Bond, 1995, Cook & Jonikas, 2000, McGaughey & Mank, 1997).

Estas teorias serviram de base para o cumprimento dos objetivos traçados no estágio, todas as leituras feitas, com material fornecido no local de estágio, à formação em si ajudaram muito na realização do estágio da forma que planejei. Os estudiosos supracitados descrevem à importância da reintegração na sociedade em todos os

sentidos, como profissional e habitacional com objetivo de garantir uma vida com qualidade.

O Papel do Estagiário

O período de observação de estágio na Casa de Saúde da Idanha proporcionou a ocasião de observar intervenções nas diversas áreas, bem como as especificidades e as características de cada uma delas nomeadamente as diferentes equipas em ação num amplo espectro de populações e a intervenção das psicólogas nas várias áreas da Casa de Saúde da Idanha. Mesmo em fase de observação, foi sempre valorizada em relação as minhas opiniões, as dúvidas por mim apresentadas às psicólogas de maneira sucinta, que obtiveram sempre resposta. Tem sido muito enriquecedor como estagiária um aprendizado diário.

O estagiário no serviço de psicologia é formado para que seja autónomo de forma a fazer as intervenções com responsabilidade, aprofundar o trabalho e consolidar a teoria com a prática e desta forma ganhar experiência.

O estagiário também participa nos Seminários, reuniões, atividades de lazer com o objetivo de enriquecer o estágio. Cada momento em que participei foi gratificante a nível pessoal e profissional.

Reuniões de Equipa de Psicologia

Participei nas reuniões de Serviço de Psicologia de forma ativa, onde são partilhadas todas as questões relacionadas com o estágio, se vai de encontro às expectativas, quais são as dificuldades em relação ao contacto com as utentes e as intervenções. É um momento de esclarecimento das dúvidas e de orientação. Esta

reunião acontece na sala de reuniões da Casa de Saúde da Idanha é de carácter quinzenal com a participação das psicólogas e estagiários.

Para além da apresentação de cada unidade em pormenor, também me foi dada a oportunidade de participar em outras reuniões de equipa em que o Serviço de Psicologia estava presente. Desta forma participei das reuniões de equipa da Deficiência Mental, Psiquiatria, Psicogeriatria, dos Cuidados Paliativos e da Reabilitação com o mesmo objetivo. Com a participação nas reuniões tive a oportunidade de conhecer a dinâmica dos Serviços de Psicologia, facilitando a integração no serviço. Ainda nestas reuniões era o momento em que as psicólogas partilhavam as experiências nas suas áreas diversificadas e também aproveitavam para tirar as suas dúvidas.

Reuniões Comunitárias

Tive a oportunidade de participar nas reuniões comunitárias com as utentes das residências na comunidade de apoio moderado (parte do projeto de Reabilitação Psicossocial Laço Verde) e com as utentes das residências intra-hospitalares de apoio máximo (parte do projeto da Deficiência Mental de Reabilitação Psicossocial), onde foi possível observar a intervenção das psicólogas e outros profissionais, a dinâmica do grupo, bem como aprofundar os meus conhecimentos nas respetivas áreas de intervenção e assimilar as técnicas utilizadas. No final de cada reunião foi-me dada oportunidade para sintetizar, fazer perguntas e discutir as questões relevantes.

A aprendizagem tem sido feita diariamente, seja através da observação direta, experiências pontuais e também através da leitura recomendada de algumas bibliografias. Tem sido muito útil e gratificante a possibilidade de observar e ficar a conhecer as diferentes áreas em que o Serviço de Psicologia intervém, é uma experiência muito enriquecedora, graças não só à direção clínica da Casa de Saúde da

Idanha que me proporciona tal privilégio, mas também ao grande esforço por parte da equipa do Serviço de Psicologia, que tem sido incansável neste processo. A equipa de psicologia tem-me acompanhado, encorajado e transmitido o máximo de informação possível, para que a transição do período de observação para o período de intervenção fosse o mais eficaz possível.

Durante o período de estágio devo concordar que a teoria consolidada permite-me afirmar que existe dentro de mim uma energia que me impulsiona que sou capaz de relacionar a prática com o que aprendi a nível académico. Sinto também que a experiência tem transcendido o que aprendi, no sentido em que se aprende tanto observando, vendo as coisas acontecerem em frente aos nossos olhos. Outro facto curioso é que para além de me aperceber das minhas capacidades, também fiquei mais consciente das minhas limitações, o que me permitiu atuar sobre elas, desafiá-las, desconstruí-las, sair da minha zona de conforto, procurar superá-las e crescer a nível profissional e até pessoal, em prol do que me proponho a fazer durante este estágio, isto é, aprender o máximo possível e intervir de forma eficaz e de acordo com os valores e objetivos da Casa de Saúde da Idanha, tendo o utente como o centro e a razão da minha ação. O facto de não me sentir confortável em algumas áreas não tem de ser necessariamente um obstáculo, mas sim uma forma de pesquisar e aprofundar os meus conhecimentos.

Formação

Durante o período de observação participei em quatro formações com os seguintes temas *Bases Biológicas da Experiencia do Tempo*, com o Psiquiatra e diretor clínico da casa de saúde da Idanha, com o tema bastante enriquecedor que abordou o tema sobre a *Ciclicidade e Sincronicidade*, tempo espaço e movimento e a segunda com

o tema *Higiene da vigília do sono* com a psiquiatra e também responsável pelo programa de intervenção na unidade 11/12 da casa de saúde da Idanha. Os temas em questão foram, *O sono normal no idoso, insónia no idoso, consequências da má qualidade de sono no idoso e as abordagens terapêuticas da insónia no idoso*, foi muito interessante mesmo para o nosso dia-a-dia saber gerir o nosso tempo de maneira a descansar as horas necessárias para o nosso bem-estar e garantir o equilíbrio.

Ainda no serviço de Psicomotricidade, participei na formação com o tema *Corpo e Psiquiatria*. Nesta formação abordou-se vários temas como por exemplo segundo Chirpaz (2000), nem coisa, nem instrumento, o meu corpo sou eu no mundo. Referiram algumas patologias ligadas ao corpo como, ansiedade; perturbação de pânico; medo fóbico; perturbação do humor, depressão e distúrbios alimentar.

Segundo Maximiano (2004), o corpo é suporte e veículo da expressão emocional, é o conjunto de memórias, gestos, postura, desejos pessoais, seja de vivência essenciais para a construção da identidade e personalidade.

Participei na palestra ministrada pelo Médico dos Cuidados Paliativos dedicada ao tema *A Dignidade do Doente em Cuidados Paliativos*, à realidade portuguesa, realizada no âmbito da Comemoração do 1º Aniversário da Associação “Afectos pra Vida” no dia 2 de Abril, na Casa de Saúde da Idanha com duração de 1h: 30 min. Entre as várias abordagens citadas o ponto alto foi o respeito pelos utentes.

Casos Clínicos

Farei a descrição neste capítulo de dois casos que acompanhei de forma estruturada durante o período de estágio, como parte integrante do Mestrado em Psicologia Clínica e de Aconselhamento na Casa de Saúde da Idanha.

Descrição do Caso A

Sr. A, foi internado na Unidade de Cuidados Paliativos no dia 10 de Dezembro de 2010 com diagnóstico de Neoplasia do Esófago há cerca de um ano. Viuvo, 55 anos de idade, 5º ano de escolaridade antigo, electrecista de 2ª classe, alcoólatra, fumador compulsivo e autónomo. Tem um filho e um amigo que o trata como padrinho e não tem qualquer contato com os familiares desde o falecimento da sua esposa inclusive com o filho, o ambiente familiar aparentemente desestruturado. Segundo a enfermeira chefe da Unidade dos Cuidados Paliativos o Sr. A, apresentava requisitos para ser internado. Depois do período de adaptação na Unidade o Sr. A, recebeu a visita da psicóloga efetiva e a psicóloga estagiária, apresentamo-nos com a seguinte abordagem: a psicóloga efetiva da Unidade explicou quem eramos e o que vamos fazer, mencionou que apartir daquele momento a psicóloga estagiária iria acompanhar durante o periodo de estágio (mais ou menos nove meses).

Genograma Familiar

Caso A

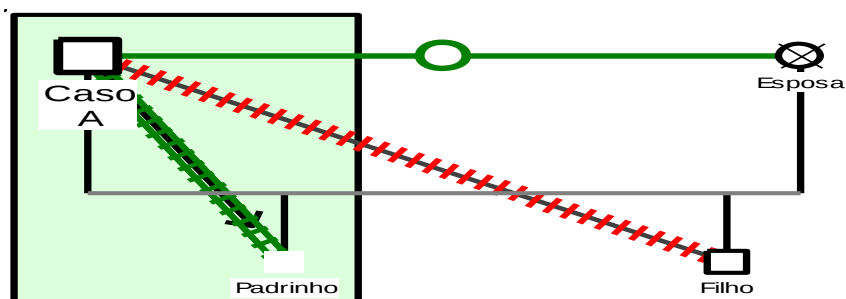


Figura 1

29 de Dezembro

- Psicóloga estagiária: Sr. A se encontra consciente, orientado no tempo e no espaço tem conhecimento do seu diagnóstico clínico contudo menos consciente do seu prognóstico.

Do ponto de vista emocional, aparenta alguma estabilidade, contudo verbaliza episódios de boca seca quando aborda consigo a maior dependência de alguns doentes desta Unidade “ *o medo da morte*” evidenciando sinais defensivos. Refere estar mas integrado na Unidade pelo facto de um dos utentes lhe fazer companhia. Manifesta contudo algum descontentamento pois sente-se pouco ocupado.

Como refere Yalon (1998), a morte origina sentimentos variados como por exemplo o medo, que constitui a principal fonte de ansiedade quando manifestado de forma exagerada.

Plano Intervenção:

- Terapia Ocupacional
- Intervenções psicológicas

Síntese das Sessões de Acompanhamento Psicológico

De 3 de Janeiro a 22 de Julho foram realizadas intervenções psicológica com o Sr. A

De acordo com o utente, consciente das dificuldades da doença que o acompanhe sente-se que está a ser um fardo na vida do padrinho e do pessoal da unidade dos cuidados paliativos. Referiu-se ser uma doença má e que ninguém pode tirar o sofrimento que tem passado nos últimos três anos (Sofrimento da morte da

esposa, do pai e do filho). Durante a intervenção foi valorizado e reforçada o sofrimento do senhor A e informamos que poderá contar com a equipa em todos os momentos uma vez que compreendemos a sua situação, e o nosso objetivo é controlar os sintomas da doença (como a dor, dificuldade em respirar, proporcionar autonomia e deixá-lo confortável). Durante as intervenções psicológicas houve muitos momentos em que o utente encontrava-se com muitas dificuldades (dificuldades relacionadas com a debilitade, apátia, menos comunicativo evitando qualquer contacto). Estes comportamentos estavam relacionados com a morte dos utentes da Unidade, situação que envolvia grande transtorno emocional o que leva a pensar na sua realidade e do outro utente muito próximo a ele deixando-o verbalmente muito agressivo e com o medo da morte.

Posteriormente Foram realizados mais uma entrevista pela psicóloga estagiária, com o intuito de perceber melhor o seu estado emocional, uma vez que tem demonstrado muito mais reservado emocionalmente a psicóloga estagiaria reforçou que compreendemos a sua situação e que juntos vamos tentar encontrar uma melhor solução que vai ao encontro das suas necessidades. Houve alguns momentos de silêncio o Sr. A, informou a psicóloga estagiária sobre o consumo do tabaco que só podia fumar fora da Unidade e não no quarto uma vez que recebeu orientação da Equipa dos Cuidados Paliativos e compreendeu quais são os riscos (danos profundos e colaterais pessoais, familiares e material).

Dando sequência as intervenções psicológicas senhor A, numa situação mais delicada com dores no local do cancro e fraqueza. Neste dia foi ao hospital para realização de alguns exames o que ocasionou algum desconforto anível do esófago dificultando a comunicação, a equipa de enfermagem prestou os devido cuidados ao

senhor A. O esófago é o canal principal da passagem dos alimentos uma vez obstruída causa a dor.

O nosso objectivo primordial é sempre a qualidade de vida dos nossos utentes pode contar sempre com o nosso apoio e sem reservas. Doutora os exames que fiz segundo a doutora da Unidade esta tudo bem fico satisfeita.

Senhor A, participou do Lanche de Convívio, estava muito comunicativo com os familiares e com a equipa e demonstrava bastante satisfação e com muito agrado. Esteve presente na noite de fado foi bom aproveitei todos os momentos e deu para recordar as experiencias vividas nas noites do fado partilhou connosco e diz que vai pra semana a casa do padrinho

Dia 11 de Maio a 22 de Julho

Apesar do estado clínico ter sido agravado o sr. A, aparentemente está mais comunicativo, dinamico, e nota - se ainda que está consciente das dificuldades diarias (a nível da alimentação, magreza e dor), está coeso na relação com grupo o que facilita a tomada de decisão das tarefas do grupo. Ainda durante esse periodo tive o cuidado a preocupação e a necessidade de informar/mencionar para o fim da intervenção terapeutica. Segundo Mourão (2005), a comunicação é um processo dinâmico de partilha, transmissão e de informação que deve ser sincero para que haja relação. O que aconteceu durante todo o processo de intervenção psicologica com o sr A.

Reflexão Final

As intervenções com o senhor A, apresentaram algumas dificuldades porque o Sr. A, vivia cada momento com intensidade como se fosse o último dia da sua vida, mas ao mesmo tempo desejava ouvir algo diferente em relação ao seu quadro clínico, desejo

este que eu não podia satisfazer senão falar a verdade e reforçar que o Sr. A, pode contar com a equipa da unidade.

As intervenções no mês de julho, baseavam-se mais na finalização do meu estágio não houve quebra na relação terapêutica tive o cuidado de manter a mesma postura diante dos utentes, manteve-se o contacto terapêutico. No último dia do acompanhamento psicológico fiz uma análise de tudo que passou e partilhei com o utente, também pedi ao utente que fizesse um balanço da nossa intervenção.

O senhor A, com uma linguagem muito meiga, afável e discreto respondeu que a intervenção psicológica foi muito importante e bom; porque conseguiu falar das coisas que fazia antes e como gostava de fazer, revelando que, partilhou bons e maus momentos da vida aqui na unidade com a presença da doutora que sempre esteve atenta, complacente, meiga e amiga. Desejou-me toda sorte e que tudo corra bem. Fiquei satisfeita por saber que as minhas intervenções foram importantes. Confesso que foi difícil lidar com este caso por ser um utente que apesar da doença demonstrava grande vontade de partilhar em todos os momentos que lhe eram proporcionados pela unidade como por exemplo ir passar o fim de semana em casa do padrinho, participar dos eventos realizados na Casa de Saúde da Idanha como a noite de fados, falar do seu carro preferido no caso era um Mercedes e do Sporting seu clube do coração era um homem de grande Fé em Deus falava que era o seu refúgio, estes momentos foram partilhados com toda a equipa da unidade confesso que não foi fácil.

Descrição do Caso B

Dia 20 de Janeiro a 28 de Julho

Sr. B, internado na Unidade de Cuidados Paliativos no mês de Janeiro, casado tem 72 anos, três filhos duas raparigas e um rapaz (o filho sofre de esquizofrenia e está a ser seguido pelo psiquiatra), deu entrada na unidade com dependência em todas as actividades diárias, passava maior parte do tempo enerte. Aparentemente o ambiente familiar é estruturada.

O cliente aparentava-se consciente, com algumas dificuldades na orientação no tempo e no espaço, emocionalmente muito reservado.

A primeira observação foi feita pela psicóloga estagiária no dia 19 de Janeiro. Durante a observação constatou-se muitas dificuldades devido à presença da esposa no quarto. A esposa manifestava continuamente uma necessidade de expressar de forma a invadir e neutralizando assim a intervenção, não dando espaço para observar de forma positiva o Sr. B.

Genograma Familiar

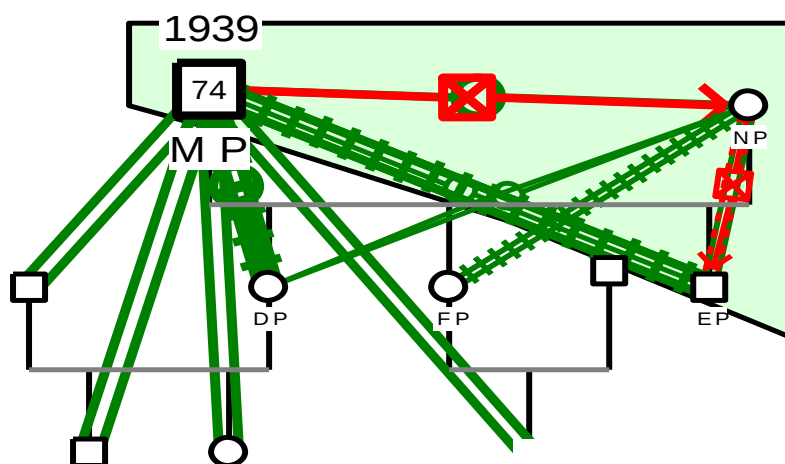


Figura 2

Plano de intervenção

Entrevistar o senhor B na ausência da esposa, aplicar o teste MMSE e conferência com os familiares.

Síntese das Sessões de Acompanhamento Psicológico

No dia 20 de Janeiro de 2011 a Psicóloga estagiária realizou uma entrevista ao senhor B, aparentemente consciente das suas limitações e dependência física. Denotou-se algum conflito interno provocando hostilidade no meio e na intervenção.

De 24 de Janeiro a 28 de Julho a intervenção psicológica com o Sr. B. Foi muito limitada devido ao agravamento do estado clínico. Aparentemente muito debilitado, com pouca capacidade de resposta, demonstra uma atitude muito defensiva quando toca os aspetos emocionais. Nota-se uma comunicação ego distónica uma vez que afirma verbalmente (está tudo bem) e não coincide com o que transmite na comunicação verbal (suspiros/fechar dos olhos). Durante as intervenções o sr. B pediu que não falasse da doença e da morte, aqui pude perceber que o utente estava perante o estado de negação. E segundo a Ross, E (2005) o estado de negação (isso não pode estar acontecer); raiva (porque eu? Não é justo); negociação (me deixe viver apenas até meus filhos crescerem); depressão (estou tão triste) e aceitação (tudo vai acabar bem).

A nossa intervenção psicológica baseava-se praticamente apenas no toque, olhar e muitas vezes sem respostas por parte do senhor B, mas não deixávamos de falar com o senhor B. Com todas as dificuldades nas intervenções psicológicas tive sempre o cuidado de reforçar e trabalhar o estado positivo da auto-estima emocional do sr. B. ler o livro, falar das visitas familiares (filhos e Irmãos) e colocar um CD com a música ambiente e perante esta atitude pôde constatar que o sr B gostava da música. A psicóloga estagiária perguntou o que achava sobre a gala do fado. Ele respondeu que o fado o fazia recordar a infância e a sua juventude porque aos fins de semana na casa dos

pais tinha a casa sempre cheia de amigos e familiares ao som da musica do fado. Como havia uma noite de fado na casa da saude organizada pela associação “afecto prá vida” convidei a participar e ele demonstrou grande satisfação, com um olhar expressivo, proporcionando-lhe algum conforto expressando de forma satisfatória.

Avaliação Cognitiva

Foi aplicado o teste de MMS porque permite aceder à orientação espaço-temporal, memória de evocação, memoria a curto-prazo e capacidade visuo-construtiva. Com a aplicação do teste o utente teve uma pontuação de 19, remetendo para o deficit cognitivo. Desorientado no tempo e no espaço, dificuldade visuo-construtiva e memória de curto termo.

Reflexão Final

O caso do Sr. B, durante este longo período intervenção psicologica, foram momentos muito intensos. Pelo historial da sua vida, onde no momento das intervenções sempre esteve presente o respeito. As intervenções foram feitas de forma planeada e estruturada, e respeitando os limites do Sr. B, e com a equipa dos Cuidados Paliativos incluindo a psicóloga da Unidade dos Cuidados Paliativos. Sempre com objetivo de proporcionar o bem-estar do Sr. B e dos outros utentes. Como profissional também havia um desejo em querer saber se de facto as intervenções estavam ajudar o Sr. B. Uma vez que havia um plano articulado com a equipa e a psicóloga. O Sr. B, várias vezes foi questionado se fazia sentido as intervenções. De forma respeitosa responde, que faz sentido porque nestes momentos podia falar sem ser julgado e acima

de tudo está presente o respeito. Pessoalmente, o Sr. B, em todas as intervenções exigia de mim mais esforço na maneira de intervir e com cuidado, era um homem com poucas palavras e questionava se fazia sentido estar naquela posição imobilizado. Logo cada palavra tinha que ser bem pensada de maneira que a intervenção não o deixasse com dúvida e sim tranquilo.

A fase positiva era a partilha da informação sobre as visitas dos filhos, familiares e amigos e menos positiva da intervenção foi de assistir as delibidades e angústia do senhor B, cada olhar, cada palavra, o toque que transmitia tudo e ao mesmo tempo nada.

A minha impotencia perante o estado clinico porque sofria com ele não podia salva-lo do sofrimento e só podia conforta - lo.

A morte e a doença são factores que obrigam a uma reestruturação do funcionamento, sendo que o luto provoca, na maior parte das vezes, sentimentos depressivos que tendem a desaparecer no prazo de dois anos. Podem surgir, também, perdas de auto-estima e sentimentos de culpa, no entanto, este aparecimento está dependente do apoio prestado pela rede social do idoso (Figueiredo, 2007).

O tema da morte origina sempre sentimentos variados, para Yalon (1980), a morte quando percepcionada de forma apropriada pode promover o enaltecimento da vida. Por outro lado, uma segunda perspectiva mostra que a contracção exagerada no medo da morte, constitui a principal fonte de ansiedade.

Intervenção em grupo

Acompanhamento do grupo de senhoras que tive a oportunidade de orientar em contexto profissional e habitacional. O grupo profissional era composto por dois

momentos, onde no primeiro momento esta presente a psicóloga e a monitora, acontece semanalmente à quarta-feira das 11h:15min, na Polisercoop (Cooperativa de Solidariedade Social), com objetivo de dar apoio nas vivências, partilha de informações e fornecimento de estratégias de intervenções. O segundo momento está presente a psicóloga e as utentes que fazem parte do grupo da lavandaria (7 utentes) é uma reunião semanal, acontece á quarta-feira no horário compreendido entre às 11h:30min e termina 12h:30min na Polisercoop. O objetivo desta reunião, é ajustar comportamentos desadequados, partilha de informação, resolução de problemas, trabalhar a relação interpessoal a nível profissional e promover expressão das emoções em relação às atividades e gestão a nível dos conflitos.

As reuniões comunitárias da residência girassol, designadamente com a presença das coordenadoras do Projeto, (a psicóloga e a assistente social), auxiliar da residência e as utentes que fazem parte da residência. A reunião acontece semanalmente á quarta-feira, das 14h:15min termina às 15h:15min na residência supracitada. Com objetivo de adequação de comportamento, apoio na gestão de conflitos, fornecimento de estratégias de intervenção, partilha de informação, promoção de expressão das emoções, resolução de problemas e trabalhar relações interpessoais.

Esta experiencia de orientar este grupo como psicóloga estagiaria, foi muito marcante porque recebi boa orientação através da psicóloga efetiva e responsável pelos grupos, durante mais ou menos duas semanas e depois comecei a fazer as reuniões como psicóloga estagiaria sob o olhar da psicóloga efetiva. No momento das reuniões, houve empatia do grupo e da minha parte, conseguimos em conjunto uma relação empática e de responsabilidade, havia utentes com comportamento desadequado como por exemplo chegar tarde, interromper as colegas. Foi difícil nas primeiras semanas mais depois conseguimos manter o grupo organizado, evitar atrasos, não interromper e

a última palavra é da psicóloga. Refletindo tudo que aprendi de forma teórica ajudou-me muito e com certeza as orientadoras fizeram o seu melhor e correu da melhor maneira possível.

Outras Atividades

Durante o período de estágio participei em outras atividades organizadas pela Unidade Cuidados Paliativos. Participei assiduamente nos Lanches de Convívios organizado pela Associação Afectos pra Vida. Esta associação é formada pela psicóloga da Unidade dos Cuidados Paliativos em conjunto com outros membros. Alguns membros da associação com experiencia de familiares que passaram pela Unidade de Cuidados Paliativos. Tem como objetivo, juntar utentes da Unidade, familiares dos utentes e visitantes, membros da associação e a equipa da Unidade com fim de partilhar os momentos vividos com os familiares dos utentes, no luto e no pós luto. Como conseguiram passar por este momento difícil que muitas vezes parece interminável. É um momento de partilha onde fala-se das vivências, contar piadas, cantar e durante a conversa serve-se o lanche. Também faço parte desta associação, iniciativa muito criativa e muitos utentes e familiares tiram proveito das experiencias passadas de quem conta e que neste momento consegue levar carinho para quem precisa.

No meu ponto de vista é de louvar quem teve esta iniciativa, porque eu participei varias vezes e faço parte também da mesma Associação. Em vários momentos esposas dos utentes, utentes e familiares que por muitas vezes não mostravam vontade de la estarem mas depois interessavam-se e abordavam que foi importante este momento de partilha. Esposas trocavam ideias, contavam as experiencias e conseguiam no fim

esboçar um sorriso. Também tive a oportunidade de partilhar as minhas experiencia enquanto estagiária da Unidade. Foi mesmo um privilégio.

Avaliação do Estágio Experiencia no Geral e Dificuldades Sentidas

A realização do estágio na Casa de Saúde da Idanha em contexto de Mestrado a escolha foi proveitosa. O local apresenta qualidades que um profissional de início de carreira necessita para entrar no mercado. Devo mencionar o meu primeiro dia de estágio que foi conhecer o funcionamento da Casa de Saúde da Idanha, como funciona o trabalho da equipa de psicologia, as áreas em que atuam, como funcionam, quais as metas e objetivos. Esta experiencia apesar de sentir um frio na barriga foi muito interessante. A informação foi bem passada com espaço para poder perguntar e tirar as dúvidas. Depois de conhecer a instituição e o funcionamento da equipa de psicologia, que trabalham em áreas como, Psicogeriatria, Reabilitação, Cuidados Paliativos e Deficiência Mental. Devo dizer que todas as áreas são interessantes mas por uma questão de horário de formas a cumpri-lo com responsabilidade, fui integrada na Unidade de Cuidados Paliativos e Deficiência Mental. Trabalhar com estas duas equipas, foi uma grande aprendizagem em vários níveis, mencionando (postura, emoções, respeito, saber ouvir e falar menos).

Tive algumas dificuldades como por exemplo lidar com o grupo de senhoras que acompanhava na lavandaria. Havia dias difíceis em que o comportamento desajustado de uma acabava por influenciar o grupo, da minha parte tinha que me conter e saber respeitar o que elas falavam uma vez que o objetivo era sempre o grupo. E como profissional tinha que encontrar uma maneira de manter o grupo até o fim do acompanhamento.

Nos Cuidados Paliativos, também tive algumas dificuldades de forma diferente, porque sou enfermeira então já trazia comigo algumas defesas mas devo dizer que os contextos são muito diferentes. Uma das coisas que mexia comigo eram os familiares dos utentes que às vezes queriam ouvir uma palavra de esperança em relação ao estado clínico, mas o profissional jamais pode fantasia-los com falsas notícias e sim falar sempre a verdade e com respeito da dor daquele familiar. Confesso que muitas das vezes não encontrava palavras para o confortar tentava apenas com toque e troca de olhar. As vezes nem isso funcionava e eu questionava a mim própria e clamava para o meu Deus o que fazer.

Conclusão

Durante o período de estágio, devo concluir que fazer este estágio na Casa de Saúde da Idanha, foi uma surpresa apesar de que a escolha ser por indicação de uma colega do Mestrado, uma vez que não conheço a realidade do país de forma pormenorizada.

Primeiramente depois de ir até ao local do estágio fui bem recebida pela orientadora, acertamos o dia para reunir com a equipa de psicólogas da Instituição. Chegou o dia de conhecer como funciona a Casa de Saúde da Idanha e acabei por ficar na Unidade de Cuidados Paliativos e na Deficiência Mental.

Na Casa de Saúde da Idanha, existem alguns pontos que devem ser ressaltados como, o respeito pela pessoa, especial dedicação aos que mais sofrem, defesa dos direitos e preparação a nível científico. Também é importante frisar que os doentes são o centro do Projeto Hospitalareiro e o tratamento de forma abrangente é o principal objetivo.

Durante o tempo que fiquei a estagiar acompanhei o funcionamento das Unidades, devo concluir que é gratificante. Primeiramente o objetivo é o paciente, em seguida a reintegração social é um ponto importante, trabalham com população frágil que na sua maioria é desprezada e na casa de saúde são tratados com respeito e dignidade. O atendimento é de forma abrangente. Os familiares acompanham, todo o procedimento é um dos pontos fortes da Casa de Saúde Idanha. Existem atividades de lazer que permitem as utentes usufruir da melhor maneira possível.

Devo concluir que o meu estágio foi positivo, tive uma participação abrangente e acima de tudo não me senti excluída e sim era como se fizesse parte do grupo efetivo.

Referencias Bibliográficas

- Associação Nacional de Cuidados Paliativos (2006)
- Barbosa, A & Neto I (2006). *Manual de Cuidados Paliativos*
- European Association for Palliative Care (onlus) (2004)
- <http://www.theoncologist.com/cgi/content/full/5/4/302>
- Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus, Identidade e Missão (2008)
- Ornelas, J. (1997). *Análise Psicológica*. Psicologia Comunitária. Origens, Fundamentos e áreas de Intervenção.
- Ornela, J. (2007). *Análise Psicológica Psicologia Comunitária*. Contributos para o desenvolvimento de serviço de base comunitário para pessoas com doença mental.
- Organização de Serviços em Cuidados Paliativos, (2004)
- Programa Nacional de Cuidados Paliativos (2004)
- Perreira, M. (2008). *Comunicação de Más Notícias Em Saúde e Gestão do Luto*
- Programa Nacional de Cuidados Paliativos, Despacho Ministerial de 15-06-2004
- Petterson, L.E. & Eisenberg, S. (2003) O processo de aconselhamento. 3ªEd. (M. Alonso, Trad.) São Paulo: Martins Fontes
- Ross, E. (2005). *Sobre a Morte eo Morrer*
- Sanders, C. (1999). *Grief the Mourning After. Dealing With Adult Bereavement*
- Straus, E., Sherman, E., & Spreen, O. (2006) *A compendium of neuropsychological tests: administration, norms and commentary*. Oxford: Oxford University Press
- The Oncologist (2007)
- Twycross, R. (2003). *Cuidados Paliativos*, Climepsi editores
- Twycross, R. (2003). *Cuidados Paliativos*, 2ª Ed. Climepsi editores

Unger, K. (1990). *Análise Psicológica. Reabilitação Psiquiátrica. Filosofia, princípios e investigação.*

Worden, J. (2006). *Grief Counselling and Grif Therapy. A Handbook for the Mental Health Practitioner*

Anexos

Conteúdo

Índice	3
Introdução	6
Contextualização do Local do Estágio	8
Objetivos.....	9
Intervenção das Irmãs Hospitaleiras em Portugal	9
Estrutura Organizacional	11
Inserção na Comunidade	11
O Papel do Psicólogo na Instituição	12
Serviço de Psicogeriatria	13
Serviço da Deficiência Mental	14
Serviço de Reabilitação	16
Serviço de Cuidados Paliativos	18
Enquadramento Teórico dos Cuidados Paliativos	20
Filosofia dos Cuidados Paliativos	20
Áreas de Intervenção dos Cuidados Paliativos.....	22
Comunicação em cuidados paliativos	22
Transmissão de más notícias.	23
A Conspiração do silêncio.....	25
O Apoio à Família	26
Apoio no luto.....	27
Psicoterapias	29

A Relação de Ajuda.....	29
Princípio da Tendência Atualizante e o Princípio da Confiança na Auto-Organização..	30
Condições Necessária Para Que Haja Uma Mudança Teraputica	31
Terapias psicodinâmicas e interpessoais	33
Avaliação Psicológica.....	35
Mini Mental State	35
Deficiência Mental e a Psicologia Comunitária	36
Integração Comunitária de Pessoas Com Experiencia de Doença Mental.....	37
Programa de Integração Comunitária	39
Habitação Apoiada	39
Emprego Apoiado.....	40
Princípios do Emprego Apoiado.....	42
Componentes de um Programa de Emprego Apoiado.....	44
O Papel do Estagiário	46
Reuniões de Equipa de Psicologia.....	46
Reuniões Comunitárias.....	47
Formação	48
Casos Clínicos	49
Descrição do Caso A	50
Plano Intervenção:	51
Reflexão Final	53
Discrição do Caso B	54
Plano de intervenção.....	56

Avaliação Cognitiva	57
Reflexão Final	57
Intervenção em grupo	58
Outras Atividades	60
Avaliação do Estagio Experiencia no Geral e Dificuldades Sentidas	61
Conclusão	62
Referencias Bibliográficas.....	64
Anexos.....	66