

2º ANO - PSICOLOGIA CLÍNICA E DO ACONSELHAMENTO

Relatório de Estágio Curricular

Clínica Psiquiátrica de São José

Rute Vanessa Sá Braz Sena – N° 20101163

ORIENTADORAS DE SEMINÁRIO DE ESTÁGIO – Professora Doutora Odete Nunes

Universidade Autónoma de Lisboa

Professora Doutora Mónica Pires

Dra. Cláudia Castro

ORIENTADOR DE RELATÓRIO DE ESTÁGIO – Professor Doutor José Paz

Universidade Autónoma de Lisboa

ORIENTADOR DE ESTÁGIO – Dr. Jaime Grácio

Clínica Psiquiátrica de São José

DEDICATÓRIA

À minha filha Nair Ferreira por estar sempre presente e atenta à minha evolução e adaptação enquanto mãe, e pela paciência e compreensão que sempre demonstrou.

AGRADECIMENTOS

Ao finalizar este trabalho, não posso deixar de demonstrar um sincero agradecimento às pessoas que de certa forma contribuíram para a elaboração e concretização deste trabalho. Assim os meus agradecimentos vão para:

- Os meus Docentes e Orientadores de estágio, Professora Doutora Odete Nunes, Professora Doutora Mónica Pires, Dra. Cláudia Castro e Professor Doutor José Paz pelo seu constante apoio e disponibilidade demonstrada, assim como pelas suas orientações e ensinamentos preciosos para a minha formação técnica e profissional. Sem eles não seria possível chegarmos até aqui. Foi graças à sua experiência que podemos clarificar as nossas dúvidas e incertezas durante todo o estágio, também por nos proporcionarem as condições necessárias para a realização do relatório.

- O meu Orientador da Instituição, Clínica Psiquiátrica de São José, Dr. Jaime Grácio pelo seu acolhimento prestado e pela oportunidade e rica experiência laboral que me proporcionou.

- Os meus colegas de curso Liliana Marreiro e Nuno Morais, familiares e amigos que me incentivaram e apoiaram durante toda a realização do trabalho.

- Os colegas de mestrado em Psicologia Clínica e Aconselhamento, que com a exposição das experiências vividas durante o estágio e de cada caso que acompanharam, fizeram-nos ver diferentes perspetivas de um mesmo tema e aprender algo com isso

Um Bem-Haja a todos!

RESUMO¹

O presente relatório tem como objetivo apresentar as atividades desenvolvidas durante o estágio curricular, realizado na Clínica Psiquiátrica de São José, no âmbito do Mestrado Profissionalizante em Psicologia Clínica e do Aconselhamento. Procurou-se com este trabalho transmitir as experiências vividas, assim como as aprendizagens adquiridas e as competências desenvolvidas durante o estágio. No relatório serão descritas as problemáticas com as quais mais contactámos, entre as quais se incluem a depressão e a perturbação obsessiva-compulsiva. Descrevemos as atividades diretas e indiretas realizadas no estágio. Nas atividades diretas são relatados dois casos de acompanhamento psicológico num dos quais se incluem a descrição do caso, síntese das sessões e uma avaliação psicológica. A outra atividade direta consiste numa técnica chamada “ sistema de economia de fichas”, que foi realizada com utentes com deficiência mental ligeira a moderada, que se encontram internados numa das unidades da clínica. Nas atividades indiretas descrevemos as atividades nas quais houve observação e participação indireta, que contribuíram para um maior conhecimento de algumas técnicas de intervenção junto de utentes com doença mental. No final do trabalho são apresentadas as avaliações psicológicas realizadas com alguns utentes do género sexual feminino da unidade 7 da Clínica Psiquiátrica de São José.

Palavras - Chave: Depressão, Perturbação Obsessivo-Compulsiva, Psicólogo Clínico, Deficiência mental

¹ Este relatório segue as normas do novo acordo ortográfico e as normas da 6ª Edição da APA (American Psychological Association, 2010)

ABSTRACT

This report aims to present the activities developed during the internship, held at the psychiatric clinic of São José, under the Professional master's in clinical psychology and counselling. Sought to be with this job stream experiences, as well as learning acquired and the skills developed during the internship. The report will be describe the problems of depression and disturbance, obsessive compulsive disorder. Describe the direct and indirect activities performed on stage. Direct activities will be reported in two cases of psychological follow-up in one of which includes the description of the case, summary of sessions and a psychological evaluation. The other activity consists of a technique called chip economy system, which was held with users with mild to moderate mental disability, who are hospitalized in one of the units of the clinic. On indirect activities, we observe and participate even if it is indirectly, but who contributed in a way for a greater knowledge of some intervention techniques for people with mental illness. At the end of the work will be also presented the psychological evaluations performed with some road (feminine gender) unit 7.

Key - words: Depression, Obsessive Compulsive Disorder, Clinical Psychologist, Mental Handicap

ÍNDICE

Dedicatória	III
Agradecimentos	IV
Resumo	V
Abstract	VI
Índice	VII
Índice de quadros	IX
Índice de anexos	X
Introdução	10
Parte I - Contextualização do local de estágio	12
Capítulo I - Caracterização da Instituição	13
1.1. Caracterização da Clínica Psiquiátrica de São José	13
1.2. Papel do psicólogo clínico	15
1.3. Papel do psicólogo na CPSJ	15
Capítulo II - Descrição do projeto de estágio	18
Parte II - Enquadramento teórico	23
Capítulo III - Problemáticas CPSJ	24
3.1. Problemáticas mais comuns no contexto da CPSJ	24
3.2. Perturbações prevalentes nos casos clínicos acompanhados durante o estágio	29
3.2.1. Depressão	29
3.2.2. Perturbação Obsessivo - Compulsiva	42
Capítulo IV - Intervenção	54
4.1. Entrevista Clínica	54
4.2. Observação	55
4.3. Avaliação Psicológica	56
4.4. Acompanhamento/ Aconselhamento Psicológico	58
Parte III - Enquadramento Prático	60
Capítulo V - Plano de estágio	61

5.1. Plano de estágio de atividades	61
Capítulo VI - Atividades desenvolvidas ao longo do estágio	66
6.1. Atividades indiretas	66
6.2. Atividades diretas	72
6.2.1. Casos clínicos de acompanhamento	72
6.2.2. Avaliações Psicológicas de utentes da unidade 7	111
6.2.3. Atividade de sistema de economia de fichas do grupo “caminhar”	114
Parte VII - Conclusão	126
Referências Bibliográficas	125
Anexos	145

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Cronograma do estágio curricular	9
Quadro 2 - Sub-tipos da esquizofrenia do DSM- IV	13
Quadro 3 - Atividades realizadas no estágio	44

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo I - Descrição da atividade “ sistema de economia de fichas”

Anexo II - Guião de entrevista semi-estruturada

Anexo III - Genograma familiar de N.

Anexo IV- Sessões de acompanhamento psicológico dos casos de N. e M.

Anexo V - Relatórios de avaliação psicológica das utentes da unidade 7

INTRODUÇÃO

O presente relatório foi desenvolvido no âmbito do estágio curricular para obtenção do grau de mestre em Psicologia Clínica e do Aconselhamento, pela Universidade Autónoma de Lisboa. A sua duração foi de 500 horas, tendo iniciado a 14 de Dezembro de 2011 e terminado a 12 de Julho de 2012.

Este relatório tem como finalidade descrever as atividades desenvolvidas ao longo do estágio curricular. O estágio teve como intuito a aquisição de conhecimentos pelo desenvolvimento de competências que permitam avaliar, acompanhar e intervir junto de pessoas portadoras de doença mental e/ou deficiência mental assim como com os seus familiares.

O relatório encontra-se dividido em três partes, que estão repartidas em sete capítulos. Começa-se com uma introdução geral e termina-se com as considerações finais. Na primeira parte do relatório são apresentadas as informações relativas à contextualização do local de estágio, como a caracterização da Instituição, projeto, objetivos gerais e específicos, cronograma e o papel do psicólogo. No segundo capítulo é apresentado o enquadramento teórico, onde são abordadas de um modo geral as problemáticas mais comuns da população que frequenta a Instituição, e mais especificamente as problemáticas presentes nos casos acompanhados na Instituição. No capítulo quatro e cinco encontram-se informações sobre os vários tipos de intervenção aplicados nos diversos contextos da Instituição. A terceira parte diz respeito à componente prática do estágio. Nos capítulos seis e sete, são apresentados o plano de estágio e as atividades (diretas e indiretas) desenvolvidas durante esse período. São ainda descritos os dois casos clínicos acompanhados, assim como as avaliações psicológicas e o processo

de acompanhamento psicológico. Por fim, é feita uma reflexão final sobre todo o trajeto percorrido ao longo do estágio, abordando-se as aprendizagens e dificuldades sentidas.

PARTE I

CONTEXTUALIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

CAPÍTULO I

Caracterização da Instituição

1.1. Caracterização da Clínica Psiquiátrica de São José

O estágio curricular foi realizado na Clínica Psiquiátrica de São José de agora em diante denominada pelas siglas CPSJ, entre 14 de Dezembro de 2011 e 12 de Julho de 2012, com sede em Telheiras, concelho de Lisboa.

A CPSJ pertence a um dos doze centros do Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus, Instituição Particular de Solidariedade Social (Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus [IHSCJ], s.d.). A Congregação das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus foi fundada a 31 de Maio de 1881 em Ciempozuelos - Madrid (Espanha), tendo como impulsionadores S. Bento Menni, Maria Josefa Récio e Maria Angústias Gímenez (Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus [IHSCJ], 2006). Ao longo de mais de um século a presença da Congregação no mundo tem vindo a expandir-se encontrando-se hoje em vinte cinco países. Em Portugal existe desde 1894, realizando a sua missão em doze estabelecimentos de saúde, dos quais oito situam-se no Continente e quatro nas Ilhas Autónomas. As suas principais áreas de intervenção são a psiquiatria, a psicogeriatría, deficiência mental, psicopedagogia, dependência e reabilitação psicossocial (IHSCJ, 2006). A sua missão consiste no acolhimento, na assistência e na prestação de cuidados de saúde a pessoas portadoras de doença mental, deficiência mental e outros doentes (IHSCJ, s.d.). Na sua área de atuação privilegia o cuidado à população feminina e à população mais pobre e desfavorecida. Seguindo uma linha de pensamento de saúde global articulada nas diversas fases de prevenção (primária, secundária e terciária), o modelo assistencial humanista-cristã

procura contemplar e articular as várias dimensões biopsicossocial, espiritual, ética e relacional da pessoa (IHSCJ, 2006).

A CPSJ constitui um dos doze estabelecimentos fundados em Portugal pela Congregação, que por sua vez foi fundada em 1956. Em Maio de 1995 foram inauguradas as novas instalações que se localizam em Telheiras-Lisboa. A missão da CPSJ em específico visa a assistência a pessoas portadoras de doença mental e deficiência mental, nos âmbitos da prevenção e promoção da saúde, tratamento, reabilitação e reinserção. A CPSJ tem uma capacidade para 190 doentes (camas) que são distribuídas em sete unidades de internamento dando resposta a nível de doentes psiquiátricos agudos, em regime de internamento de curto a médio prazo, doentes de evolução prolongada, psicogeriatría, doentes portadores de deficiência mental e processos de recuperação psicossocial (IHSCJ, s.d.). Tem ainda um serviço de ambulatório com consulta externa de Psiquiatria, Psicologia Clínica e Gerontopsiquiatria, e uma área de dia no Programa Integrado de Recuperação Psicossocial. Para responder melhor às necessidades dos utentes e intervir mais eficazmente, a Instituição trabalha com uma equipa interdisciplinar constituída por médicos, enfermeiros, higienista oral, psicólogos, assistente social, assistente espiritual, terapeutas ocupacionais, fisioterapia, técnico de psicomotricidade e atividade motora adaptada, monitores de reabilitação e outros profissionais permitindo assim proporcionar um acompanhamento integral às pessoas assistidas (Clínica Psiquiátrica de São José, 2011).

A maioria das atividades desenvolvidas durante o estágio realizaram-se na unidade 3, local onde está implementado um programa de recuperação psicossocial para pessoas com doença mental, que funciona na unidade de cuidados integrados (UCI) e na unidade 7 da Instituição que hospitaliza pessoas com debilidade mental, leve a moderada, em regime de longo internamento.

1.2. Papel do psicólogo clínico

A psicologia clínica é uma área da psicologia que se foca na avaliação, no diagnóstico e no tratamento de perturbações psicológicas e comportamentais (Brito, 2008). De acordo com Marques (1994, citado por Brito, 2008) é neste âmbito que o psicólogo clínico atua, sendo para isso necessário uma formação teórica, técnica, metodológica e de investigação que lhe permita desenvolver as competências necessárias para o exercício da sua profissão. De acordo com Neto (2004, citado por Rabelo, Fernandes, Rodrigues & Louback, s.d.), o exercício profissional atual do psicólogo tem vindo a sofrer mudanças. Atualmente, o foco do exercício profissional passou dum trabalho individual, para um trabalho multidisciplinar e uma maior expansão dos contextos práticos. Estas alterações nos contextos de trabalho e a prática multidisciplinar permitiram ao psicólogo um novo olhar sobre as possibilidades e limitações no exercício da psicologia. Face a estas alterações contextuais, há uma maior necessidade do profissional em responder não apenas de forma técnica, mas com uma visão mais integral, flexível e reconstrutiva da sua prática. *“Por isso uma formação em psicologia que vise o perfil de um profissional meramente técnico, capaz de responder adequadamente a diversos tipos de demanda, deve ser vista com reservas. A flexibilidade para atender indiscriminadamente às demandas deve ser observada com cautela. (...) Uma atuação que não toma a demanda como objeto de um trabalho crítico, presta um desserviço a psicologia como profissão”* (Neto, 2004, citado por Rabelo, Fernandes, Rodrigues & Louback, s.d., pág. 2).

1.3. Papel do Psicólogo na CPSJ

O trabalho do psicólogo na CPSJ insere-se no âmbito da psicologia clínica e comunitária. A sua atuação tem um carácter individual e social. Representa um dos elementos da equipa multidisciplinar da Instituição tendo como principais objetivos: avaliar, acompanhar e intervir junto de utentes portadores de doença e deficiência mental

e também junto dos seus familiares. O seu papel passa por ir de encontro às necessidades e motivações do doente, em conjunto com a equipa que trabalha na unidade. Assim, as suas funções enquadram atividades desde o acolhimento de novos utentes, de modo a possibilitar uma boa integração dos mesmos dentro do grupo, informar o utente e a família sobre a estrutura e a dinâmica de funcionamento da Instituição e do serviço. Relativamente ao trabalho desenvolvido no âmbito da intervenção multidisciplinar e comunitária tem funções em atividades nos grupos psicoeducativos, grupos de treino de aptidões sociais, (atividades essas que procuram promover a socialização, a autonomia e o desenvolvimento pessoal dos participantes, impulsionando assim maiores níveis de estabilidade e qualidade de vida) e em grupos de trabalho que promovem/ trabalham estratégias de gestão de conflitos (que consiste em atividades realizadas pelo psicólogo em conjunto com os utentes e os outros elementos da equipa de serviço e que tem como principal objetivo encontrar estratégias e soluções que permitam um melhor funcionamento da unidade). Para além de participar nos programas de reabilitação e de cuidados integrados na UCI, exerce também outras funções como o atendimento em consultas externas da CPSJ, fazendo um acompanhamento psicológico dos utentes em regime ambulatorio e dos utentes que se encontram em regime de internamento, a participação nas reuniões de equipa semanais e mensais onde cada profissional transmite informações relevantes sobre o estado clínico de determinado utente, a sua evolução, conduta, entre outros aspetos importantes, para assim dar uma melhor resposta às necessidades de cada utente, a realização de atividades que possibilitam o desenvolvimento de relacionamento interpessoal, com grupos de utentes de outras unidades (por exemplo: utentes com deficiência mental ligeira a moderada, com esquizofrenia), atividades de reabilitação cognitiva (Rehacom) ², o acolhimento e

² Programa de estimulação e reabilitação cognitiva

orientação dos estagiários durante os seus estágios curriculares na CPSJ, a participação e colaboração na criação de novos projetos de investigação e a organização com o apoio dos estagiários, das jornadas de Psicologia que se realizam anualmente na Instituição.³

³Informação recolhida durante a integração na instituição pelo Orientador Dr. Jaime Grácio.

CAPÍTULO II

Descrição do projeto de estágio

Neste capítulo começa-se por apresentar o projeto de estágio, os seus objetivos gerais e específicos. De seguida, apresenta-se o cronograma das atividades desenvolvidas.

1. Apresentação do projeto de estágio – Objetivos Gerais

O estágio curricular realizou-se na Clínica Psiquiátrica de São José (Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração) e foi orientado pelo Dr. Jaime Grácio (Psicólogo Clínico). Os objetivos gerais do estágio foram:

- Adquirir conhecimentos e habilidades fundamentais para a prática da psicologia clínica;
- Compreender e pôr em prática aspetos relacionados com ética e prática profissional;
- Conhecer a organização, política e funcionamento da Instituição onde foi realizado o estágio;
- Realizar consultas de avaliação e intervenção psicológica de dois pacientes adultos com psicopatologia;
- Adquirir conhecimentos sobre o funcionamento da UCI (unidade de cuidados integrados);
- Implementar e desenvolver aptidões sociais (através do treino de aptidões sociais) em pacientes com debilidade mental leve e moderada que se encontravam em regime de internamento prolongado.

- Implementar o RehaCom- Programa de estimulação e reabilitação cognitiva de pacientes com psicopatologia grave (exemplo: a esquizofrenia)
- Trabalhar com o Grupo Psicoeducativo-Psicoeducação

2. Apresentação do projeto de Estágio – Objetivos Específicos

Relativamente aos objetivos específicos optou-se por apresenta-los em termos de áreas de atuação. Assim, apresentam-se os objetivos específicos no âmbito da experiência na consulta de avaliação e intervenção psicológica. Seguem-se os objetivos específicos para as atividades desenvolvidas com o grupo “Caminhar”, grupo de utentes com debilidade mental da unidade 7, posteriormente apresentam-se os objetivos particulares para as atividades relacionadas com o programa RehaCom e por último os definidos para as atividades com o grupo psicoeducativo (unidade 3).

a. Avaliação e Intervenção Psicológica:

No âmbito da avaliação e intervenção psicológica a experiência clínica foi realizada com duas utentes pacientes encaminhadas pelos respetivos médicos psiquiatras que as acompanham.

Para a consulta de avaliação psicológica os recursos utilizados para apoio ao diagnóstico foram a entrevista clínica, um teste de avaliação de personalidade, (Inventário Clínico Multiaxial de Millon) e um teste de avaliação da inteligência (fator “g” de Cattell). Neste contexto teve-se a oportunidade de contactar com a prática destas técnicas e instrumentos de diagnóstico e assim, adquirir experiência na sua aplicação.

A consulta de intervenção psicológica decorreu em contexto de supervisão clínica. Ao longo do estágio realizaram-se paralelamente às consultas de intervenção psicológica supervisionadas, discussões dos casos em supervisão clínica para melhorar a compreensão de situações ou esclarecer dúvidas que surgiram ao longo do

acompanhamento. Esta experiência clínica teve como objetivos específicos desenvolver competências no âmbito do diagnóstico clínico, da intervenção psicológica e prognóstico dos casos acompanhados durante o estágio e sobretudo, experienciar e pôr em prática a constituição da aliança terapêutica com os pacientes, visando a criação de um espaço que possibilitasse a expressão de sentimentos e angústias assim como desmistificação de fantasias e determinados preconceitos. As consultas de intervenção psicológica ocorreram com uma frequência de duas vezes por semana (quartas e quintas-feiras).

b. Atividades Grupo “Caminhar”

Nas atividades com o grupo “Caminhar” os objetivos focaram-se sobretudo no trabalho com uma população de pacientes com debilidade mental ligeira a moderada. Esta atividade decorreu com a frequência de uma vez por semana (quintas-feiras) e os objetivos específicos nestes âmbitos focaram-se sobretudo no desenvolvimento da capacidade para avaliar as relações interpessoais dos elementos do grupo, implementar e desenvolver estratégias de gestão de conflitos, desenvolver aptidões sociais e promover um melhor relacionamento interpessoal através de um treino específico e estruturado - Treino de aptidões sociais; adquirir competências e conhecimentos na implementação de um sistema de economia de fichas com o objetivo de promover comportamentos socialmente adequados e/ou controlo/ eliminação de comportamentos pouco adequados socialmente.

c. Programa de Estimulação e Reabilitação Cognitiva - RehaCom

Nas atividades no âmbito do RehaCom - Programa de estimulação e reabilitação cognitiva o foco centrou-se no trabalho com uma população adulta com psicopatologia grave (esquizofrenia, depressão profunda). Os objetivos específicos da experiência neste contexto concentraram-se particularmente na aquisição de competências para

Supervisão	x	x	x	x	x	x	x	x		
Revisão Bibliográfica		x	x	x	x	x	x	x		
Planificação do Projeto de Estágio			x							
Elaboração do Relatório									x	x
Relatório final										x

Quadro 1 – Cronograma do Estágio Curricular

Após a contextualização da Instituição, o delineamento do cronograma do projeto e o papel do psicólogo clínico a nível geral e na CPSJ, passamos a apresentar o capítulo III da Parte II que corresponde ao enquadramento teórico, e onde são descritas as problemáticas que são alvo de avaliação e intervenção na CPSJ.

PARTE II
ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO III

Problemáticas CPSJ

Introdução

Neste capítulo pretende-se apresentar uma síntese de algumas problemáticas presentes na instituição, tais como: a distímia, a esquizofrenia e a debilidade mental (CPSJ, 2011). Durante o estágio houve contato com diferentes problemáticas, desde as perturbações do humor às perturbações da personalidade, demência, deficiência mental, perturbações psicóticas como a esquizofrenia. Porém, dada a enorme variedade de perturbações e problemáticas prevalentes neste contexto, considerou-se apenas algumas problemáticas. Para organizar este capítulo, optou-se por abordar inicialmente e de uma forma resumida, as problemáticas escolhidas e em seguida apresentar um estudo mais específico sobre as problemáticas mais pertinentes para a contextualização do trabalho, as quais se teve maior contato nos casos acompanhados em supervisão clínica - a depressão e a perturbação obsessiva compulsiva (POC).

3.1. Problemáticas mais comuns no contexto da CPSJ

Para não se tornar uma revisão literária exaustiva nem demasiado simplista, tentou-se focar os aspetos comuns considerados mais relevantes por diferentes autores.

Começa-se por apresentar uma descrição do conceito de distímia, seguindo-se uma síntese acerca da esquizofrenia e debilidade mental.

Esclarecer também que durante as observações nas atividades e nos acompanhamentos individuais, verificou-se que alguns dos utentes, apresentavam sintomas consequentes de uma determinada perturbação (primária), mas em certos casos estavam presentes outros sintomas que resultavam de outras perturbações associadas (secundárias) a chamada comorbidade. Por exemplo, observaram-se utentes que tinham sido diagnosticados com depressão mas que sofriam também de ansiedade ou tinham

associada uma perturbação da personalidade. A comorbidade é definida pela manifestação de uma ou mais doenças em simultâneo num paciente. De acordo com Krishnan (2005) as comorbidades ocorrem em cerca de 50 a 70 % dos pacientes psiquiátricos, ou seja, existe uma percentagem elevada de pacientes diagnosticados com mais de uma patologia em simultâneo.

Distímia

A distímia é considerada um sub tipo nas perturbações de humor, que se apresenta com sintomas persistentes mas mais leves do que numa depressão major (Akiskal, 2001, Serretti et al, 1999, citado por Spanemberg & Juruena, 2004). Caracteriza-se essencialmente por um estado de humor depressivo persistente ou crónico, que ocorre durante a maior parte do dia, quase todos os dias e com a duração de pelo menos dois anos (DSM-IV-TR, 2002). De acordo com Serretti et al (1999, citado por Spanemberg & Juruena, 2004) a prevalência da distímia varia entre 3 e 6% da população global. Os principais sintomas são a falta de apetite, diminuição da energia, fadiga, insónia ou hipersónia, baixa autoestima, dificuldades de concentração, dificuldades em tomar decisões, e sentimentos de falta de esperança. Em menor grau que na depressão maior, os sintomas surgem de forma insidiosa, geralmente antes dos 25 anos (Akiskal et al, 1994, citado por Spanemberg & Juruena, 2004). Embora os sintomas sejam mais leves, pela cronicidade e falta de conhecimento da doença, as pessoas que sofrem de distímia podem ter um prejuízo mais elevado na qualidade de vida que nos outros tipos de depressão. Por se tratar de uma doença menos severa que a depressão major, os doentes vão vivendo o seu dia-a-dia com algum esforço, mas sem associarem que estão com uma doença, acreditando que faz parte da sua personalidade (Nardi, 1999).

Esquizofrenia

A esquizofrenia é um tipo de psicose grave, persistente e incapacitante que se manifesta através de um conjunto de sintomas e sinais muito característicos. Tem uma prevalência de 1 % da população mundial sendo a perturbação com maior impacto na vida do indivíduo entre as doenças mentais (Torrey, 1987, citado por Gleitman, Fridlund & Reisberg, 2007). Afetando toda a vida sociofamiliar da pessoa portadora, esta patologia pode manifestar-se de diversas maneiras e normalmente, surge na adolescência ou início da idade adulta. O seu desenvolvimento pode ser de forma abrupta, mas tendencialmente ocorre de forma insidiosa (Silva, 2006). Os sintomas encontram-se divididos em duas categorias: sintomas positivos e sintomas negativos. No que diz respeito aos sintomas positivos, os mais comuns são os delírios (falsas crenças), as alucinações (ver, ouvir, sentir coisas que não existem), as ilusões (alterações da perceção, como por exemplo, parecer que os objetos estão mais brilhantes que o habitual), as perturbações do pensamento (incapacidade de se concentrar, seguir um pensamento lógico). Os sintomas negativos mais comuns correspondem às alterações emocionais e comportamentais, tais como: mudanças repentinas de humor, como intensa alegria ou tristeza sem motivo, embotamento emocional, retraimento e isolamento social, falta de interesse energia, motivação e diminuição dos níveis de atividade - movimentos e fala (World fellowship for schizophrenia and allied disorders [WFSAD], 2012). A esquizofrenia de acordo com o DSM-IV-TR da APA (2002) é classificada em subtipos, conforme se apresenta no quadro 2.

Subtipos	Descrição
Tipo paranóide	Presença de alucinações e delírios e quando estão ausentes alterações da fala, do pensamento, comportamento desorganizado, embotamento emocional
Tipo desorganizado	Estão presentes os sintomas de pensamento e discurso desorganizado, embotamento emocional. Só quando existe ausência do tipo catatônico.
Tipo catatônico	Quando os sintomas motores são predominantes e existe alterações de atividade: perturbação psicomotora, imobilidade motora, atividade motora excessiva, mutismo, extremo negativismo, ecolalia, ecopraxia, posturas bizarras ou inadequadas.
Tipo indiferenciado	Quando não são preenchidos os critérios para os sub tipos mencionados anteriormente. Este tipo de esquizofrenia desenvolve-se de forma insidiosa, há um grande afastamento social e diminuição das competências laborais e intelectuais. Ocorrência de apatia e indiferença em relação ao meio envolvente.
Tipo residual	Quando não estão presentes ou estão diminuídos os sintomas positivos (alucinações ou delírios), discurso e comportamento desorganizado. Quando predominam os sintomas negativos, embotamento emocional, isolamento social, pobreza de pensamento.

Quadro 2 - Subtipos da esquizofrenia do DSM-IV-TR (2002)

Deficiência mental

A deficiência ou atraso mental é definido pela Organização Mundial de Saúde – OMS (2002), por uma inibição do desenvolvimento em que há um sério comprometimento das capacidades e da inteligência, nomeadamente, a cognição, a linguagem, capacidades motoras e sociais. A sua prevalência é de 1% da população jovem e é diagnosticada logo na infância. O nível intelectual e a autonomia das pessoas com debilidade mental são inferiores à média quando comparados com a população da mesma faixa etária. Segundo a OMS (2001) a classificação da deficiência mental é feita em quatro níveis: deficiência mental ligeira (Q.I. entre os 50- 69), moderada (Q.I. entre os 35-49), grave (Q.I. entre os 20-34) e nível profundo (Q.I. <20). Devido ao grande prejuízo que a deficiência mental acarreta, existe um grande impacto na vida do indivíduo e da sua família, muitas pessoas com atraso mental acabam por ser institucionalizadas, pois tornam-se na maioria dependentes de outros pela incapacidade e limitações que sofrem. Contudo, os fatores ambientais, podem afetar o grau do desempenho individual em diferentes domínios da vida.

Por isso, considera-se muito relevante uma intervenção e estimulação cognitiva neste tipo de população que frequenta o CPSJ.

Após terem sido abordadas sucintamente as problemáticas mais comuns no contexto da Clínica, de seguida apresenta-se uma revisão mais aprofundada das patologias com as quais se contactou durante o período de estágio.

3.2. Perturbações prevalentes nos casos clínicos acompanhados durante o estágio.

3.2.1. Depressão

a. História e evolução do conceito de depressão ou perturbação depressiva

Na antiguidade o termo utilizado por Hipócrates (400 a.C.) para descrever o estado depressivo ou depressão era o de melancolia (Hipócrates, 400 a. C, citado por Sobreira & Pessôa, 2012, Ginzburg, 2001). Hipócrates identificou melancolia como sendo um estado de tristeza e medo que perdura por longos períodos de tempo (Hipócrates, s.d., citado por Ginzburg, 2001). Definindo-a como “*uma afeção sem febre, na qual o espírito triste permanece sem razão fixado em uma mesma ideia, constantemente abatido (...)*” (Hipócrates, séc. V a. C, citado por Cuche & Gerard, 1994).

Hipócrates considerou a melancolia como uma doença desencadeada pelo “acúmulo” da bílis negra no baço (Teixeira, 2005). Foi a partir da teoria da bílis negra que surgiu o termo melancolia que deriva do grego *melas* (negro) e *kholé* (bile) que corresponde à transliteração latina *melaina-kole* (Kristeva, 1989, Rodrigues, 2000, Roudinesco & Plon, 1998, citado por Teixeira, 2005).

Na Idade Média até ao séc. XVI a depressão fora considerada como sinal de possessão demoníaca, esta visão era representada por Agostinho e São Tomás de Aquino que acreditavam que as insanidades mentais seriam resultado de condenações divinas pelos pecados praticados (Teixeira, 2007).

Na Bíblia também são encontrados alguns relatos sobre a melancolia (Teixeira, 2005). Saúl, o rei de Israel, ficou conhecido por o “melancólico” após ficar de costas voltadas para Deus numa luta contra os Filisteus. Saúl viveu momentos de muita tristeza, após muitos anos de angústia e desesperança acabou por termo à vida suicidando-se com a sua espada (Teixeira, 2005). Na idade média a melancolia era sinal de pecado, algumas

peessoas sofredoras desse mal acabavam sendo multadas e até mesmo, aprisionadas por carregarem essa doença sem cura (Gonçales & Machado, 2007).

Emil Kraepelin (1856,1926, citado por Teixeira, 2005) incluiu a melancolia na secção das psicoses descrevendo-a como psicose maníaco-depressiva. O termo depressão referia-se apenas aos aspetos afetivos. (Kraepelin, 1905, 2001, citado por Teixeira, 2005).

Nos anos 60 do século XX, houve uma reavaliação do conceito de melancolia, em que alguns autores passaram a identifica-la como depressão unipolar passando a ser classificada separadamente da perturbação bipolar (Angst, 1966, Perris, 1966, Winokur, 1967 citado por Ferreira, 2006).

Freud (1917) com a sua visão psicanalítica, descreveu a doença do mau humor no seu artigo *Luto e melancolia*, como uma forma de luto que surge de uma sensação de perda da libido. Para Freud, o ego de um melancólico torna-se pobre e vazio (Solomon, 2002). Um outro autor que mais tarde estudou e desenvolveu uma das escalas mais conhecida e utilizada para avaliar o nível depressivo foi Aaron Beck, que procurou descrever a depressão através de uma abordagem cognitiva, desenvolvendo algumas estratégias terapêuticas segundo esta perspetiva, a *Beck Depression Inventory* - BDI (Beck, Rush, Shaw, Emery, 1997).

Deduz-se, que no discurso leigo o termo depressão tenha sido utilizado para indicar um estado afetivo natural de tristeza. A depressão distingue-se das normais mudanças de humor e tristeza passageira pela gravidade, permanência e durabilidade dos sintomas (Afonso, 2004).

De acordo com Teodoro (2010) a depressão tem vindo a aumentar, afetando uma ampla população independentemente da faixa etária ou classe social. A depressão representa um problema de saúde pública (Martin, Quirino & Mari, 2007), afetando cerca de 121 milhões de pessoas em todo o mundo (OMS, 2009, citado por Tavares, 2010). De

acordo com o Ministério da Saúde Português [MSP] (2006) estima-se que a doença atinge 20% da população portuguesa, sendo que uma em cada quatro pessoas sofre, sofreu ou irá sofrer um episódio depressivo ao longo da sua vida. A depressão pode surgir enquanto sintoma, síndrome ou doença. Como sintoma a depressão surge em consequência de várias doenças como a perturbação de stress pós-traumático, esquizofrenia, demência, alcoolismo, entre outras doenças clínicas, o cancro. Como síndrome a depressão abarca as alterações de humor, (tristeza, irritabilidade, perda da capacidade de sentir prazer, apatia) assim como alterações cognitivas, psicomotoras e vegetativas. Enquanto doença tem sofrido diferentes designações. Quando se consulta algumas literaturas sobre o tema da depressão encontram-se várias classificações, a razão talvez seja por se tratar de um tema bastante vasto e muito estudado. Assim encontram-se classificações como perturbação depressiva major, melancolia, distímia, depressão do tipo bipolar, entre outras (Porto, 1999). De acordo com os critérios do DSM-IV-TR (APA, 2002) para que se considere um episódio depressivo major, deve haver humor deprimido ou perda de interesse ou prazer pelas atividades pelo um período de pelo menos duas semanas, assim como pelo menos 4 dos seguintes sintomas: perturbações do sono (insónia ou hipersónia), mudanças do apetite ou peso e alterações psicomotora, perda de energia, sentimentos de culpa e inutilidade, dificuldade de concentração ou em tomadas de decisão, pensamentos de morte ou ideação suicida ou tentativas de suicídio. Os sintomas devem permanecer durante quase todo o dia e na maioria dos dias, durante pelo menos duas semanas seguidas.

A depressão é uma patologia que apresenta um vasto leque de sintomas. Ao nível psicológico os sintomas mais frequentes são: anedonia (perda da capacidade de sentir prazer), indiferença, apatia, desinteresse, isolamento social, introversão, mutismo, sentimentos persistentes de inferioridade, baixa autoestima, desvalia, culpa e falta de

confiança, dificuldade em tomar decisões, dificuldade em realizar as tarefas do dia-a-dia e em tomar iniciativa, pessimismo, visão negativa dos acontecimentos, falta de esperança em relação ao futuro, ansiedade, irritabilidade, agressividade, explosividade, ataques de ira, mudanças repentinas de humor ou dificuldades em lidar com as frustrações ou as esperas, lentidão mental, insensibilidade, alguns pacientes referem que perderam a sua capacidade de sentir e não conseguem simplesmente chorar, falta de concentração, indecisão, problemas de memória e raciocínio, delírios, fobias e alucinações. Em relação aos sintomas físicos os mais comuns são: alteração do apetite (falta ou excesso de apetite), podendo haver uma perda ou um aumento de peso, perturbações do sono (sonolência excessiva ou insónias, fadiga, cansaço, diminuição de energia ou lentidão física, lassidão da atividade corporal, desconforto gástrico, cólicas, obstipação, perda da libido, dores musculares ou abdominais. Os doentes por vezes descrevem outras dores vagas e pouco precisas, nomeadamente no coração, palpitações, falta de ar, tonturas ou enjoos (Beck et al, 1997, Federação Mundial para Saúde Mental [FMSM], 2010). Um outro aspeto que se deve ter em atenção nos doentes deprimidos é o risco de suicídio (Keck, 2010). Segundo Gleitman, Fridlun, & Reisberg (2007) em certos casos, em que a depressão é muito grave e causa demasiado sofrimento às pessoas, afetando os vários níveis da sua vida social, familiar e laboral, podem proporcionar-se alterações na perceção do doente, levando-o por vezes a tentar o suicídio. Tratam-se de casos em que os pensamentos negativos se apoderam de tal ordem na mente da pessoa, que os problemas parecem eternos e impossíveis de resolver, acreditando que a única alternativa para terminar com o seu sofrimento é o suicídio. Segue-se uma citação de um caso que demonstra o desespero absoluto de um doente deprimido. *“Acordava profundamente cansado todos os dias e com um sentimento que me era totalmente estranho - aborrecido ou indiferente para com a vida. Depois de uma preocupação cinzenta e gélida com a morte, o morrer e o declínio - tudo nasce para morrer - e a convicção de que era melhor morrer imediatamente do que sofrer as penas da espera”* (Jamison, 1995, citado

por Gleitman, Fridlun, & Reisberg, 2007). De acordo com Beck, embora o paciente acredite que o suicídio é a solução para terminar com o seu sofrimento, este poderá não conseguir chegar ao ato. Porém quando o paciente começa a recuperar e a depressão cede, deixa de ficar sob vigilância, aumentando com isso o risco de tentativa de suicídio. É precisamente durante as saídas e nos períodos pós-alta que os níveis de suicídios são mais elevados (Beck, 1967, citado por Gleitman, Fridlun, & Reisberg, 2007).

b. Causas

A depressão é uma patologia complexa cuja expressão depende de inúmeros fatores. Existem evidências de fatores que estão implícitos no desencadeamento da doença como a perda de um ente querido ou eventos stressantes ao longo da vida do indivíduo (Teodoro, 2010). No entanto apesar de todo o extenso estudo sobre esta perturbação, ainda prevalecem dúvidas quanto à sua etimologia (Teodoro, 2010). Seguidamente são apontadas algumas hipóteses em relação à casualidade da depressão. Cientificamente as principais causas associadas atualmente à sua origem são os fatores biológicos ou físicos, os psicológicos ou sociais e os ambientais.

Em relação às causas biológicas, estudos apontam para a hipótese bioquímica. Segundo esta visão a depressão resulta de uma deficiência bioquímica que engloba a produção de alguns neurotransmissores em determinadas zonas do cérebro. Os neurotransmissores em causa são a norepinefrina (noradrenalina) e a serotonina (Schildkraut, 1965, Schildkraut, Green & Mooney, 1985, citado por Gleitman, Fridlun, & Reisberg, 2007). A teoria das monoaminas desenvolvida por Schidkhrauser, que consistia na análise do efeito de determinados psicofármacos, permitiu que este autor descobrisse que certos antidepressivos nomeadamente os tricíclicos e os inibidores da monoamina oxidase (IMAOs) facilitavam a transmissão monoaminérgica. (Schidkhrauser, 1965, citado por Slattery, Hudson & Nutt 2004). Por outro lado verificou-

se que haviam outros psicófarmacos como a reserpina que diminuía a propagação desses neurotransmissores causando sintomas depressivos. Estes factos permitiram compreender a importância destes neurotransmissores no desenvolvimento da depressão (Rang, Dale, M., Ritter & Moore, 2004.)

No que diz respeito aos fatores ambientais, com alguma frequência são observados aspetos precipitantes que relacionados com acontecimentos stressantes ou traumáticos, como a perda de um ente querido, desenvolvem a depressão (Stahl, 1998).

Freud (1917) no seu trabalho “Luto e Melancolia”, referiu que a melancolia resultava da não-aceitação do objeto perdido, ou seja seria uma reação à perda do objeto amado, passando assim a pessoa por um “luto patológico”, diferente do luto considerado processo normal. Para além da perda de alguém importante na vida do indivíduo, como factor desencadeador da depressão, existem outros fatores de risco preditores da depressão no percurso da vida de determinadas pessoas como por exemplo (MSP, 2006):

- i. a perda de um emprego, dificuldades em exclusão social, solidão, crises financeiras (Teodoro, 2010);
- ii. pessoas com doenças crónicas (exemplo diabetes, doenças cardiovasculares, cancro, fibromialgia), episódios passados da doença, história familiar de depressão;
- iii. a prevalência desta patologia é maior no género feminino, principalmente na adolescência, no pós-parto e nos períodos da menopausa;
- iv. coabitação com um familiar portador de doença grave e crónica (por exemplo Alzheimer);
- v. profissões geradoras de stress, ou persistência de situações que causem stress;
- vi. tendência para estados ansiosos ou de pânico;

- vii. pessoas idosas;
- viii. dependência de substâncias químicas e/ou álcool.

Relativamente aos fatores psicológicos, o modelo cognitivo de Beck et al (1997), considera que o humor deprimido resulta de distorções cognitivas por parte do indivíduo, ou seja, é o resultado de uma percepção errada da realidade e de si próprio. Esta teoria foca-se nos pensamentos negativos dos doentes, resultado de uma tríade de crenças negativas sobre si próprio, o mundo envolvente e o futuro, a chamada tríade cognitiva depressiva (Beck et al, 1997). O autor defende que os conceitos negativos (esquemas mentais negativos) são desencadeados por um conjunto de acontecimentos negativos em idades precoces da vida, carências afetivas ou rejeição, que leva a pessoa a autoperpetuar-se e a manter os sentimentos derrotistas (Beck, 1967, Beck et al, 1979 citado por Gleitman, Fridlun, & Reisberg, 2007). A terapia cognitiva da depressão procura corrigir estas distorções cognitivas, (Knap, s.d.).

c. Tipos de depressão

Dados os inúmeros sintomas e causas associadas, (Teodoro, 2010) a depressão é considerada uma perturbação complexa (U.S. Public Health Service, 1999, citado por Guerreiro, 2005). Pela literatura, constata-se que o quadro clínico do paciente pode variar de pessoa para pessoa. (Ribeiro, Oliveira, Coutinho, Pessoa & Araújo, 2007). O quadro depressivo depende de vários aspetos como a causa associada, personalidade, aspetos orgânicos e genéticos, experiências de vida do indivíduo, entre outros. A gravidade da doença assim como os sintomas que lhe estão associados pressupõe-se que dependem intrinsecamente dos aspetos atrás descritos. Relativamente à classificação, nas obras consultadas constatou-se que a depressão pode ser dividida em diferentes tipos e a sua classificação pode variar conforme o sistema classificativo de cada país (Afonso, 2004).

As categorias mais genéricas da depressão são a depressão leve, moderada ou grave (APA, 2002). As classificações mais tradicionais subdividem-na em depressão reativa e endógena (Afonso, 2004), vejamos cada uma destas classificações:

1. Depressão reativa

A depressão reativa é caracterizada, como o resultado de uma reação adversa a eventos vitais (Romeiro & Barreiro, 2002). Como por exemplo a morte de um familiar ou a perda de um emprego. Tende a ser temporária e de curta duração, surgindo em momentos de crises. Que se considera ajustados às situações do percurso de vida do indivíduo (Canova, 1993).

2. Depressão endógena

A depressão endógena não tem um motivo aparente e revela-se de um modo mais intenso, sendo predominantes os sintomas somáticos ou vegetativos. A palavra endógena indica que é algo que vem de dentro, acreditando-se que este tipo de depressão possa ser originado por fatores internos (Ernst, 2000).

3. Depressão major

A depressão major ou unipolar, caracteriza-se por uma perturbação do humor persistente, em que requer o mínimo de duas semanas com o humor deprimido e perda de interesse ou prazer em quase todas as atividades. Para se confirmar o diagnóstico é necessário a ocorrência de pelo menos cinco dos seguintes sintomas: (1) humor deprimido (em crianças e adolescentes pode manifestar-se por irritabilidade), (2) redução do interesse ou prazer na maioria das atividades, (3) perda ou aumento de peso significativo, (4) comportamento agitado ou lentificado, (5) perda de energia, (6) sentimentos persistentes de desvalorização ou culpa, (7) dificuldades de concentração, raciocínio ou tomada de decisão (APA, 2002).

4. Depressão pós-parto

A depressão pós-parto ocorre normalmente nas primeiras seis semanas, podendo chegar até aos 6 meses após o nascimento da criança (Stowe & Nemeroff, 1995). Os sintomas são semelhantes aos de uma depressão major, requerendo a presença do humor deprimido, o desinteresse e a falta de prazer pelas atividades no mínimo de duas semanas para que se confirme o seu diagnóstico (Pearlstein, Howard, Salisbury & Zlotnick, 2009). Para além destes sintomas podem estar presentes outros como a irritabilidade, alterações do sono, perturbações alimentares, diminuição da concentração, baixa autoestima, sentimentos de culpa, crises de choro, queixas psicossomáticas, dificuldades nas tomadas de decisão e pensamentos suicidas (APA, 2002). As causas desta depressão têm sido atribuídas a alterações hormonais, ao stress do parto e o sentido de responsabilidade face à maternidade (Coutinho & Saraiva, 2008).

5. Depressão Psicótica

A depressão psicótica é um tipo de depressão que para além de apresentar os sintomas de uma depressão major, verifica-se a ocorrência de delírios e alucinações. Segundo alguns autores em cerca de 15% das pessoas com depressões major podem manifestar-se sintomas psicóticos (Kaplan & Sadock, 1995, citado por Castro & Neto, 2004). A depressão psicótica tende a ser mais grave que as demais e a resposta aos tratamentos é menos eficaz (Gleitman, Fridlun & Reisberg, 2007) existindo maior probabilidade de recorrência e recaídas (Robinson & Spiker, 1985, citado por Castro & Neto, 2004).

6. Depressão Bipolar

A depressão bipolar ou perturbação bipolar, tradicionalmente definida como psicose maníaco-depressiva, refere-se a uma perturbação em que ocorrem oscilações

alternadas de humor, havendo oscilação entre estados depressivos e maníacos, ou hipomaníacos, podendo também haver episódios mistos (depressão e mania em simultâneo). A mania é o oposto da depressão, um indivíduo pode apresentar sintomas como humor excessivamente elevado e irritável, diminuição da necessidade do sono, aumento da vontade de falar, do nível de energia e atividade (por exemplo: trabalho, socialmente ou sexualmente), fuga de ideias, distratibilidade, envolvimento em atividades prazerosas e de risco (por exemplo: gastos excessivos, investimentos financeiros insensatos) (APA, 2002).

Pacientes com perturbação bipolar apresentam maiores taxas de suicídio, atos homicidas e acidentes (Keck, 1998, citado por Porto & Versiani, 2005). Um indivíduo sob um episódio maníaco está sujeito a uma grande probabilidade de se envolver em atividades de risco, colocando em perigo a si e a terceiros (Feldman, 2001, citado por Porto & Versiani, 2005). Os sintomas maníacos mais relacionados aos comportamentos de risco são a impulsividade, gastos excessivos, agressividade e hipersexualidade (Hirschfeldt, 2004 citado por Porto & Versiani, 2005).

d. Intervenção Farmacológica e Psicológica

No tratamento da depressão deve-se ter conta os vários fatores associados à mesma, fatores biológicos, sociais e psicológicos e a resposta terapêutica varia de indivíduo para indivíduo (Souza, 1999). Por se considerar uma patologia multifatorial, para um tratamento eficaz exige-se um olhar holístico do paciente (Keck, 2001, Stahl, 1998, citado por Souza, 1999). Em algumas literaturas, encontram-se várias metodologias terapêuticas da depressão (Gleitman, Fridlund & Reisberg, 2007, Souza, 1999, Teodoro, 2010). Algumas baseiam-se em intervenções farmacológicas como por exemplo os antidepressivos (Teodoro, 2010), outras dizem respeito a intervenções baseadas em

diferentes escolas de psicoterapia como por exemplo a psicoterapia cognitiva e comportamental, a psicodinâmica breve, psicoterapia interpessoal, (Schestatsky & Marcelo Fleck, 1999).

No entanto diversos autores consideram que a combinação de métodos terapêuticos como a medicação e a psicoterapia apresentam resultados mais eficazes e consistentes quer a curto quer a longo prazo (Kaplan, Sadock & Grebb, 1994). Os antidepressivos como as psicoterapias breves utilizados em doses e durações adequadas, apresentam resultados idênticos, atingindo uma melhoria em cerca de 60%, em pacientes com depressão moderada a grave (Schulberg et al, 1998b, Casacalenda et al, 2002, citado por Gusmão, 2005). Os tratamentos mais comuns para o tratamento da depressão são a prescrição de medicação antidepressiva e alguns tipos de psicoterapias como a cognitivo - comportamental, a interpessoal entre outras (APA, 2000, Casacalenda et al, 2002, citados por Gusmão, 2005). Relativamente às taxas de abandono, constata-se na literatura que o abandono do tratamento é menor em pacientes que receberam tratamento combinado, isto é medicação associada à intervenção psicológica ou psicoterapia (Cuijpers, Dekker, Hollon & Andersson, 2009).

1. Intervenção Farmacológica

Ao nível da intervenção farmacológica, os medicamentos mais utilizados no tratamento da depressão, é a medicação antidepressiva, como os IMAOs, os tricíclicos e os antidepressivos mais recentes de 2ª geração, os inibidores seletivos de recaptção de serotonina (ISRS) ou Noradrenalina (ISRN) (Aguiar, Castro, Carvalho, Vale, Sousa & Vasconcelos, 2011.) A ação dos tricíclicos e dos IMAOs é semelhante embora os mecanismos sejam diferentes. Ambos os fármacos promovem o aumento da quantidade disponível de noradrenalina e serotonina na junção sináptica. Contudo, os tricíclicos

impedem a absorção dos neurotransmissores enquanto que os IMAOs, inibem a enzima MAO afim de evitar a degradação dos neurotransmissores (Gleitman, Fridlun & Reisberg, 2007). A terapia eletroconvulsiva (TEC) é outra técnica terapêutica utilizada na depressão. Foi desenvolvida nos anos 30, quando ainda não eram utilizados os antidepressivos. Esta técnica é conhecida por “tratamento de choques”, em que o paciente é anestesiado e é submetido a uma estimulação elétrica numa determinada zona do cérebro, provocando uma convulsão que tem uma duração de 30 a 60 segundos (Gleitman, Fridlun & Reisberg, 2007, Berk, 2011). Os profissionais recorrem a esta técnica em situações em que a pessoa está muito deprimida, já não conseguindo comer ou dormir, em casos de propensão para o suicídio e quando os tratamentos disponíveis de medicação não são suficientes para reduzir a sintomatologia (Berk, 2011).

2. Intervenção Psicológica

No que concerne às psicoterapias existem várias escolas. De acordo com Gelder et al (2006, citado por Costa, 2010) algumas das psicoterapias utilizadas no tratamento da depressão são:

- a) psicoterapia de apoio que se foca na identificação e na resolução dos problemas existentes na vida do paciente;
- b) psicoterapia cognitiva inicialmente desenvolvida com o objetivo de tratar a depressão (Beck et al, 1997). As técnicas são bastante diretivas e o terapeuta é muito ativo, este procura levar o paciente a realizar determinadas ações e estimular os seus pensamentos. O objetivo da terapia consiste em ensinar o paciente a identificar e a corrigir pensamentos automáticos negativos e distorções cognitivas. Tentando modificar determinadas crenças e comportamentos que estão por detrás do humor deprimido (Powell, Abreu, Oliveira & Sudak, 2008);

- c) psicoterapia interpessoal centrada nas relações sociais do paciente, procura minimizar o sofrimento e melhorar as relações interpessoais do indivíduo (Bahls & Ito, 2003). É um tratamento breve e específico para tratar a depressão em fases agudas (Schestatsky & Fleck, 1999);
- d) terapia de casal direcionada para pacientes deprimidos, foca-se nas relações conjugais e nos conflitos do casal que poderão estar na causa da depressão;
- e) psicoterapia dinâmica procura resolver os conflitos pessoais e dificuldades com que o indivíduo se depara ao longo da vida, que estão relacionados ou são causa da depressão.

Para além das psicoterapias descritas anteriormente existem muitas outras (Trancas, Melo & Santos, 2008) porém, por se considerar que a abordagem de todas elas seria demasiado extensa, optamos por escolher apenas as já referidas. Contudo, não se poderia falar em psicoterapia sem referenciar a terapia centrada no cliente de Carl Rogers, um dos pioneiros da avaliação de psicoterapia (Gleitman, Fridlund & Reisberg, 2007). A terapia centrada no cliente (primeira designação) ou abordagem centrada na pessoa (Capelo, 2000) parte do pressuposto de que a pessoa possui capacidades intrínsecas que lhes permite desenvolver as potencialidades humanas. A intenção de Rogers é estabelecer um “solo” adequado que permita ao cliente o seu desenvolvimento e realização pessoal enquanto ser humano. Para tal, Rogers usa diferentes técnicas não-diretivas para o estabelecimento da relação terapêutica (Rogers, 1902, citado por Gleitman, Fridlund & Reisberg, 2007).

3.2.2. Perturbação obsessiva-compulsiva

A perturbação obsessiva-compulsiva é uma doença psiquiátrica, categorizada no DSM-IV-TR (APA, 2002) e inserida no capítulo dedicado às perturbações de ansiedade

e caracteriza-se pelo aparecimento de (obsessões) e compulsões. Entende-se por obsessões pensamentos intrusivos e desagradáveis que o doente sente e que não consegue controlar. Estas podem surgir sob a forma de pensamentos, imagens, ou impulsos. O tipo de pensamentos são de conteúdo inaceitável pelo sujeito que tenta a todo o custo afastar o pensamento (Cordeiro, 2002), em que são impostas à imaginação, cenas obscenas, pensamentos blasfemos na igreja, ou interrogações obsessivas de fundo existencial como por exemplo: *qual a razão da minha existência, porque existe o mundo?* (Scharffeter, 2005). Todo este esforço de controlar os pensamentos leva frequentemente à ansiedade. De acordo com alguns estudos os temas mais frequentes envolvidos nas obsessões são os de limpeza (como por exemplo o receio da sujidade pelo medo da contaminação), a agressividade e a violência, a religião, o sexo, funções fisiológicas como evacuação e a necessidade de equilíbrio e simetria (Gleitman, Fridlun & Reisberg, 2007, Scharffeter, 2005).

Segue-se um caso, que exemplifica a obsessão de limpeza: *“Uma mulher, até agora saudável, é acometida, na meia-idade, por uma obsessão de limpeza, que depois de investigada, se revela como um limpar obsessivo de pó dourado, que ela crê ver por todo o lado. A obsessão desenvolveu-se desde a altura em que ela reencontrara, decorridos muitos anos, um antigo namorado, de quem ainda gostava, e que a costumava tratar por “meu oro”. O reencontro colocou a mulher em sérios conflitos de consciência perante o seu marido e os seus filhos. Ela queria apagar a vivência “ (Weitbrecht, 1963, citado por Scharffeter, 2005, p. 335).*

Com base no DSM-IV-TR (APA, 2002) e para melhor explicar as obsessões mais comuns apresentamos os seguintes exemplos:

- i. pensamentos relacionados com sujidade e contaminação (por exemplo, ser contaminado pelo um aperto de mãos);
- ii. dúvidas repetidas (por exemplo achar que se esqueceu de trancar o carro);

- iii. organização excessiva das coisas numa determinado ordem, (por exemplo, ansiedade exagerada por os objetos estarem fora do lugar ou desorganizados);
- iv. impulsos agressivos (por exemplo, pensamentos de o pai querer estrangular os filhos);
- v. imagens sexuais (imagens pornográficas recorrentes)

Compulsões

As compulsões referem-se a padrões de comportamento que estão a associados aos pensamentos obsessivos, que têm como função diminuir ou neutralizar a ansiedade resultante das obsessões (Cordeiro, 2002). Exemplos destes comportamentos são as lavagens excessivas e as verificações repetidas de determinados objetos, exemplo disso é a verificação constante do desligamento do gás do fogão. A compulsão pode ser de tal ordem que o verificador compulsivo observa infindáveis vezes se de facto desligou ou não o gás, despendendo horas para conseguir abandonar a casa (Gleitman, Fridlun & Reisberg, 2007).

As compulsões mais frequentes são a lavagem e verificação (lavar as mãos excessivamente por medo de contaminação ou verificar se deixou a porta de casa trancada), contagem (geralmente quando está realizando outra compulsão, como lavar as mãos), organização e alinhamento de objetos (rodar o quadro excessivas vezes até que fique direito) e repetição mental de frases, (Dombeck, 2001).

De acordo com Wilhelm & Steketee (2006) e os dados da Anxiety and Depression Association of America [ADAA] (2012) os sintomas mais comuns da POC são:

- Preocupação excessiva com germes, sujidade ou contaminação por exemplo
 - Fluidos corporais (urina, fezes);

- Germes ou doenças (herpes);
 - Contaminantes ambientais (radiação);
 - Produtos químicos domésticos (produtos de limpeza).
- Exagerada preocupação com a ordem das coisas, simetrias;
 - Obsessões relacionadas ao perfeccionismo;
 - Preocupação com a regularidade ou exatidão;
 - Preocupação com a necessidade de saber ou lembrar;
 - Incapacidade de decidir se quer manter ou descartar as coisas;
 - O medo de perder as coisas.
- Medo que certos pensamentos negativos ou agressivos possam causar danos a um ente querido;
 - Pensamentos excessivos de prejudicar acidentalmente ou propositadamente alguma pessoa;
 - Medo de agir por impulso e prejudicar-se a si próprio ou aos outros;
 - Medo de imagens violentas ou horríveis na mente;
 - Medo de deixar escapar obscenidades ou insultos;
- Medo de roubar coisas;
- Sentir-se excessivamente responsável pela segurança dos outros por exemplo:

Medo de ser responsável por algo terrível que aconteça (exemplos: incêndio, roubo);

 - Pavor de prejudicar os outros, por causa de não ser suficientemente cuidadoso (por exemplo deixar cair algo no chão que pode fazer com que alguém se magoe);
- Pensamentos ou imagens desagradáveis sobre questões religiosas ou sexuais por exemplo:

- Pensamentos sexuais proibidos ou perversos;
 - Impulsos sexuais perversos sobre os outros;
 - Obsessões sobre a homossexualidade;
 - Obsessões sexuais que envolvem crianças ou incesto;
 - Obsessões sobre o comportamento sexual agressivo para com os outros;
 - Obsessões religiosas (escrupulosidade);
 - Preocupação em ofender Deus, ou preocupação sobre blasfêmia;
 - Excessiva preocupação com o que é certo ou errado ou moralidade;
 - Ideias supersticiosas sobre sorte, azar, números, cores certas.
- Outras obsessões
 - A preocupação em vir a sofrer de uma doença (não por contaminação, como por exemplo o cancro);
 - Dúvidas sobre ser irracional ou excessivo.

Nas compulsões os sintomas mais comuns da POC são:

- Rituais e rotinas para aliviar a ansiedade ou a angústia.
- Compulsões por limpeza por exemplo:
 - Lavar as mãos repetidamente, tomar banho, escovar os dentes ou limpeza de utensílios domésticos ou outros objetos excessivamente por horas a fio.
 - Fazer outras coisas para prevenir ou remover o contato com contaminantes.
- Compulsões mentais por exemplo:

- Revisão mental de eventos afim de evitar danos a si mesmo ou aos outros ou para prevenir consequências terríveis;
 - Rezar para evitar danos a si mesmo aos outros ou prevenir consequências terríveis;
 - “Cancelar” ou “desfazer” (substituição de uma palavra “má” por uma “boa “ para anulá-la;
- Compulsões de verificação como por exemplo:
 - Verificar várias vezes por dia que as portas estão trancadas, o fogão está desligado, o secador de cabelo estão desligados, etc;
 - Verificar que nada de terrível aconteceu;
 - Verificar se não cometeu algum erro;
 - Verificar partes da sua condição física ou do corpo repetidamente.
- Compulsões de repetição - Incapacidade de parar de repetir um nome, uma frase, ou uma atividade simples (como passar por um site, mais e mais).
 - Reler ou reescrever;
 - Repetir atividades rotineiras (por exemplo ir para dentro; ou fora das portas, ficar por cima ou por baixo de cadeiras);
 - Repetir os movimentos do corpo (exemplo tocar, tocar, piscar);

- Repetir atividades em "múltiplos" (exemplo fazer uma tarefa três vezes porque três é um "bom" ou um "número "seguro");
 - Compulsões de colecionismo;
 - Dificuldade em deitar fora coisas inúteis, como jornais; ou revistas velhas, tampas de garrafa, etc.
- Rituais mentais - Infinita revisão de conversas, contando; repetidamente chamar "bons" pensamentos para neutralizar "maus" pensamentos ou obsessões, ou rezar excessivamente e uso de palavras ou frases especiais para neutralizar as obsessões.
- Outras compulsões
 - Recolha de itens que resulta em significativa desordem em casa;
 - Colocar as coisas em ordem ou organizar as coisas, até que "se sinta bem";
 - Pedir ou confessar-se para obter tranquilidade;
 - Evitar situações que possam desencadear as suas obsessões.

Existe ainda um outro sintoma, considerado mais raro que é conhecido por lentidão obsessiva. Neste tipo de obsessão os doentes não repetem as ações, no entanto demoram muitas horas na execução das tarefas do quotidiano. Na maior parte dos casos existem indecisões, ruminações e rituais que provavelmente estão por detrás da lentidão. Ao que parece, existe uma preocupação excessiva de errar ou criar problemas, o que leva

à lentidão e consequente demora das ações (Ratnasuriya, Marks, Forshaw, Hymas, 1991).

Embora estas obsessões e pensamentos ocorram de forma irracional e intrusiva, o indivíduo com perturbação obsessiva-compulsiva reconhece os seus atos, mas simplesmente não os consegue evitar (Ávila, 2008).

Numa perspetiva integradora, os sintomas da perturbação obsessiva-compulsiva têm uma interferência elevada na vida familiar e social do indivíduo, nas suas rotinas familiares e de emprego. Pode haver restrições em relação a determinados objetos, (roupa, talheres), ao acesso de peças para à casa, tanto para o portador como para os membros da família, as demoras na casa de banho, o medo excessivo da sujidade ou de contaminações, a mania das limpezas (por exemplo, lavar repetidas vezes as mãos, as roupas, a casa, havendo exigências para que todos em casa tenham o mesmo comportamento). Todas estas exigências e preocupações excessivas podem ser motivos para discussões e atritos no meio familiar, social e profissional. Em casos graves, as exigências do doente podem dar origem a separações, divórcio do casal ou a despedimentos no trabalho (Cordioli, 2008).

Prevalência e evolução

No que se refere à prevalência, investigações realizadas nos Estados Unidos, Europa e Ásia indicam que a prevalência da doença é de cerca de 2% a 3 % de incidência (Cordeiro, 2002, Gleitman, Fridlun & Reisberg 2007). A taxa de prevalência é idêntica em ambos os sexos, porém o início é em média mais precoce no sexo masculino, aparecendo os primeiros sintomas por volta dos 10 anos de idade (Miguel, Ferrão, Rosário, Mathis, Torres, Fontenelle et al (2008). As primeiras manifestações da POC ocorrem em média aos 20 anos e em 65% dos casos desenvolve-se antes dos 25 anos. Estima-se ainda que em cerca de 15% dos casos apareça após os 35 anos, embora com menos frequência (Cordeiro, 2002). No que diz respeito à evolução da doença sem

tratamento, 50% dos casos evolui de forma crónica e persistente, 36% evolui cronicamente com remissões parciais e 14% apresentam evolução com períodos alternados com remissões completas (Macedo & Pocinho, 2000).

Segundo a OMS (2002), a perturbação obsessiva-compulsiva é uma doença crónica considerada como uma das dez maiores causas de incapacidade (citado por Hudzinski, Gonçalves & Thá, 2009).

Causas

Modelo biológico

São diversos os estudos que demonstram a importância dos fatores biológicos na origem da POC. As causas apontadas relacionam-se com alterações funcionais e fisiológicas assim como fatores genéticos e imunológicos (Haggsträm, Bohrer, Cosner & Lima, 2003) Segundo Cordeiro (2002, p.464) *“os estudos apontam para uma possível transmissão genética na perturbação obsessivo-compulsiva, embora alguns autores sugiram que o que se transmite seja uma predisposição para as perturbações ansiosas em geral”*.

Existem estudos realizados com gémeos e familiares que defendem que a origem da POC resulta da integração de fatores genéticos com fatores ambientais (Haggsträm, Bohrer, Cosner & Lima, 2003, Walitza et al. 2010). Um estudo realizado por Rasmussen e Tsuang (1986) indicou que a taxa de concordância entre gémeos monozigóticos na POC situava-se nos 63% (Rasmussen & Tsuang, 1986, citado por Haggsträm, Bohrer, Cosner & Lima, 2003).

Com a evolução do uso de medicamentos antidepressivos com ação serotoninérgica no tratamento da POC levou-se à suspeita que esta perturbação possa resultar de uma possível desregulação da serotonina (Cordeiro, 2002, Haggsträm, Bohrer, Cosner & Lima, 2003) Porém existe a possibilidade de que outros sistemas como o colinérgico, o noradrenérgico e dopaminérgico também estejam envolvidos no

desenvolvimento da POC (Cordeiro, 2002). Estudos recentes feitos através de técnicas de neuroimagem têm revelado padrões anormais de atividade cerebral (anomalias envolvidas na ativação metabólica) em pacientes com POC. São evidentes disfunções no circuito neurológico que envolve as zonas do córtex órbito-frontal, o córtex cingular, gânglios da base e núcleo caudado (Cordeiro, 2002, Baxter et al, 1992, citado por Haggsträm, Bohrer, Cosner & Lima, 2003).

Tratamento

O tratamento da POC é complexo. Aspectos como o espectro da sintomatologia, a comorbidade e a quantificação dos sintomas devem ser analisados antes da indicação terapêutica (Haggsträm, Bohrer, Cosner & Lima, 2003). Um outro aspecto importante é a consciencialização de que cada tratamento deve ser individualizado, isto é, há que ter em conta que cada paciente é um paciente, devendo-se para isso elaborar um plano terapêutico personalizado (Macedo & Pocinho, 2007).

Para uma maior otimização do tratamento de pacientes com POC é na maioria das vezes indicada a integração de diferentes abordagens como a associação de intervenção farmacológica à terapia cognitivo-comportamental (TCC) ou terapia psicodinâmica. Procura-se controlar os sintomas para que possa ser realizado um trabalho a nível dos conflitos decorrentes e das dificuldades apresentadas pelo paciente. Por vezes um apoio ou aconselhamento familiar também poderá positivo (Haggsträm, Bohrer, Cosner & Lima, 2003). Torres, Shavitt, Miguel, Fontenelle, Diniz, Belotto et al (2001) afirmam de uma forma integradora que o tratamento da POC deverá envolver intervenções educativas, abordagens psicológicas e biológicas.

A necessidade de tratamentos para POC, fez com que nas últimas três décadas tenham sido experimentadas diferentes estratégias medicamentosas e psicoterapêuticas. Hoje em dia os tratamentos de primeira linha envolvem medicação de ação

serotoninérgica, conhecidos pelos inibidores seletivos de recaptção de serotonina (ISRS) e a Clomipramina (Fineberg & Gale, 2005) e as terapias cognitivo - comportamentais - TCC (Bandelow, Zoha, Hollander, Kasper & Möller 2008). De acordo com vários autores, para a maioria dos pacientes, a combinação da terapia cognitivo comportamental com o uso de medicação é a abordagem mais eficaz (Steketee, 1993, Swinson, Antony, Rachman, Richter, 1998). No entanto as pessoas com POC nem sempre apresentam uma resposta satisfatória aos tratamentos de primeira escolha, podendo responder parcialmente ou não responder satisfatoriamente a estas opções (Shavitt, Belotto, Curi, Hounie, Rosário, Diniz et al, 2006).

Como referido, os medicamentos mais eficazes são os que atuam no sistema serotoninérgico. Estes medicamentos apresentam provavelmente uma maior vantagem no sentido de que muitos dos pacientes com POC apresentam comorbidade com a depressão. Nestes pacientes verificam-se sintomas depressivos como a falta de interesse e energia, diminuição da concentração, perturbações do sono e por vezes ideação suicida. Existem dúvidas quanto à origem desta sintomatologia. Se de facto estes sintomas são resultado direto da POC ou se são secundários, resultando de outra doença como é o caso da depressão. A medicação antidepressiva contudo tem a vantagem de aplicar em simultâneo aos sintomas da POC e à sintomatologia depressiva (Noppen, Pato, Rasmussen, 2000).

Em 1966, depois de ser introduzida a Clomipramina na Suíça, foram descritas por Fernandez e Lopez (1967, citado por Marques, 2001) melhorias significativas em pacientes com neurose obsessiva. Desde essa altura foram diversos os relatos de casos que demonstraram a eficácia da Clomipramina na POC (De Veugh-Geiss, Katz, Landau, Summit, Akiskal, Ananth et al, 1991, citado por Marques, 2001).

Psicoeducação

O objetivo das intervenções educativas são prestar informações aos pacientes e familiares sobre as patologias, explicar como se desenvolvem, qual a epidemiologia, os sintomas, como evolui a doença e prognóstico, quais os tratamentos existentes, estratégias para o paciente reconhecer os sintomas e aprender a controlá-los da melhor forma possível e esclarecer os familiares sobre como devem lidar com o paciente. Desta forma contribui-se para a diminuição do estigma, e facilitação da adesão terapêutica permitindo assim um maior envolvimento de todos os membros nos tratamentos propostos, evitando-se assim que se sintam menos isolados e perdidos (Noppen, Pato, Rasmussen, 2000, Torres et al 2001). O grupo psicoeducativo multifamiliar acaba por ser um processo enriquecedor onde se proporciona a oportunidade de aprender sobre a POC, a partilha de experiências e discussão sobre alternativas para a resolução de problemas (Noppen, Pato, Rasmussen, 2000). Terminadas as descrições das psicopatologias mais presentes na CPSJ e as que contactamos durante o acompanhamento dos casos clínicos, a depressão e a POC, passaremos a apresentar os meios de intervenção utilizados durante o estágio.

CAPÍTULO IV

Intervenção

O psicólogo durante a intervenção psicológica tem ao seu dispor diferentes técnicas, como por exemplo, a entrevista ou a observação (Almeida, 2004) o que lhe permite optar por a indicada para cada caso (Almeida, 2004). A escolha destas técnicas pode variar consoante o contexto e os objetivos da intervenção. Algumas destas técnicas são de extrema utilidade ou mesmo fundamentais para auxiliar na recolha de dados sobre a pessoa (Oliveira, 2010). Neste sentido serão apresentadas algumas das técnicas utilizadas em contexto clínico pelo psicólogo (Almeida 2004) e que fizeram parte da nossa escolha para intervenção direta durante o estágio, nomeadamente a entrevista e a observação assim como os procedimentos usados durante o estágio, a avaliação psicológica e o acompanhamento psicológico.

4.1. Entrevista Clínica

A entrevista é uma ferramenta usada em várias disciplinas na área das ciências humanas e sociais. É considerada uma técnica de grande utilidade e riqueza em psicologia, nomeadamente na fase de avaliação psicológica. Ao longo dos tempos tem vindo a revelar-se um instrumento necessário e insubstituível para a recolha de informações de conteúdo subjetivo sobre os indivíduos (Bénony & Chahraoui, 2002). É um processo que permite compreender melhor todos os aspetos biopsicossociais do paciente, assim como as representações pessoais que tem sobre um determinado aspeto. Poderá ser utilizada em diferentes fases do processo terapêutico em função dos objetivos propostos - entrevista diagnóstica, terapêutica ou de investigação. De acordo com os objetivos, o método da entrevista pode variar, no entanto independentemente da maneira como é aplicada existem algumas regras que são transversais a todas as entrevistas. No que diz respeito à forma como a entrevista é conduzida esta poderá ser considerada

diretiva, semi-diretiva ou estruturada. No que se refere à atitude e postura do psicólogo é essencial o respeito, a empatia e a neutralidade (Bénony & Chahraoui, 2002).

Durante o acompanhamento psicológico dos casos optou-se por utilizar uma entrevista semi-estruturada que se encontra no anexo II, com recurso a algumas questões previamente elaboradas, por se tratar de um tipo de entrevista que permite uma maior orientação relativamente aos objetivos que se pretende analisar. De acordo com os autores supracitados (Bénony & Chahraoui, 2002), existe também uma maior flexibilidade uma vez que o profissional que entrevista pode acrescentar ou reformular as questões à medida que a entrevista se desenvolve.

4.2. Observação

Existem outras técnicas que permitem enriquecer a informação recolhida durante a entrevista clínica como por exemplo a observação.

A observação é um instrumento frequentemente utilizado em contexto clínico. (Oliveira, 2010). Não se trata apenas de um instrumento auxiliar de outras técnicas mas podendo ser por si só um meio de investigação e de recolha de dados (Bogdan & Taylor, 1975). Entende-se por observação a *“ação de olhar com atenção os seres, as coisas, os acontecimentos, os fenómenos para os estudar, examinar e para deles retirar conclusões”* (Le Petit Larousse, 1998, citado por Bernaud, 2000, p.72). Embora a observação seja considerada uma boa técnica de recolha de informação, uma das suas desvantagens é que a presença do observador, pode induzir a mudanças no comportamento da pessoa observada, perdendo-se por vezes a espontaneidade e naturalidade dos seus comportamentos, o que poderá levar a resultados pouco credíveis (Gil, 1995).

Quer na entrevista quer durante o acompanhamento psicológico dos casos, optou-se por uma adotar uma estratégia de observação individual e direta, isto é, observando-se diretamente os comportamentos do paciente por um único observador sem recurso a

instrumentos e sem grelhas de observação. Trata-se de uma observação do comportamento em situação de entrevista, na qual se procurou examinar tanto o comportamento verbal como o não-verbal. Observaram-se informações verbais decorrentes das questões colocadas e informações não-verbais em à linguagem corporal às atitudes e aos comportamentos manifestados pelo entrevistado.

A entrevista e a observação estão inevitavelmente ligadas uma à outra e são duas das técnicas fundamentais para a realização da avaliação psicológica (Almeida, 2004).

4.3. Avaliação psicológica

A avaliação psicológica é uma prática exclusiva do psicólogo (Ordem dos Psicólogos Portugueses [OPP], 2011). É um processo que envolve um conjunto de técnicas e instrumentos, que permitem a obtenção de informações relevantes para a compreensão dos processos psicológicos e de funcionamento de uma determinada pessoa, para de seguida se tomar decisões bem fundamentadas (Wechesler, 1999). A avaliação psicológica pode ser realizada em diversos contextos tais como: escolas, organizações, tribunais, desporto, orientação vocacional ou consultas de psicologia. Os seus objetivos são inúmeros e poderão variar em função do pedido que é feito. Para Machado (2007), no procedimento de uma avaliação psicológica existem alguns passos a serem observados: identificação dos objetivos da avaliação de forma clara e realista, seleção adequada dos instrumentos, cuidadosa aplicação dos instrumentos de avaliação escolhidos, correção dos instrumentos cuidadosamente, interpretação dos resultados feita de forma cuidadosa, os dados recolhidos devem ser usados de forma criteriosa e a elaboração do relatório. Para além dos passos referidos existem também alguns cuidados quando um psicólogo pretende trabalhar com avaliações que se prendem com questões técnicas, relacionais, éticas, legais profissionais e sociais. Neste sentido, são apontadas seis dimensões a ter-se em conta neste procedimento, que são: dimensão técnica, relacional, ética, legal,

profissional e social (Machado & Souza, 2007, citado por Machado, 2007). A dimensão técnica que refere-se ao conhecimento necessário que um psicólogo deve ter sobre as técnicas que vai fazer uso (entrevistas, testes psicológicos, observações) assim como à sua capacidade crítica em relação à utilização das mesmas (este conhecimento por vezes não é obtido nas universidades de psicologia sendo necessário posteriores formações para uma melhor aprendizagem). Almeida, Dinis, Pais & Guisande (s.d.) refere que o facto de se ser psicólogo não significa que existe a aprendizagem e as competências necessárias para aplicar ética e responsabilmente os testes psicológicos. Faz-se necessária assim uma preparação e um treino por parte dos psicólogos para que a sua aplicação seja feita de forma correta. (Almeida, 1994 Bartram, 2001, Eignor, 2001 citado por Almeida et al, s.d.). A dimensão relacional fala-nos dos mecanismos de transferência e contra transferência presentes durante a avaliação psicológica. É também importante aqui um vasto conhecimento nesta área, para melhor dominar questões relacionadas com tentativas de manipulação, como os mecanismos de sedução, simpatia entre outros. A dimensão ética é imprescindível principalmente na avaliação psicológica. Esta dimensão engloba aspetos como o respeito pelo outro, pelo seu sofrimento, os cuidados a ter na intervenção de modo a evitar danos no cliente e a sustentação de resultados independentemente de qualquer tipo de pressão (chefes, pais). As entrevistas de devolução também é algo que não deveria ficar esquecido, pois quando bem conduzidas permitem uma oportunidade de desenvolvimento para o cliente. A dimensão legal corresponde às questões relacionadas aos princípios legais face às avaliações psicológicas. Como por exemplo terá o estado direito de investigar a vida de uma pessoa que procure um trabalho? Outra das dimensões é a dimensão profissional, esta refere-se aos aspetos relacionados ao exercício profissional, quando são realizadas avaliações ou laudos psicológicos, ou até mesmo quando são devolvidos os resultados de uma

avaliação. Ou seja, as implicações e consequências dessa prática. A dimensão social remete-nos para as questões levantadas pela sociedade. Como por exemplo, terá o estado direito de investigar a vida de uma pessoa que procure um trabalho? Por todos estes motivos torna-se evidente que a prática da avaliação psicológica é complexa e requer por isso uma grande consciência das dificuldades e consequências que esta acarreta quer para o cliente quer para o psicólogo. É um procedimento que envolve várias técnicas entre elas a entrevista e a observação, assim como os testes psicológicos, e representa um momento importante e fundamental do acompanhamento psicológico (Machado & Souza, 2007, citado por Machado, 2007).

4.4. Acompanhamento / Aconselhamento Psicológico

A definição de acompanhamento psicológico e aconselhamento pode variar consoante alguns autores. Para Trindade o aconselhamento psicológico pode ser definido como um processo através do qual se procura auxiliar o cliente na manutenção e na promoção da saúde, por meio da modificação de comportamentos e estilos de vida, no que concerne aos hábitos alimentares, consumo de substâncias, prática de exercício físico, estratégias para lidar com stress entre outras. É um apoio psicológico que permite ao cliente melhor lidar com a sua condição atual de saúde (aceitação da doença, nível de incapacidade). Para além disto, o acompanhamento psicológico envolve ainda um trabalho feito em conjunto com outros profissionais de saúde no sentido de um trabalho interdisciplinar, e em que se procura também trabalhar questões relativas a adesão terapêutica ou estratégias reabilitativas (Trindade & Teixeira, 2000).

O acompanhamento psicológico, por sua vez, tem sido visto com uma prática em que existe uma colaboração entre paciente e terapeuta. Um fator associado ao acompanhamento psicológico são as expectativas do paciente, que podem influenciar a

relação terapêutica. Estas expetativas estão ligadas a questões relacionadas sobre como o processo terapêutico é realizado, os resultados esperados tanto pelo paciente como por o próprio terapeuta (Miguel, 2011). Alguns autores acreditam que as expetativas produzem efeitos na postura do cliente, no modo como o acompanhamento psicológico se desenvolve assim como nos resultados da mesmo (Frank, 1968, citado por Miguel, 2011, Nock & Kazdin, 2001).

Na CPSJ o acompanhamento psicológico é realizado a todos os utentes em que se verifique necessidade ou aos que são encaminhados por os médicos psiquiatras da Clínica por precisarem apoio psicológico. A distribuição dos utentes é feita pelos três psicólogos que trabalham na Clínica, que são eles: o Dr. Jaime Grácio, a Dra. Rita Costa, a Dra. Catarina Janeiro e também pelos estagiários de psicologia, que são orientados e recebem supervisão dos psicólogos da Instituição. O acompanhamento psicológico dos utentes é iniciado normalmente com uma avaliação psicológica da pessoa onde se inclui uma entrevista (anamnese), a observação, e a aplicação de testes psicológicos que são selecionados de acordo com cada caso. Após a fase avaliativa procede-se ao acompanhamento psicológico, que pelo Dr. Jaime Grácio, segue uma orientação cognitivo-comportamental, integrativa.

PARTE III

ENQUADRAMENTO PRÁTICO

CAPÍTULO V

Plano de estágio

5.1. Plano de estágio de atividades

O plano de atividades realizadas direta ou indiretamente foi estabelecido pelo Orientador da Instituição no início do estágio. O estágio iniciou-se no dia 14 de Dezembro e nesse mesmo dia foram dadas as orientações e explicado de um modo geral o funcionamento da instituição. Nas primeiras duas semanas de estágio, decorreu a fase de observação, em que houve a oportunidade de conhecer as instalações da Clínica e todo o seu funcionamento. Procedeu-se também à apresentação das diferentes estagiárias e dos psicólogos orientadores que integram a equipa. Começou-se por assistir às atividades realizadas na UCI pela terapeuta ocupacional, pelos psicólogos e pelas estagiárias de psicologia. As atividades desenvolvidas durante o estágio concentraram-se essencialmente em duas unidades: a unidade 3 da UCI (unidade de cuidados integrados) e a unidade 7 (internamento prolongado de utentes com debilidade mental ligeira a moderada). Nesta última realizou-se uma atividade direta (sistema de economia de fichas) com o grupo da unidade, a qual será descrita posteriormente. A UCI foi a unidade onde se assistiu à maioria das atividades e por esse motivo considera-se importante contextualizar o serviço:

A UCI fica situada na unidade 3, que é uma unidade que acolhe doentes com perturbação mental, que permanecem em regime de internamento ou ambulatório. Na UCI foi criado um programa de recuperação psicossocial (PIR) que funciona em regime de médio internamento e ambulatório em que os utentes permanecem em média entre 2 a 3 meses e máximo 6 meses (IHSCJ, s.d.). Com este programa, procura-se proporcionar um ambiente familiar e terapêutico através da aplicação de um plano terapêutico,

composto por várias atividades organizadas, como por exemplo: a gestão de conflitos, o treino de aptidões sociais, a sessão de movimento e relaxamento, entre outras. A sua finalidade consiste em promover a reinserção social, familiar e profissional dos utentes. Durante o internamento e ao longo do processo de reabilitação, o utente será acompanhado por diferentes técnicos da equipa de serviço que é constituída por psicólogos, médicos de clínica geral, psiquiatras, enfermeiros, terapeuta ocupacional, assistente social, irmã superiora responsável do setor e auxiliares. Semanalmente é estabelecido um horário de atividades feito em conjunto pelos vários técnicos da unidade, sendo a sua estrutura e organização adaptada às necessidades do utente e tendo em conta as suas limitações. Centra-se fundamentalmente nas motivações do utente procurando promover a sua autonomia e funcionalidade nas várias atividades de desempenho ocupacional. Ao longo do projeto, o utente terá um acompanhamento individual feito por um terapeuta de referência. O terapeuta de referência é assumido por um dos elementos da equipa, sendo geralmente o psicólogo clínico ou o terapeuta ocupacional. Algumas das atividades da unidade são: atividades de vida diária, gestão doméstica, treino de aptidões sociais, saídas ao exterior, grupos psicoeducativos, intervenção familiar, sessão de movimento e relaxamento, gestão de conflitos, atividades recreativas e de lazer, jogos de estimulação cognitiva, reuniões diárias para programação do dia e das atividades a desenvolver.⁴

Abaixo segue o quadro 3 no qual se planificou de forma sintetizada as atividades diretas e indiretas realizadas durante o estágio.

4. Informação retirada do guia de acolhimento, do (PIR) programa de recuperação psicossocial da UCI, facultado pela Clínica

Atividades diretas	Objetivos	Participantes
Atividade com o grupo “Caminhar” unidade 7 Sistema de economia de fichas (S.E.F.)	-Avaliar as relações interpessoais dos elementos do grupo; -Gestão de conflitos; -Treino de aptidões sociais visando um melhor relacionamento interpessoal; -Promoção de comportamentos; desadequados e controlo ou eliminação de comportamentos inadequados.	Estagiária (eu), utentes da unidade, auxiliar da unidade.
Reunião de supervisão	- Partilha e discussão de situações e soluções para as atividades a desenvolver; - Discussão dos casos.	Estagiária (eu), Orientador.
Reunião da unidade 7 (mensal)	- Discutir aspetos relacionados com as das utentes da unidade 7; - Proposta de avaliações psicológicas de utentes da uni.7; - Esclarecimento sobre o decorrer da atividade “sistema de economia de fichas”.	Enfermeiras da unidade 7 e 4, superiora, estagiária (eu), coordenador das unidades.
VII Jornadas de psicologia	-Planificação das jornadas de psicologia; - Divisão de tarefas; -Recolha de material para organização das jornadas com o tema “ A Psicologia na era da tecnologia: novos tempos novas abordagens” ; -Elaboração das cartas formais e informais para convites dos oradores.	Estagiárias de psicologia, orientadores de estágio.

Atividades diretas/indiretas	Objetivos	Participantes
Saída ao exterior	-Promover as relações; -Manutenção do contacto com o exterior; - Gestão do dinheiro; - Convívio.	Terapeuta ocupacional, utentes UCI.
Sessão de “ movimento e relaxamento “	- Manutenção e desenvolvimento das capacidades motoras e cognitivas; - Promover a socialização de uma forma lúdica; -Facultar experiências de bem-estar e facilitar o relaxamento.	Terapeuta, ocupacional, utentes UCI.
Grupo psicoeducativo	- Psicoeducação de diversas temáticas no âmbito da saúde mental.	Psicólogo, estagiárias, utentes, UCI.
Reuniões de equipa multidisciplinar	- Apresentação e discussão de casos de utentes da unidade 2, pelos diferentes profissionais da equipa (psiquiatras, enfermeiros, psicólogos).	Psiquiatras, enfermeiros, psicólogo, estagiárias.
Reunião - passagem de turno	- Transmitir informação relativa ao dia anterior dos utentes da UCI.	Psiquiatra, psicólogo, terapeuta ocupacional, estagiárias, enfermeiros.
Gestão de conflitos	- Facultar um espaço em que, adequadamente, possam ser expressos e discutidos conflitos que tenham acontecido na unidade durante a semana; - Consciencializar para as regras da unidade e a importância das mesmas para melhor convivência em grupo; - Promover a capacidade de escuta e comunicação assertiva.	Psicóloga clínica, terapeuta ocupacional, auxiliar da UCI, enfermeira, utentes UCI.

Atividade indiretas	Objetivos	Participantes
Projeto “ eu e o mundo”	-Distribuir artigos de jornal diário pelos utentes da UCI; -Estimular o contacto com a realidade exterior à Clínica; -Promover hábitos de leitura e a partilha de opiniões e vivências pessoais.	Terapeuta ocupacional, psicólogo, utentes da UCI, estagiárias.
Termómetro da esperança	-Verificar, individualmente, três pontos altos da semana (relativamente ao indicador <i>esperança na recuperação</i>) -Averiguar as conquistas feitas na semana antecedente; -Verificar que pessoas, situações ou atividades possam ter estado envolvidas nessas conquistas; - Consciencializar para modificações ocorridas durante o processo terapêutico.	Estagiárias de psicologia, utentes UCI.
Treino de aptidões sociais	Desenvolver competências sociais.	Estagiárias, utentes UCI, psicólogo.
Reunião da manhã	-Partilhar informação sobre atividades realizadas no dia anterior, de forma sequencial, pontos altos e pontos baixos do dia; -Programação do dia; - Estimular a orientação temporal, a memória e a atenção.	Psicólogo, terapeuta, ocupacional, estagiárias, utentes UCI.

Quadro 3- Atividades realizadas no estágio

CAPÍTULO VI

Atividades desenvolvidas ao longo do estágio

6.1. Atividades indiretas

De seguida serão descritas as atividades indiretas realizadas no estágio, no entanto, dar-se-à maior ênfase a determinadas atividades, pelo facto de que algumas delas foram assistidas apenas em poucas sessões (2 a 3) na fase inicial do estágio durante o período de observação. Outras atividades serão descritas mais detalhadamente por terem sido observadas e acompanhadas ao longo de todo o período de estágio.

Reunião da manhã

A reunião da manhã é feita geralmente pela terapeuta ocupacional ou por um dos psicólogos da equipa. É um momento do dia em que os utentes de forma individual e à vez, relatam e partilham como foi o seu dia anterior. A descrição do dia deve ser feita a o mais pormenorizadamente possível e de forma sequencial, por exemplo: “ Às 8.00 levantei-me, depois fiz a higiene pessoal” e assim sucessivamente. No final o utente deverá fazer uma pequena reflexão sobre os aspetos negativos e positivos do seu dia. A finalidade deste tipo de atividade é estimular a orientação temporal, a memória e a atenção dos utentes.

Gestão de conflitos

A gestão de conflitos é uma atividade, que consiste numa reunião realizada em conjunto com os utentes da UCI, o psicólogo da unidade 3, a terapeuta ocupacional, os enfermeiros da unidade e as auxiliares. O objetivo desta reunião é identificar e apresentar problemas que surgem na unidade, resultantes do funcionamento da mesma. Nesta atividade procura-se discutir e encontrar estratégias para lidar da melhor forma possível

com determinado problema. Alguns dos problemas apresentados podem ser relacionados, por exemplo, com a avaliação da comida ou a utilização dos serviços (W.C). Uma vez por semana, alguns elementos do grupo que participam na reunião expõem um problema ao grupo, e, seguidamente os vários técnicos entre si e em conjunto com os utentes, discutem o assunto, expõem as suas opiniões e apresentam alternativas para a queixa que foi colocada. Por vezes os pontos de vista dos participantes podem ser díspares (diferentes valores, modos de pensar) e gerar conflitos, mas a finalidade da gestão de conflitos é precisamente aprender a aceitar os diferentes pontos de vista tentando chegar-se a um acordo em que ambas as partes fiquem satisfeitas. Uma característica importante neste tipo de atividade está relacionada com a oportunidade de cada participante tem de dar a sua opinião sem que seja alvo de censura. Outro trabalho que é feito na gestão de conflitos é a consciencialização das regras da unidade e a aprendizagem da importância das mesmas para uma melhor convivência em grupo. As regras são expostas pelos técnicos nas sessões e os utentes ganham em cada sessão maior conhecimento das regras, permitindo assim que as mesmas sejam devidamente interiorizadas e cumpridas. Outro aspeto importante nesta atividade, é a promoção de certas competências como a escuta ativa e a comunicação assertiva. Cada utente aprende a esperar pela sua vez para falar ao ver outros elementos do grupo a adotarem essa mesma postura. Geralmente na gestão de conflitos o objetivo é encontrar estratégias comunicacionais que facilitem um melhor relacionamento do grupo ou chegar a uma comunicação o mais assertiva possível para uma relação mais construtiva do mesmo. A assertividade irá permitir que os utentes possam exprimir melhor as suas necessidades, desejos, opiniões, sem prejudicar o espaço ou liberdade de cada um, havendo assim um maior respeito pelo outro.

Saída ao exterior

A saída ao exterior é um momento em que se reúnem todos os utentes da UCI, e, juntamente com a terapeuta ocupacional faz-se uma ida ao exterior. Os destinos podem ser variados podendo ser uma ida ao cinema, a um centro comercial, um passeio pela cidade, uma ida a um café próximo, entre outros. A importância deste tipo de atividades está na oportunidade que os utentes têm de estabelecer um maior contato com o exterior, promovendo-se assim uma maior atividade dos utentes fora do contexto da Clínica. Algumas das vantagens são a possibilidade de nestas saídas, os utentes gerirem o seu próprio dinheiro aprendendo a ter um maior controlo sobre o mesmo. A inter-relação, socialização e convívio também são alguns dos aspetos que se procuram trabalhar.

Sessão de movimento e relaxamento

A sessão de movimento e relaxamento é uma atividade desportiva de cariz lúdico, onde os utentes têm a oportunidade de conviver, jogar, exercitarem-se e relaxarem. Esta atividade é realizada pela terapeuta ocupacional que tem como papel o desenvolvimento de algumas atividades desportivas e lúdicas. Numa primeira parte da sessão, a terapeuta realiza com os utentes alguns jogos com recursos a vários objetos como bolas, colchões. Podem também ser atividades de dança, em que cada participante será o monitor do grupo criando algumas danças que serão depois reproduzidas pelos vários elementos do mesmo. Na segunda parte da sessão existe um momento dedicado ao relaxamento, em que a terapeuta (geralmente deitada no chão) dá algumas indicações aos utentes para iniciarem um processo de relaxamento. Nesta atividade são utilizados colchões e colocadas músicas calmas para facilitarem o relaxamento. Os principais objetivos desta atividade são promover a mobilidade e orientação espacial, maior socialização através do jogo e

facultar experiências geradoras de bem-estar e capazes de induzir sensações de relaxamento.

VII Jornadas de Psicologia

As Jornadas de Psicologia são realizadas uma vez por ano na Clínica Psiquiátrica de São José. Em 2012 as VII Jornadas de Psicologia tiveram como tema a “ Psicologia na era da tecnologia: novos tempos, novas abordagens”, e estava prevista para o dia 10 de Maio de 2012. Os principais objetivos destas jornadas são: pensar sobre a influência das novas tecnologias na construção da identidade e desenvolvimento, discutir sobre o uso da internet em contextos terapêuticos; aprofundar o conhecimento sobre técnicas específicas de intervenção psicológica; explorar o impacto das tecnologias de informação e comunicação. Este tipo de ação, pretende reunir oradores que debatam questões relacionadas com o tema escolhido para as jornadas, aprofundando os temas escolhidos pelos oradores com base em trabalhos de investigação já realizados por cada um, anteriormente. Contudo, este ano, as Jornadas de Psicologia não chegaram a ser realizadas devido à impossibilidade da presença de alguns oradores dentro dos tempos estipulados para a sua realização.

Termómetro da esperança

O termómetro da esperança é uma atividade desenvolvida por um dos psicólogos da Clínica ou pelas estagiárias, em que durante a sessão é pedido a cada utente que verifique individualmente três pontos altos da semana anterior. Em conjunto com as estagiárias, irão averiguar as conquistas feitas na semana antecedente e verificar que situações, pessoas ou atividades possam ter estado envolvidas nessas conquistas. O objetivo desta intervenção é que cada utente faça uma avaliação sobre as modificações

ocorridas durante o processo terapêutico, procurando-se assim, que este ganhe consciência da sua evolução e recuperação ao longo das semanas na instituição.

Treino de aptidões sociais

O treino de aptidões sociais é uma atividade realizada na UCI duas vezes por semana cujo objetivo é desenvolver as competências sociais de cada pessoa de forma a que estas aprendam a lidar melhor com as diversas situações sociais, evitando-se assim sentimentos de ansiedade, frustração ou até agressividade na presença das mesmas. O treino de aptidões sociais geralmente, é feito por um psicólogo da unidade e/ou pelas estagiárias de psicologia. Na sala onde é realizada a atividade existe uma folha onde estão descritas todas as competências que se podem aprender. A escolha da competência a treinar normalmente, é feita pelos utentes e é decidida em grupo. No início da atividade, é feito o acolhimento dos novos membros e para isso é pedido a alguém do grupo que explique a atividade. Posteriormente, a pessoa responsável pela execução da atividade apresentará ao grupo a aptidão escolhida, e explicará pormenorizadamente os passos que devem seguir para o bom desempenho da mesma. Assim, após escolhida a aptidão é refletido com o grupo a importância da aptidão e dão-se exemplos práticos. Depois, pergunta-se ao grupo quais os passos a seguir. Vai-se escrevendo no quadro e são dadas algumas explicações. De seguida, o psicólogo com a ajuda de uma estagiária fazem o role-play para exemplificar como pode ser aplicada a competência. Os membros observam e é dado o feedback. Depois, é chamado um elemento do grupo para fazer de novo o role-play e aplicar o que aprendeu. Por fim, é entregue e explicado o tpc que geralmente, consiste em praticar a competência aprendida e fazer a escolha da próxima aptidão. As aptidões que se podem treinar são variadas, podendo ser: competências sociais (fazer pedidos), competências de conversação (como começar uma conversa com

uma pessoa nova ou desconhecida), competências de assertividade (recusar pedidos), competências para viver em comunidade (pedir privacidade), entre muitas outras.

Grupo psicoeducativo

O grupo psicoeducativo é uma atividade que através da psicoeducação procura-se esclarecer os utentes sobre várias questões ligadas à saúde mental. A psicoeducação é um meio informativo que permite clarificar o paciente sobre a sua condição ou sobre o seu diagnóstico. Inclui-se nesta informação, a etiologia, o funcionamento, qual o melhor tratamento, o prognóstico, etc. (Colom & Vieta, 2004, citado por Figueiredo, Souza, Áglio & Argimon, 2009). A psicoeducação desenvolveu-se por volta da década de 70 como um complemento ao tratamento farmacológico, com o objetivo de ajudar o indivíduo na inserção social (Menezes & Souza, 2012). A psicoeducação permite ao doente conhecer melhor a sua doença, aprender a identificar os sintomas da doença, reconhecer os momentos de crise e formas de os evitar e estratégias para melhor lidar com o problema.

Na CPSJ o grupo psicoeducativo é realizado por um psicólogo da unidade ou por as estagiárias de psicologia. O psicólogo pode optar por escolher um tema, que poderá ser abordado, esclarecido e discutido quer por meio de conversas, quer através da visualização de um filme, entre outras formas. Os temas são variadíssimos, podendo ser sobre as perturbações de personalidade, perturbações de humor, ansiedade, entre outros. Os objetivos principais da atividade são desenvolver com os utentes uma perspetiva integrativa para o problema nas seguintes áreas: definição e caracterização do problema, etiologia, tratamento mais indicado, adesão à terapêutica, prevenção das recaídas e formas de lidar com estigma social, criar uma dinâmica de grupo em que os conteúdos possam ser debatidos quer teoricamente quer através da partilha de experiências pessoais,

promover a autoestima e a aceitação do self.

Seguidamente passamos a apresentar as atividades diretas nas quais se incluem os dois casos clínicos. Para além da descrição dos casos, são também relatadas as sessões de acompanhamento psicológico. Num dos casos (N.), incluímos a avaliação psicológica e relatório psicológico do mesmo.

6.2. Atividades Diretas

6.2.1. Casos clínicos de acompanhamento psicológico

1º Caso Clínico Paciente N.

Introdução

Para uma melhor compreensão do caso e definição do diagnóstico clínico, considera-se importante a apresentação dos diversos aspetos relacionados com o problema da paciente, como a sua história de vida, história clínica e familiar quer no momento passado, quer no momento presente. Assim será seguidamente apresentada a conceptualização dos casos acompanhados na Clínica, tendo em conta estes diferentes aspetos. Começa-se por descrever o pedido de acompanhamento psicológico, seguindo-se a história clínica e dados clínicos da paciente. Posteriormente, faz-se uma síntese da história de vida das pacientes onde se abordam os aspetos das suas relações familiares, relações conjugal e social, percurso escolar e percurso de vida profissional. Em seguida, apresenta-se uma descrição das sessões de acompanhamento psicológico, tentando dar relevo aos aspetos mais críticos e mais relevantes no que diz respeito à evolução e desenvolvimento da intervenção realizada.

Pedido

O pedido de apoio psicológico de N. partiu da médica psiquiatra da CPSJ, dadas as dificuldades que a paciente tinha em lidar com a perturbação diagnosticada e com as limitações que esta lhe colocava, nomeadamente nas relações que estabelece com as outras pessoas.

N. ficou internada na Clínica porque, referiu que deixou de tomar a medicação em 2006 para a depressão e POC. A utente considerava que já se sentia bem e decidiu abandonar a medicação por iniciativa própria sem qualquer acompanhamento médico. Passado pouco tempo de deixar a medicação, sofreu fortes sintomas de abstinência, mas ainda assim negligenciou a sintomatologia até ter sofrido uma recaída mais forte.

História Clínica

No que concerne à história clínica, N. começou a manifestar os primeiros sintomas de POC quando tinha 33 anos sendo que, em 1999 foi internada pela primeira vez. Os sintomas surgiram numa altura em que N. trabalhava numa fábrica de cablagens de automóveis, o marido, como estava em início de carreira não conseguia suportar as despesas sozinho e por essa razão N., começou a trabalhar. N. refere que nessa altura se sentia bastante cansada e com hábitos de limpeza muito acentuados. Recorda-se que por essa razão foi perdendo alguns amigos. Via riscos e sujidade em todos os objetos e queria limpar tudo, pois tinha medo de ficar contaminada. Queixa-se de, na altura trabalhar muitas horas e até aos fins-de-semanas. Quando chegava a casa queria por tudo em ordem e deixar tudo limpo. As colegas e amigos começaram a aperceber-se destes comportamentos excessivos e questionaram-lhe o porquê de tantas limpezas e compras exageradas de panos de limpeza. Nessa altura, N. começou a perceber que não estava bem. Refere ter tido desejos de suicídio. Uma das tentativas de suicídio foi em 2006 por

intoxicação de Xanax (2006). Esteve internada durante 5 meses no hospital. N. ainda relatou ouvir vozes que lhe falam e com quem conversava sobre morte.

Nessa altura teve de parar ficando quatro anos de baixa. N. fez acompanhamento psiquiátrico, mas não tendo simpatizado muito com o médico acabou por abandonar a medicação. Os sintomas voltaram. N. sentia-se incompreendida, pois o marido não compreendia a sua doença, e numa fase de maior ansiedade, N. tentou suicidar-se ingerindo cerca de duzentos comprimidos. Foi levada para o hospital onde já fora internada. Ao assistir a este episódio, o marido começou a convencer-se mais seriamente da doença de N. As tentativas de suicídio por ingestão de medicamentos ainda se mantiveram em algumas situações de maior ansiedade, embora parecessem só uma forma de ameaça, ou a tentativa de N. demonstrar que estava realmente em sofrimento. Em 2006 decide interromper o tratamento para POC e depressão, pelo facto da medicação lhe afetar o desempenho profissional. Tentou aguentar-se durante algum tempo. Em 2011 começou a ter constantes insónias mas não deu importância, até que começou a piorar e desta vez com sintomatologia mais forte. Atualmente, sente-se muito debilitada, cansada, sem energia, com falhas de memória e concentração. Apresenta alucinações auditivas e visuais e mantém ainda alguns sintomas obsessivo - compulsivos.

Dados Clínicos

N. tem 44 anos, é caucasiana, natural de Coimbra, casada e com um filho. Encontra-se de baixa na escola, onde trabalha como auxiliar de ação educativa. O marido é funcionário público, faz parte do corpo de intervenção da polícia (treinador de cães). Tem um filho de 24 anos que trabalha como enfermeiro em Londres. Os pais de N. vivem em Coimbra. A relação com os pais nunca foi muito boa. A paciente descreve a mãe como uma pessoa fria e de poucos afetos, o pai embora mais afetuoso, acaba por ser controlado pela mãe. No entanto, apesar deste distanciamento dos pais, N. refere preocupar-se com

ambos pela idade avançada que já têm. N. tem 5 irmãos. Uma das irmãs sofreu um cancro recentemente. A relação com os irmãos é distante. N. apenas estabelece maior ligação com a irmã que sofre atualmente de um cancro. N. acredita que os irmãos ganharam muitas defesas (de raiva) pelo facto dos pais serem pessoas frias e por essa razão as suas relações nunca foram muito fortes. Atualmente, N. vive apenas com o marido em L. com quem diz manter uma boa relação. Para uma melhor compreensão apresenta-se o genograma familiar de N. e sua descrição, no anexo III (a), (b). Encontra-se internada pela terceira vez, por ter abandonado a medicação para o tratamento de depressão e POC.

Apreciação global do paciente

Durante o primeiro atendimento, observou-se que a paciente apresentava um discurso lento, o rosto pouco expressivo e triste, pouco desvio do olhar, aparência cuidada e humor deprimido. Chorou bastante durante a sessão, nomeadamente, quando se falava da mãe e da relação com o marido.

Situação atual

A paciente nunca recebeu acompanhamento psicológico sendo por isso a sua primeira consulta de psicologia. N. justificou que a razão da sua recaída foi por estar cansada de tomar medicamentos e de estar constantemente a levantar receitas, decidindo assim, por iniciativa própria abandonar a medicação em 2006. Um outro motivo que levou N. a abandonar a medicação, foi devido aos efeitos secundários dos medicamentos interferirem com o seu trabalho. Pouco tempo após o abandono da medicação sofreu sintomas de abstinência, que tentou superar a todo o custo. No entanto, como se sentia bem, foi deixando passar algum até que teve uma nova recaída e não aguentou mais. Nessa altura o marido decidiu recorrer à CPSJ. Contudo, a paciente recusou ser internada referindo que apenas necessitava de uns comprimidos para ficar boa. Como não havia

vaga acabou por voltar para casa. Levou um atestado para entregar no local de trabalho e ficou em lista de espera. Referiu nas sessões que foi difícil para si estar em casa, pois, tinha muito medo de ficar sozinha. Conseguia fazer algumas coisas em casa com ajuda do marido mas a medicação no início deixava-a muito “drogada” e apática. Quando lhe perguntavam o que tinha, N. referia que escondia o seu problema respondendo às pessoas conhecidas que estava com gripe. Em relação ao seu estado de saúde atual, N. queixava-se de andar muito triste, sentir-se cansada, ansiosa, com algumas dores pelo corpo e de continuar preocupada com as limpezas, alertando sempre o marido quando este lhe telefonava para a Clínica. N. referia também ouvir vozes, e de manhã quando acordava, visualizava muitas teias de aranha pelo corpo e pelo quarto, o que a levava a acreditar ter um problema mais grave do que pensava inicialmente. Após tomar a medicação prescrita na Clínica, N. referiu que as vozes começaram a diminuir.

História de vida

Relativamente à sua relação familiar, N. nunca estabeleceu boas relações com os seus pais. Segundo contou, a mãe sempre demonstrou poucos afetos e o pai, embora fosse uma pessoa mais afetuosa, adotava a mesma postura por influência da mãe. N. é a filha mais velha de cinco irmãos, nasceu de parto normal e desconhece se foi uma filha desejada ou não. Apenas relatou que a mãe nunca fez amamentação a nenhum dos filhos por vontade própria. A sua mãe sempre foi uma pessoa muito fértil e os 3 primeiros filhos foram nascendo com uma diferença de 1 ano. De todos os irmãos, a irmã S. de 33 anos foi a única que teve algum apoio dos pais, mas mais tarde quando casou, acabou por se afastar da família. N. mantém uma boa relação com a irmã R. de 38 anos que se encontrava em tratamento por causa de um cancro. Na sua infância N. teve uma educação muito rígida e privada de muitas coisas. Considera que a brincadeira sempre foi algo que passou ao lado na sua vida, pois cedo os pais mandaram-na trabalhar e por isso nunca

pôde brincar. Naquela altura a mãe insistia que os filhos fossem trabalhar com 10, 11 anos para depois lhe entregarem a si, o dinheiro, visto que não trabalhava. N. relatou que discutia muitas vezes com a mãe dizendo que o dinheiro que recebia era para comprar as suas coisas, como roupa e material escolar. Ainda muito nova N. trabalhava ao fim de semana na cozinha de um restaurante e estudava durante a semana sentindo isto com uma obrigação. Em pequena viveu em Angola até à 2ª classe, depois veio viver com os pais para Portugal por causa da guerra acabando por perder um ano escolar. Em Portugal teve de construir uma vida nova com as ajudas do estado. Referiu que se adaptou bem, tinha muitos amigos e era sociável. A relação com o marido sempre foi boa, nas palavras de N. “*ele é um santo, é muito meu amigo*” (sic). N. considerava que o marido sempre foi bom companheiro, no entanto, desconfiava que ele começara a ficar cansado da sua doença e dos problemas que a mesma acarreta. Com o filho, N. estabelece uma relação de grande proximidade apesar da distância que os separa, sempre se deram bem e estão em contato permanentemente, e, com frequência o filho vem visitá-la. N. diz orgulhar-se muito do filho. Quanto às amizades, a paciente revelou ter pouco amigos, na atualidade apenas se relaciona com uma vizinha um pouco mais velha que ela e com as colegas de trabalho. A relação com as colegas nem sempre foi das melhores, porque N. se assumiu como sendo autoritária em relação ao trabalho das colegas. Em relação à gravidez, N. foi mãe muito jovem e não teve qualquer apoio dos pais, que ficaram indiferentes à sua gravidez e ao nascimento do filho, tendo como único apoio a sua cunhada e o marido.

Quanto às doenças prévias, N. teve hepatite A aos 5 anos. Sofreu de albumina na gravidez, e sofre de hipertensão. Já teve 4 episódios de POC com depressão associada e encontra-se internada pela terceira vez. Referiu também que fuma poucos cigarros, nunca fez uso de substâncias ilícitas ou de álcool.

Relativamente à vida social, N. refere ter tido amigos mais velhos. Casou muito nova, aos 17 anos. No que respeita à vida amorosa e sexual N. conta ter perdido a sensibilidade após ficar doente, referindo sentir-se “anestesiada” e por essa razão deixou de sentir desejo e de conseguir manter relações sexuais com o marido.

Em relação ao percurso escolar, N. diz que foi sempre boa aluna, apenas deixou por concluir a matemática, não terminando o 12º ano. Gostaria de ter tirado um curso superior na área da saúde mas nunca teve oportunidade, pois cedo teve de ir trabalhar.

No que diz respeito ao percurso profissional, N. menciona que começou a trabalhar aos 10 anos como referido anteriormente por imposição da mãe. Já em Portugal e depois de casar, trabalhou 13 anos numa fábrica de cablagens. Nesta altura, o filho ficava entregue à ama e ao marido. O trabalho era excessivo, chegava a trabalhar das 7:30 horas até às 20:00 horas e aos Sábados e Domingos. Teve vezes que dormia apenas 2 a 3 horas, pois quando chegava a casa, ainda ia arrumar e tinha vontade de limpar tudo. Foi então que os sintomas da POC começaram a manifestar-se. Atualmente está de baixa psiquiátrica das funções de auxiliar de ação educativa numa escola pública.

Síntese do acompanhamento (resumo das sessões)

Iremos de seguida apresentar as sessões do caso de N. ainda que de forma resumida. Porém, para um melhor aprofundamento estão apresentadas as transcrições das sessões no anexo IV (a).

O acompanhamento de N. foi realizado ao longo de 23 sessões com a frequência de 2 vezes por semana.

1ª Sessão

A primeira sessão considera-se muito importante pois foi quando se estabeleceu um primeiro contato com a paciente. É um momento em que, normalmente, se criam

algumas expectativas sobre o que vai acontecer na consulta, isto tanto da parte da paciente (Miguel, 2011), que neste caso foi a primeira vez que teve apoio psicológico, como da parte do entrevistador (estagiária) que também se colocou pela primeira vez no papel de “psicólogo”. Nesta sessão, tentou-se iniciar uma aliança terapêutica com N. pois, a relação terapeuta-paciente é fundamental para o bom sucesso do processo terapêutico (Tosta, 2011). Na primeira sessão, começou-se por fazer a anamnese da paciente, recolhendo informações sobre a sua história de vida, exposição do seu problema, vida familiar, etc. Nesta sessão, N. demonstrou-se bastante desmotivada com a sua vida, pois acreditava cada vez menos que poderia ficar curada. Relatou que seria melhor terminar com a sua vida pois, assim as pessoas de quem gosta poderiam viver melhor. Quando se questionou sobre o motivo da sua doença, N. disse não compreender a razão, uma vez que pensa não existirem motivos para estar naquelas condições (no entanto pensa que o cansaço pelo excesso de trabalho e a mania excessiva de querer limpar tudo possam ter contribuído para a sua doença).

2ª Sessão

Durante a segunda sessão, foram feitas algumas questões relacionadas com a sua relação amorosa, familiar e social. A paciente refere manter uma boa relação com o marido dizendo que “*ele é um santo,*” (sic), mas que lhe custa muito não ter desejo e disposição para manter uma melhor relação. Houve uma altura em que o marido estava um pouco cansado do seu estado de saúde mas, após falar com a médica psiquiatra ficou mais esclarecido quanto à doença e passou a ser mais compreensivo. Em relação ao filho, diz que este sempre foi um bom filho e que embora esteja longe mantêm uma relação de grande proximidade. Também relatou sobre as suas amigas referindo serem muito poucas e serem pessoas que também se encontram doentes. Ainda nesta sessão, a paciente fez queixas sobre a sua vizinha com quem tem uma má relação, relatando um episódio

em que se chateou seriamente com a mesma. Segundo explicou, a vizinha estava a lavar o quintal e que quando N. passou, molhou-a, achando que foi de propósito. N. reagiu, pegou na mangueira e molhou a vizinha e o marido, deixando-os num pingo. Refere estar sempre em conflito com a vizinha, diz que já lhe pediu para não fazer tanto barulho em casa porque está doente ao que esta respondeu se está doente vá ao médico. Porém, segundo as palavras da paciente o marido diz que não houve barulho nenhum. Mas N. pensa que ele apenas diz isso para ela não se chatear. No local de trabalho também tem alguns conflitos com as colegas que, segundo diz, estão sempre a complicar-lhe a vida pois não acreditam na sua doença e não compreendem que tem dificuldades em fazer algumas tarefas pelo cansaço que sente. Mas diz que o seu desempenho tem tido boa nota de avaliação e que está efetiva há seis anos. Referiu também que custa-lhe muito estar de baixa pois recebe muito pouco para fazer face às despesas. Em relação às atividades que pratica fora do contexto laboral e de casa, responde que costuma ir à igreja todos os domingos e faz parte do coro. Quando questionada sobre as vozes que se queixa, diz não conseguir distinguir se as vozes são masculinas ou femininas. Refere que são muitas ao mesmo tempo e que estão dentro da sua cabeça. Relata que numa dada altura também via sombras, e tinha a sensação de estar alguém a segui-la. Ainda nesta sessão N. revelou sentir-se perseguida, quer através das vozes, quer através da vizinha. Talvez fosse positivo auxiliar N. a refletir sobre a questão: será que a vizinha faz barulho para a incomodar ou o barulho que a vizinha faz a incomoda?

No local de trabalho, parece que há constantemente conflitos com as colegas na divisão de tarefas porque N. acha que, embora tenha este problema de saúde, cumpre tarefas mais difíceis que outras colegas. E que as colegas também se queixam de problemas de saúde como dor na costas. Nas primeiras duas sessões procedeu-se também à elaboração do genograma familiar de N. que se encontra no anexo III (a).

3ª Sessão

Na terceira sessão, N. revelou que não se sentia muito bem porque acordou cansada e triste. Explicou que algumas pessoas deixam-na triste contando um episódio sobre uma discussão que teve com uma auxiliar da Clínica. Ao que pareceu, N. ficou preocupada com um doente que apresentava algumas dificuldades e estava sem lanche, enquanto todos já comiam, e por isso chamou a atenção da auxiliar ao que a mesma respondeu que ela não tem que se meter no seu trabalho e para se preocupar com as suas coisas. Nas suas palavras *“Eu fiquei logo abalada e isto provoca-me uma grande revolta! Porque as pessoas pensam que estou a meter-me na vida delas, mas eu só gosto de ajudar quem tem dificuldades”*. Ainda nesta sessão, N. falou de como se sentia mal, com falta de apetite e de estar a ter uma recaída muito mais forte que as anteriores, dizendo que não estava a conseguir dar a volta por cima. Referiu que antes tomava cerca de 10 comprimidos por dia e que agora não sabe ao certo o que toma, pois, está proibida de ter medicamentos consigo. Sobre o seu estado de saúde atual, referiu que está muito triste cansada e ansiosa, que continua preocupada com as limpezas alertando sempre o marido quando lhe telefona. As vozes têm vindo a desaparecer e só se sente bem deitada. Na Clínica apenas vai ao ginásio e não faz as atividades de trabalhos manuais porque está com uma tendinite. Diz que só lhe apetece desaparecer e que quando está muito raivosa leva tudo à boca. Nesta fase do acompanhamento procurou-se dar algum esclarecimento sobre a POC enquanto perturbação da ansiedade, e da importância da adesão à terapêutica para uma melhor evolução do seu estado de saúde. N. mostrou-se compreensiva e um pouco motivada para intervenção psicológica.

4ª Sessão

A quarta sessão andou à volta da relação do seu filho com a ex - namorada e sobre a sua atual relação. N. começou por falar que o filho chegava naquele dia de Londres e que vinha passar uns dias a Portugal, mas que N. tinha decidido não ir para casa uma vez que iria limitar as férias do filho e também a vida do marido. Considera que se ela lá estivesse, por exemplo, não poderiam ouvir televisão à vontade, uma vez que o barulho a incomoda bastante. Não podiam sair para qualquer lado por porque N. não se sente bem, entre outras coisas. Falou também da relação e do fim de um namoro do seu filho e de que como essas relações tinham afetado a sua saúde. Acrescentou também questões ligadas à sua gravidez.

5ª Sessão

Na quinta sessão, N. começou por revelar não se sentir bem devido ao novo medicamento (risperidona) que a médica psiquiátrica lhe receitou para as alucinações visuais. Segundo N., nos últimos dias começou a ver muitas teias de aranha pretas no corpo e na roupa. A frequência é diária. No entanto, refere que a nova medicação a deixa muito mal, sente-se cansada, sem energia, sonolenta e com alguma desorientação. Ao longo da sessão verificou-se que as condições em que N. se encontrava não eram as melhores para falar de questões relacionadas à sua infância, pois, referiu que assim não conseguia lembrar-se de nada, para além de que durante a consulta ia-se deixando dormir a falar.

6ª Sessão

Na sexta sessão, N. já parecia melhor que na sessão anterior. Começou por dizer que lhe preocupava bastante o facto de ter uma doença mais grave do que pensava. Pela razão de que já se passaram 11 anos com a doença, por se sentir pior que nas outras vezes,

por estar com as alucinações das teias de aranhas e por ter as vozes na cabeça e a mania da perseguição. Diz que o marido já costuma pesquisar muito sobre psiquiatria, e, receia que possam estar perante uma doença ainda mais grave que torne N. dependente dos outros para tudo ou até fique internada. A seguir falamos um pouco da infância e do seu desenvolvimento. N. refere que em criança o ambiente familiar era péssimo, não havia afetos nem brincadeiras. A relação dos pais com N. nunca foi muito boa embora nunca tenha havido violência física, houve violência psicológica e gritos.

7ª Sessão

Na sétima sessão, procurou-se explorar as necessidades psicológicas da paciente. Verificou-se que existe um desequilíbrio global nas necessidades psicológicas, mais em concreto nas de autoestima, da autocrítica, da dor, do prazer, da autonomia e da coerência vs incoerência do self.

8ª Sessão

Na oitava sessão, procedeu-se à aplicação do teste de personalidade inventário Clínico Multiaxial de Millon - MCMI-II, Choca, Shanley & Denburg, 1992). A paciente levou a hora toda da sessão para realizar o teste, mas referiu que levou mais tempo por não ter os óculos consigo.

9ª Sessão

Na nona sessão, procurou-se saber como a paciente se vê a si, aos outros e o futuro. Questionou-se sobre a imagem que N. tem de si atualmente, ao que N. respondeu considerar-se um “ *vaso de flores murchas*” (sic). Diz que sempre teve uma boa autoestima o que lhe permite arranjar-se todos os dias. Apesar da doença, N. sempre teve o cuidado de apresentar uma aparência cuidada. Procurou-se fazer ver que isso seria um

ponto forte a trabalhar, uma vez que muitas das pessoas com depressão têm falta de energia para se cuidarem. Disse também que engordou mas que se sente bem com a sua imagem. Na relação com os outros, N. diz que faz com facilidade conhecimentos, mas considera a sua vida difícil e com grandes obstáculos.

10ª Sessão

O objetivo nesta sessão foi tentar perceber que atividades davam prazer a N. no sentido de as promover, para que houvesse um aumento dos seus níveis de satisfação e bem-estar. Seria importante N. estar mais ativa na Clínica, contudo, dadas às limitações da doença e da medicação, N. demonstra-se incapaz de aderir a alguma atividade.

11ª e 12ª Sessão

Na décima primeira e décima segunda sessões, procurou-se continuar a explorar as necessidades psicológicas da paciente, identificar distorções cognitivas, iniciar técnicas de intervenção ao nível da depressão e explicar como elaborar uma agenda semanal de atividades. Na agenda de atividades foi feita uma descrição do seu dia-a-dia, para depois nas sessões, se fazer uma análise de cada semana (avaliar pensamentos, sentimentos, desejos e comportamentos).

13ª e 14ª Sessão

Na décima terceira e décima quarta sessões, a paciente começou a levar os seus registos semanais como lhe foi pedido. Através dos registos da agenda descobriram-se duas situações que provocaram mal-estar à paciente: a ida a casa passar o fim de semana e a ida ao supermercado. Nestas sessões, procurou-se também ajudar a paciente a reconhecer e a registar os pensamentos disfuncionais. Discutiu-se sobre as suas distorções cognitivas apresentando-se alternativas e analisou-se os prós e contras de determinadas

ações. Foi importante fazer a análise das situações que N. considera stressantes para si. Através desta análise, tentou-se esclarecer que são os nossos pensamentos que nos levam a sentir determinadas emoções, e, conseqüentemente a ter certos comportamentos. Percebeu-se que N. sofre muito por antecipação e que as suas expectativas nem sempre estão próximas da realidade. Em relação ao nervosismo sentido ao ir para casa, é provável que seja o medo que N. tem de não conseguir desempenhar o seu papel de mulher de forma eficaz. Assim, pensa-se que será importante continuar a fazer este reconhecimento e a discussão de pensamentos disfuncionais, assim como desmistificar certas crenças e interpretações erróneas.

Da 15ª à 19ª Sessão

Nestas sessões procedeu-se à apresentação dos resultados do teste de personalidade. Realizaram-se as análises dos registos da agenda de atividades apresentados pela paciente, fazendo-se sempre uma síntese do que se falou na sessão anterior de forma a promover a memória e a capacidade de atenção. Também se procedeu à identificação de pensamentos automáticos. Alguns dos apontamentos referiam as visitas das colegas de trabalho e a não participação na atividade de Tai- Chi na Clínica. Ao falar das atividades que mais gostou de fazer durante o fim de semana N. referiu que foi fazer uma sobremesa, e que era uma coisa lhe dá prazer, uma vez que gosta de saber que a pessoa que experimentou o seu prato gostou. Num dos momentos da sessão N. relatou que durante a semana teve alguns sentimentos de raiva. Questionou-se se sabia porque tinha essas emoções, ao que N. respondeu que era por sentir-se discriminada pelas pessoas e por elas olharem para si como se fosse uma “*maluquinha*”. Questionou-se com que base N. fundamenta essa discriminação, ao que refere que pelas conversas das pessoas dá para se aperceber, e, que no trabalho o facto das colegas saberem que tem uma doença mental pode vir a ser discriminada pelas suas limitações. Para além disso, referiu

que as suas emoções oscilam consoante os seus estados de espírito, e, que nos momentos em que se sente pior pensa que pode ter outra doença mais grave e pensa em suicídio.

20ª e 21ª Sessão

Nas sessões vinte e vinte um continuaram a fazer-se as análises dos registos da agenda de atividades e identificação de pensamentos automáticos negativos. Considerou-se também relevante referir as questões relacionadas com as tentativas de suicídio de N., uma vez que já tinham sido abordadas ao longo das sessões e tentou-se aprofundar um pouco melhor as suas razões. N. revelou que na primeira vez que tentou suicidar-se ingeriu cerca de 200 comprimidos, espaçadamente num só dia, e, só parou quando deixou de ter consciência de si. Acabou por ser encontrada pelo filho que saíra da escola, quase em estado de coma. Perguntou-se que pensamentos teve naquele momento e porque razão o fez. N. disse que já estava cansada da vida que levava, de tanta ansiedade, ataques de pânico e sobretudo de ser incompreendida pelo marido e pelo filho, pois, segundo a paciente estes na altura não acreditavam que estava doente, e só ganharam essa consciência depois de N. ser internada pela segunda vez. Após esta intoxicação N. já tentou ingerir mais comprimidos mas foram só ameaças. N. revelou que, quando está mais deprimida pensa em matar-se: *“Mas tinha de ser uma morte em paz que adormecesse e descansasse”* (sic). De outra forma não queria morrer, pois confessa que já sofreu muito na vida para ainda sofrer até à morte como *“por enforcamento ou com veneno das batatas”* (sic). Afirmou também que o marido nem sempre está bem e por vezes chateia-se ao que N. responde dizendo: *“qualquer dia ficas em paz”* (sic). Acrescentou ainda que não é nenhuma santa, que também tem os seus defeitos, e que quando toma certas atitudes pensa que não é ela que faz as coisas.

22ª Sessão

Na vigésima segunda sessão N. mostrou-se mais animada por estar a fazer redução na medicação e por ter conhecimento que estava para breve a sua alta. Ao mesmo tempo tem algum receio que as coisas não corram bem. A evolução da paciente tem-se revelado boa, uma vez que recuperou no espaço de 3 meses.

23ª Sessão

Na vigésima terceira sessão, no que concerne à saída da Clínica, N. revela estar muito apreensiva, nas suas palavras “*a Clínica é como um esconderijo*” (sic). Questionou-se N. porque razão considerava a Clínica um esconderijo ao que N. respondeu: “*na Clínica estamos protegidos, pode-se desabafar sem sermos julgados*” (sic). A paciente disse que fora da Clínica as únicas pessoas com quem desabafa é o seu marido e o filho, que não há segredos entre eles mas refere que não gosta de sobrecarregar o filho com os seus problemas. N. referiu também que ao ter alta vai tentar fazer as coisas com calma, sem stress. No trabalho é onde poderá ser mais difícil controlar-se, pois tem de ter as coisas feitas e é avaliada pelo seu desempenho. Em relação aos conflitos, questionou-se N. como pensava lidar daqui para a frente com os problemas que lhe surjam. N. respondeu que não tem conflitos com ninguém, exceto raras vezes com o marido, devido a este ter uma posição mais rígida face à educação do filho.

24ª Sessão

Na última sessão, tentou-se fazer um resumo das consultas. A paciente começou por falar um pouco das suas perspetivas futuras. Referindo que de 6 em 6 anos tem de recarregar as baterias, pois apercebeu-se que as suas recaídas ocorrem neste espaço de tempo. Em relação ao futuro, N. diz que vai ser sem grandes metas, vai vivendo um dia de cada vez. No final tentou-se compreender o feedback da paciente em relação às

consultas e também como considerou a sua evolução. N. disse que devia ter sido uma “chata”. Que as consultas tinham sido positivas e tinham superado as suas expectativas. Falou que futuramente iria recordar-se com certeza das indicações que foram dadas e que tentaria mudar as suas atitudes e forma de pensar de acordo com o que aprendeu nas sessões. Em relação à sua evolução a paciente considerou que foi rápida comparativamente aos outros internamentos, pois desta vez levou apenas três meses para recuperar, o que para si foi bom. No entanto, referiu que ainda precisa de ficar de baixa mais dois meses para se ir adaptando aos poucos. Referiu também que no primeiro mês custou-lhe bastante por causa das alucinações e por andar muito sonolenta pensando que tinha uma psicose, pois ficou muito perplexa com os sintomas. Disse também que desta vez teve maiores dificuldades em socializar. Discutiu-se também a importância de N. corrigir certos pensamentos disfuncionais, devendo tentar identificar e encontrar alternativas para os problemas com que se depara, procurando verificar as vantagens e desvantagens para a resolução dos mesmos. No final falou-se da importância de reconhecer certos indicadores que revelam um agravamento da doença ou recaída.

Avaliação psicológica do caso de N.

Na avaliação psicológica do caso clínico de N. foram utilizados os seguintes instrumentos:

- Entrevista clínica semi-estruturada;
- Observação direta;
- Inventário Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-II);

Optou-se pela entrevista semi-estruturada por se considerar um tipo de entrevista que permite uma maior orientação através de algumas questões previamente formuladas. Pensamos que permite também uma maior flexibilidade, uma vez que o entrevistador

pode ir modificando ou reformulando as questões consoante o desenrolar da entrevista. A observação foi direta, no sentido em que não se recorreu a instrumentos de observação, ou seja, foi realizada a “olho nu”, procurando-se observar quer os comportamentos verbais, quer os não-verbais. O MCMI-II foi escolhido com o objetivo de se compreender o funcionamento da paciente ao nível da personalidade. O MCMI- II, é um inventário psicológico de auto-relato com 175 itens de verdadeiro ou falso destinado a ser utilizado com pacientes psiquiátricos (Costa, 2011). O tempo de aplicação tem uma durabilidade entre os 15 a 25 minutos. O MCMI-II possibilita a identificação de características de personalidade, síndromes clínicas e as características de perturbações de personalidade (Travado, Pires, Martins, Ventura & Cunha, 2004, Duque & Neves, 2004). O teste aplicado é uma segunda edição e encontra-se traduzido para a língua portuguesa. As características das perturbações de personalidade estão incluídas em 26 escalas: 4 escalas de precisão e validade, 10 escalas básicas de personalidade (esquizóide, evitante, dependente, histriónica, narcísica, antissocial, agressiva, compulsiva, passiva- agressiva, auto-derrotista), 3 escalas de perturbações de personalidade (esquizotípica, estado-limite ou borderline e paranóide), 6 escalas de síndromes clínicos de gravidade moderada (eixo I, DSM-III-R) (ansiedade, somatoforme, bipolar, distímia, dependência de álcool, dependência de drogas) e 3 escalas de síndromes clínicos de gravidade alta (eixo II, DSM-III-R) (perturbação do pensamento, depressão major e alucinações) e avaliação do risco de suicídio (Travado et al, 2004).

Relatório de avaliação psicológica de N.

Nome: N.

Idade: 44 anos

Morada: Clínica Psiquiátrica de São José

Encaminhamento: A paciente foi encaminhada pela médica psiquiátrica da Clínica para o acompanhamento psicológico. O pedido de avaliação psicológica foi feito pelo Orientador de estágio.

Procedimentos de avaliação

a. Instrumentos

Para a realização da avaliação psicológica foram utilizados os seguintes instrumentos: Entrevista semi-estruturada, observação direta e o inventário Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-II).

O inventário MCMI-II foi entregue na oitava sessão à paciente que demorou aproximadamente 1 hora para responder. A razão da duração deve-se ao facto de N. não ter levado os óculos consigo, o que dificultou a leitura do instrumento. De seguida o teste foi cotado num programa informatizado.

Resultados do teste

No inventário de MCMI-II, N. apresentou valores significativos (acima dos 75) em três traços de personalidade das escalas, evitante (81), dependente (97) e compulsiva (91). Apresentou também um fator de risco (3) elevado, assinalando os seguintes itens no inventário: (59) Ultimamente, tenho pensado seriamente em acabar comigo; (79) Há vários anos que tenho sérios pensamentos de suicídio; (136) Nos últimos anos tenho-me sentido tão culpado (a) que poderei fazer algo terrível a mim próprio (a). Os resultados do teste foram finalmente convertidos num perfil, neste caso o 327, que corresponde a um perfil de personalidade dependente-evitante-compulsiva.

Interpretação dos resultados

Os resultados indicam que as pessoas com este perfil apresentam um estilo de personalidade com altos índices de cooperação, esquivas e disciplina. Tendem a ter baixa auto-estima e tendem a ver os outros como pessoas mais capazes e dignas que elas próprias. Tendem a ser seguidores dos outros em vez de líderes, assumindo muitas vezes papéis passivos. Procuram apoio emocional e proteção nos outros. São cautelosas e apreensivas nas suas relações com os outros (N. nas sessões relatou que tem receio de se entregar a novas amizades uma vez que já se sentiu traída em amizades, antigas). *“Tive uma colega com quem desabafava muito e tinha bastante confiança, mas mais tarde apercebi-me que a suposta amiga, queria era aproveitar-se de mim para subir de posto. E quando descobri fiquei muito magoada e deixei de lhe falar “ (sic).* São pessoas com tendência a esconder os seus verdadeiros sentimentos, particularmente, os, sentimentos de agressão ou ofensa. Podem parecer tensos, nervosos e distantes, porque se sentem desconfortáveis em situações sociais, e, geralmente evitam essas situações ou eventos ficando frequentemente solitários e isolados (N. demonstra ser uma pessoa que evita poucos contatos sociais e mantém poucas amizades, acabando por passar o dia- dia mais em convivência com o marido). Assim, a maneira como estas pessoas procuram se defender contra a insegurança e sua baixa autoestima é através da orientação e proteção dos outros. Outras das características destas pessoas são a eficiência, laboriosidade, persistência, extrema respeitabilidade, comportamento insinuante, perfeccionismo e autodisciplina, tal como se pode ver no manual do teste aplicado (Choca, Shanley & Denburg, 1992). N. apresenta algumas destas características, nomeadamente, o perfeccionismo e a autodisciplina (o querer tudo arrumado e limpo, a combinação das cores das roupas que veste). Tendem a ser pessoas indecisas e têm dificuldades nas tomadas de decisão. A tendência compulsiva pode servir para fortalecer os sentimentos de

insuficiência sempre que as coisas ruins acontecem. Dado o estilo de personalidade descrito, estes pacientes procuram uma relação terapêutica em que o terapeuta tenha uma atitude benevolente e protetora (Choca, Shanley & Denburg, 1992).

Interpretação da entrevista clínica de diagnóstico

Ao analisarmos a entrevista clínica, conseguiu-se recolher informações sobre a relação de N. com a sua família e colegas. Verificou-se que a sua relação familiar é favorável pois, N. refere dar-se bem com o seu marido e ter grande proximidade com o seu filho, no entanto, refere que o marido por vezes demonstra sinais de cansaço em relação à sua doença. Parece-nos que N. acredita que o marido nem sempre aceita da melhor forma a sua doença pois, por vezes responde de forma menos agradável e N. associa que o marido não compreende que ela está doente. O marido comenta “ *As tuas obsessões não são da doença mas sim do teu mau feitio* ” (sic). Porém, o marido após ter ouvido a médica psiquiatra explicar a doença de N., ficou mais esclarecido e compreensivo. No que respeita à relação de N. com as colegas de trabalho, esta nem sempre é positiva pois N. implica com elas e chama-as muito à atenção para as suas obrigações, o que leva a que as colegas se sintam desconfortáveis com N. e a rejeitem. Em relação às amizades fora do contexto de trabalho, parece-nos que N. estabelece pouco contato com outras pessoas além do seu marido, do filho, da irmã e de uma vizinha com quem conversa por vezes. No que concerne à relação de N. com os seus pais, esta parece-nos pouco fortalecida uma vez que N. acusa a mãe de ser de poucos afetos e de não se relacionarem muito bem. De um modo geral, N. apresenta reduzidas capacidades de socialização, demonstrando pouca busca na interação com os outros. Porém, esta dificuldade de relacionamento pode ser devido à doença que tem, uma vez que antes do seu aparecimento N. refere que teve muitos amigos.

Os dados recolhidos na entrevista mostram ainda que, os sintomas psicopatológicos mais evidentes na paciente são os sintomas depressivos, (humor deprimido, choro frequente, angústia, baixa autoestima), os ansiosos (ansiedade) e os obsessivos-compulsivos (excessiva vontade em fazer limpezas, obsessão por compras). “*As minhas outras obsessões são o conjugar muito a roupa, tem que ser tudo a combinar (exemplo: as cores) e o fazer muitas compras (...)*” (sic).

Observação

Durante a avaliação, a paciente apresentou um discurso fluente e coerente, embora lento. Apresentava a aparência cuidada e adequada à sua idade. Demonstrou simpatia e empatia não se observando quaisquer atitudes de agressividade nem de autoritarismo. Observou-se algum contato visual e uma expressão facial deprimida, com algum choro.

Recomendações

Com base nos resultados obtidos serão sugeridas algumas recomendações que parecem ser indicadas para o caso de N., contudo, estes resultados só por si, poderão não ser suficientes para garantir qual a intervenção mais adequada. Assim sendo, uma das recomendações que se achou prudente fazer foi ao nível do acompanhamento psicológico. N. apenas tem sido acompanhada por uma médica psiquiatra, o que nos parece insuficiente para o seu caso. Através da avaliação psicológica, são visíveis alguns indicadores de depressão e de perturbação obsessivo-compulsiva e geralmente nestes casos, é recomendada uma intervenção multidimensional ou seja, a utilização de várias abordagens terapêuticas (Torres et al, 2001).

Desta forma, para além da terapêutica farmacológica, considera-se que seriam indicadas outras formas de tratamento como as abordagens psicológicas (como por exemplo a terapia familiar) e as intervenções educacionais.

Na terapia familiar, a intervenção junto dos familiares passa pelo aconselhamento, principalmente nos casos em que existe manutenção de sintomas por parte dos mesmos. O objetivo é informar os familiares sobre a doença, as causas, e as estratégias para que de certa forma, compreendam melhor o problema, a fim de que, se possa obter a sua máxima cooperação. As intervenções educacionais, também têm como objetivo prestar informação ao paciente e aos seus familiares sobre questões ligadas às características da doença, da sintomatologia ao prognóstico, para que o paciente possa melhor identificar e controlar os sintomas, para além de fazer com que haja uma maior adesão ao tratamento (Torres et al, 2001).

Análise clínica

Quando N. chegou até nós para o acompanhamento psicológico já vinha com diagnóstico estabelecido pela médica psiquiatra, de depressão e perturbação obsessivo-compulsiva. Porém, para melhor compreendermos o caso de N. consideramos que os dados recolhidos na entrevista foram fundamentais para confirmarmos este diagnóstico. Assim, com base nos dados recolhidos e tendo em conta os critérios do DSM-IV-TR (APA, 2002) pensa-se que N. sofre de depressão major em comorbidade com perturbação obsessivo-compulsiva. Para que exista comorbidade deve existir uma relação e uma continuidade no tempo entre as duas perturbações, podendo estas aparecer em simultâneo ou a seguir uma à outra (Petribú, 2001). O diagnóstico de perturbação obsessiva-compulsiva confirmou-se pela perturbação da paciente se enquadrar nos seguintes critérios do DSM-IV-TR (APA, 2002): apresentar sintomas obsessivos e compulsivos (critério A) com severidade suficiente para consumir mais de hora por dia, ou provocar sofrimento ou prejuízo significativo à pessoa (critério C). Num determinado momento da evolução da perturbação obsessivo-compulsiva, a paciente reconheceu que as obsessões são exageradas e irracionais (critério B). Na presença de outra perturbação do eixo I (por

exemplo: a depressão ou ansiedade), as obsessões e compulsões não resultam da mesma (critério D). A perturbação não é provocada pelos efeitos de uma substância, como drogas ou medicamentos ou por uma condição médica geral (critério E). Segundo o DSM-IV-TR (APA, 2002), a perturbação obsessiva pode estar relacionada com depressão major, ou perturbações da ansiedade. No caso de N., pensa-se que a perturbação obsessivo-compulsiva iniciou-se primeiro que a depressão pois, segundo relatou, no seu primeiro episódio da doença apresentava ideias obsessivas e compulsão pelas limpezas e apresentava outros sintomas como as insónias, que também podem estar presentes na perturbação (APA, 2002). Inicialmente o diagnóstico de depressão major foi estabelecido devido aos sintomas e comportamentos depressivos que a paciente apresentava. N. queixava-se de cansaço excessivo, tinha choro frequente, auto culpabilizava-se, tinha dificuldades em cumprir as tarefas diárias, o humor estava deprimido, apresentava falta de esperança em relação ao futuro, perda de prazer nas coisas, perda da libido, sentimentos de raiva, ideias e comportamentos suicidas. Alguns destes sintomas encontram-se presentes em várias literaturas como sendo os principais sintomas da depressão, nomeadamente, na FMSM (2010) e Wannmacher (2004). No entanto, pelo facto de N. apresentar também alucinações auditivas e visuais, colocou-se a hipótese de estarmos perante uma depressão psicótica. Segundo Wannmacher (2004), na depressão também podem estar presentes sintomas psicóticos como alucinações ou delírios. Para Rozenthal, Laks & Engelhardt (2004) “*cl clinicamente, a depressão psicótica se distingue por ter pior prognóstico, pior resposta aguda ao anti-depressivo, maior taxa de recaídas, maior gravidade dos sintomas depressivos, maior comprometimento neuropsicológico e história familiar positiva*” Rozenthal, Laks & Engelhardt 2004, pág. 207). O diagnóstico de depressão psicótica foi feito seguindo os critérios do DSM-IV- TR (APA, 2002), sendo que o quadro de N. inclui-se nos critérios A B e C da perturbação depressiva maior

recorrente, com especificador de gravidade grave e com sintomas psicóticos (APA, 2002). Ao tentar identificar-se as causas das patologias de N., pensa-se que as mesmas poderão estar relacionadas com a ausência de afetos e privação sofrida na infância, porém, estes dados só por si poderão não ser suficientes para afirmar a verdadeira origem dos seus problemas.

Reflexão pessoal

O caso de N. fez-nos compreender melhor como se manifestam as perturbações obsessivo-compulsiva e a depressão, assim como, as dificuldades que as mesmas colocam às pessoas portadoras. Para este caso, optamos por um acompanhamento que permitisse à paciente ter um espaço onde pudesse exprimir as suas emoções e desejos, esclarecer as suas dúvidas sobre a doença, onde ganhasse um maior suporte emocional e onde tivesse oportunidade de fazer mudanças internas (responder de forma mais adequada a certos acontecimentos, encontrar respostas). Procurou-se inicialmente estabelecer uma aliança terapêutica que nos permitisse uma boa relação entre nós e a paciente, o que se considera conseguido uma vez que N. para além de ter tido uma evolução positiva, também transmitiu o seu agrado com o acompanhamento. A simpatia e facilidade de contato com N. facilitou-nos todo o processo terapêutico pois, a utente cooperou de forma positiva. Sentiu-se também necessidade de analisar com a utente, que pensamentos disfuncionais poderiam estar a contribuir para o agravamento da depressão, procurando-se apresentar alternativas para a forma como N. interpreta e enfrenta determinadas situações. A evolução da paciente revelou-se satisfatória, pois, recuperou embora de forma gradual num espaço de 3 meses. Por um lado, seria importante que a paciente continuasse a identificar os seus pensamentos disfuncionais e tentasse compreender que pensamentos estão por detrás das suas emoções de raiva, medo e sentimentos como a ansiedade, tentando encontrar alternativas para essas formas de pensamento. Deve ganhar

consciência que certas emoções que tem como por exemplo a raiva, resultam muitas vezes de interpretações erradas que faz das situações com que se depara. Para isto, a paciente deveria continuar com o planeamento de atividades na sua agenda semanal. Por outro lado, seria importante incentivar a utente a aderir a algumas atividades prazerosas de forma a equilibrar o seu humor e consequente bem-estar, bem como, estar atenta a que situações lhe provocam um agravamento do seu mal-estar para aprender a minimizar os seus efeitos ou a lidar melhor com as mesmas.

2º Caso Clínico da Paciente M.

M. é uma mulher com 63 anos de idade, casada pela terceira vez, com duas filhas e encontra-se desempregada.

Encaminhamento

Foi encaminhada para a Clínica, devido ao agravamento da depressão. Atualmente M. está a passar pelo seu segundo internamento. A utente tem acompanhamento psiquiátrico há cerca de um ano e foi o psiquiatra assistente que lhe indicou o internamento. A paciente relatou que inicialmente necessitava de apoio psicológico para requerer a sua reforma. No entanto, referiu também precisar desse mesmo apoio por motivos de saúde. Os sintomas que a utente descreveu foram: dores de cabeça, sensação que a cabeça vai “explodir”, muito choro, falhas de memória e desorientação.

História de vida

M. em pequena viveu em Angola. Veio para Portugal na altura da guerra. A utente refere ter sido uma mudança difícil, uma vez que nessa altura o primeiro marido faleceu e logo no mês seguinte faleceu a sua mãe. M. era muito nova, tinha apenas 24 anos, uma filha com 4 anos para cuidar e estava num país onde não conhecia ninguém. Sentiu então

que havia perdido todos os seus pilares familiares. Mencionou que perdeu o contacto dos irmãos e apenas sabe que uma irmã está a viver no Brasil. Passado um ano e meio M. voltou a casar com um primo afastado e teve uma segunda filha. O casamento durou 20 anos, mas a paciente refere que casou pela necessidade de um suporte familiar, pois a adaptação ao novo país foi difícil, e não por amor. Deste casamento, a paciente relata guardar más recordações. Refere que o marido era uma pessoa muito paranóica, com ciúmes doentios. Por isso esperou que a filha completasse 17 anos para se divorciar. Porém, as coisas não correram bem e a separação só ocorreu após o seu primeiro internamento psiquiátrico. Entretanto conseguiu arranjar trabalho e as coisas evoluíram. Após o divórcio casou pela 3ª vez com o companheiro atual, casamento que dura há cerca de 4 anos. No princípio foi complicado devido ao mau relacionamento com o marido, pois o mesmo gritava ofendia-a e maltratava-a psicologicamente, por vezes dizia-lhe “*porque não te vais embora*” (sic).

História clínica

Há cerca de dois anos, devido a uma situação de stress no trabalho relacionado com uma viagem, deixou de trabalhar. O primeiro internamento, M. não soube explicar ao certo quando foi. Recorda-se que desmaiava na rua, tinha tonturas, vertigens e desequilíbrios. Depois teve algumas melhoras, pois dizia para si mesma que tinha de ganhar forças para continuar a viver. As suas filhas já têm vidas independentes e organizadas. Ao nível da estrutura familiar, a utente relata que apenas mantém contacto com duas primas que estão longe, conhece um primo e a tia irmã do pai. Referiu também que em tempos já fez alguns exames médicos como por exemplo o Eeg. (eletroencefalograma) e que não tem acesso à medicação, sendo o marido a dar. Afirmou ter trabalhado durante 16 anos numa produtora de televisão, onde dava assistência na

administração e na contabilidade e onde fazia várias coisas ao mesmo tempo. Referiu também ter formação em arte e decoração.

Apreciação global do paciente

Na primeira sessão, observou-se que M. apresentava uma aparência cuidada, olhar expressivo e um discurso fluente mas pouco organizado. M. focou-se em diferentes assuntos, saltando de um tema para outro. Nas sessões seguintes, observou-se que M. se encontrava desorientada no espaço e menos no tempo, apresentava falhas acentuadas de memória, era pouco comunicativa e pouco expressiva (3ª sessão). Deambulava pela Clínica, o discurso era coerente e lógico, mas letificado e o humor manteve-se pouco eutímico.

Ao nível dos fatores predisponentes encontram-se a baixa autoestima, instabilidade afetiva, autocrítica, história depressiva, défice cognitivo (que poderá ser desencadeado pela depressão) e ligeira desorganização psicológica. Em relação aos fatores precipitantes destacam-se a ausência de suporte familiar, perdas e o divórcio. No que concerne aos fatores de manutenção apresentam-se o isolamento e os conflitos conjugais, o sedentarismo e a falta de amigos. Identificaram-se como áreas de bom funcionamento a pintura e os trabalhos manuais. Quanto às expectativas de auto-eficácia a utente espera que as consultas de psicologia e o acompanhamento na Clínica possam ajudá-la a sair do problema de saúde.

Síntese do acompanhamento (resumo das sessões)

Tal como na anterior síntese das sessões do caso clínico de N., recomendamos para um maior aprofundamento do caso M. a leitura das sessões transcritas que se encontra no anexo IV (b). O acompanhamento psicológico de M. foi feito em 11 sessões, com início em 15 de Maio e termo a 28 de Junho do ano de 2012.

1ª Sessão

M. na primeira sessão parecia um pouco perdida e desorientada. A entrevista com a paciente não foi fácil, uma vez que esta respondia a questões diferentes das que lhe eram colocadas. Referiu que pretendia o apoio psicológico para poder requerer a sua reforma, e também por não estar bem psicologicamente. Nesta primeira sessão procurou-se estabelecer um contrato terapêutico com a utente explicando-se como seria realizado o acompanhamento psicológico, esclarecendo sobre as questões de sigilo e confidencialidade e o horário e duração das sessões. Também se procurou fazer um diagnóstico com base na história clínica da utente. M. começou por nos contar como foi a sua vida no passado, dando ênfase às suas três relações com os maridos e de como ficou após perder o seu primeiro marido e sua mãe. Falou-nos dos seus internamentos, mas foi pouco explícita sobre como estes ocorreram e porque motivos aconteceram, não ficando bem esclarecido esse ponto. Ao que parece, M. perdeu cedo o seu suporte familiar e social (falecimento da mãe e do 1º marido). Isto deixou-a muito abalada pois viu-se muito cedo com uma filha nos braços e num país novo, onde não conhecia ninguém nem sabia do paradeiro dos familiares. No entanto, conseguiu mais tarde retomar a sua vida construindo uma nova família. Contudo, o 2º casamento foi difícil pois M. era muito controlada e vivia sendo vítima de ciúmes doentios do marido.

2ª Sessão

Na segunda sessão, M. esclareceu-nos melhor sobre a sua relação com o seu 3º marido, relatando que, no início tinha tido uma boa relação, mas que com tempo o marido foi mudando o seu comportamento e começou a ser grosseiro e agressivo verbalmente. M. referiu estar arrependida de ter casado uma terceira vez. Apesar do marido ser um homem do “norte” M. não tolera as suas faltas de respeito e a forma como é tratada. Por

várias vezes o marido ofendeu-a chamando nomes e mandou-a para fora de casa.

Em relação ao seu estado de saúde, M. relata que de há dois anos para cá começou a perder a memória, e por isso o marido é quem lhe dá a medicação. Mencionou também que se sente bem na Clínica e que prefere não ir a casa, pois sente-se pior quando vem de lá. Queixou-se de sentir desequilíbrios, dores no corpo e couro cabeludo (desde que começou a ter discussões com o marido), muita tristeza e irritabilidade. De acordo com os dados recolhidos, M. parece estar com uma depressão major. Parece-nos que os principais motivos do seu esgotamento estão relacionados com a falta de suporte familiar e social, e, também resulta das discussões permanentes que tem com o marido.

3ª Sessão

Na terceira sessão, contou-nos que está desempregada e que não se sente capaz para voltar ao local de trabalho. Em termos de perspetivas futuras, pensa fazer alguns trabalhos manuais (uma vez que faz muito bem acessórios) e ir apresentar diretamente às lojas da especialidade. Nesta sessão M. falou-nos sobre a sua infância, relatando ter sido boa. Diz que foi uma pessoa sociável. Aos 16 anos começou a namorar à distância com um amigo, e, aos 18 casou com o 1º marido que já faleceu, pai de uma das suas filhas. Falou-nos também, da dificuldade que tem em relacionar-se com os filhos do atual marido. M. acredita que os filhos do marido não gostam dela por causa da partilha de bens, isto porque num almoço em família, os filhos chamaram o pai à atenção para o facto de este lhe querer dar os seus bens de “mão beijada”. Nas palavras de M. “*esperava que tudo fosse um mar de rosas*”, mas tem receio de ter problemas com os filhos por causa do dinheiro. Na Clínica, M. demonstrou estar ativa, participando nas atividades de trabalhos manuais e no Tai-Chi. Por fim, falou-nos que tem tendência a procurar afetos nas pessoas mais velhas dizendo que o marido tem 76 anos, e um amigo que foi visitá-la à Clínica tem 83 anos. De facto, nota-se uma grande diferença de idades, pois M. tem 63

anos. Pensa-se que esta necessidade poderá estar relacionada com a perda dos pais e do marido muito cedo.

4ª Sessão

Na quarta sessão, a paciente esclareceu mais alguns aspetos da sua história de vida, nomeadamente, sobre a morte da sua mãe que ocorreu quando tinha 17 anos de idade. M. revelou-nos que casou e poucos anos depois, com 24 anos, perdeu o seu marido com quem tinha uma filha de 4 anos. Logo nesse mesmo mês, perdeu o seu pai com quem tinha uma ligação muito forte. Sentiu então que havia perdido todo o seu suporte familiar. Este foi um momento que nos esclareceu sobre um dos motivos da depressão de M.

5ª Sessão

Na quinta sessão, M. revelou que recebeu visitas do marido e que este comentou “*Não te apercebes que fazes mal aos outros?*” (sic). Quando confrontada sobre o porquê desses comentários, a utente mudou de assunto não respondendo. Sobre o seu internamento na Clínica, M. comentou que se sentia desintegrada.” *Sinto-me um pouco desintegrada, não gosto que as pessoas falem umas das outras*” (sic). No seguimento da sessão, a utente relatou que a sua maior preocupação são as filhas. Mencionou que a filha mais velha tem a vida organizada, e que a mais nova ainda não. A sua relação com a filha mais nova é mais complicada havendo por vezes algumas discussões. Nesta sessão M. também revelou que quando sair da Clínica os seus dias serão passados a pintar, mas relembra as palavras do marido “*tu não vês, tantas mulheres que vão à luta!*” (sic) ao que M. responde “*Tu não vês o estado em que eu estou?*” (sic). Mas para M. o marido não a compreende. M. demonstrou também ter alguns planos para o futuro, comentando:” *Eu penso ter um escritório onde possa fazer os meus trabalhos pois aos 65 anos e de acordo com as palavras do doutor posso reformar-me*” (sic). Com o seu relato, ficou claro que

M. passa grande parte dos seus dias sozinha, pois o marido nem sempre lhe faz companhia. “ *Ele leva os dias fora de casa. Não gosta de estar muito tempo parado, e aborrece-se a estar em casa. Ora vai dar uma volta depois do almoço ora joga às cartas. Eu é que fico mais sozinha, tenho poucos amigos*” (sic). Por essa razão combinou-se procurar em conjunto com a utente atividades que M. pudesse realizar em grupo e que lhe dessem algum prazer.

6ª Sessão

Na sexta sessão, M. demonstrou a falta de vontade em ir a casa de fim-de-semana por se sentir pior quando regressa. M. relatou que o marido frequentemente muda de humor ao ponto de M. acreditar que o mesmo tem dupla personalidade. Nas suas palavras: “ *Ele é maluco, eu penso que deve ter algum problema, por vezes maltrata-me e depois mais tarde fala-me como se não tivesse dito nada. Sinto que pensa que sou um ser inferior, pouco inteligente*” (sic) M. explicou que não foi criada desta forma (insultos, nomes poucos apropriados) e sente muita vergonha quando o companheiro fala assim, principalmente, na frente de outras pessoas. Nesta sessão, tentou-se encontrar uma atividade em grupo que M. gostasse, pois esta leva uma vida um pouco isolada, apenas convivendo com o marido. No entanto, o companheiro frequentemente vai jogar cartas com os amigos ficando M. ainda mais sozinha. Considerou-se por isto, que seria benéfico para M. aderir a uma atividade ou estar num espaço que lhe permitisse maior convívio com outras pessoas, de forma a alargar a sua rede social e também para que se mantivesse mais ocupada e conseqüentemente menos isolada. M. também contou que a sua depressão possivelmente se iniciou numa altura em que trabalhava muito “*era tudo em cima de mim, eu entrava em pânico porque tinha de dar assistência na administração e na contabilidade, tinha trabalho a mais, dei tudo pela empresa, às vezes respondia mal quando estava irritada – tudo eu, tudo eu! Quando acontecia alguma coisa era tudo culpa*

da M. *Eu pensava que tudo estava a correr bem até que comecei e ter uma dor de cabeça muito forte e pensei para mim devo estar a aproximar-me de uma depressão*” (sic).

7ª Sessão

Na sétima sessão, voltou a falar da má relação com o marido. A paciente considerava importante alguém da Clínica falar com ele *“Ele diz que eu sou maluca, que devia estar na casa dos doidos, não me compreende, mas depois vem e fala como se nada tivesse acontecido*” (sic). Nota-se que a maior dificuldade de M. é fazer o marido compreender o seu problema de saúde, pois já é difícil para si conviver com todos os sintomas da doença, e ainda ser incompreendida pelo marido. M. esteve comunicativa na sessão, com o humor levemente deprimido. Tentou-se compreender nesta sessão como são as suas relações com as filhas e com os netos. Ao que parece, as relações são boas embora escassas devido à distância que os separa. Percebendo-se assim que M. permanece muito só, sem qualquer apoio nesta fase mais difícil (exceto do companheiro que a visita sempre). Salientando-se assim a necessidade de um maior apoio por parte dos profissionais que a acompanham.

8ª Sessão

Na oitava sessão, M. não apareceu na hora da consulta, foi necessário ir buscá-la à unidade. Ao chegar à unidade uma colega de quarto informou que M. estava a dormir (às 16h00). Depois tentou-se acordar a utente, mas esta demonstrou pouca vontade em se levantar pedindo para passar a sessão para outro dia. Após alguma insistência, M. despachou-se e foi para a sessão. Na sessão confrontou-se M. para saber qual o motivo de estar a dormir aquelas horas e porque razão iria faltar à sessão. A paciente a chorar relatou: *“Eu vou contar-lhe. Sabe, eu tinha guardados comigo aqui na Clínica, 150 euros para alguma situação que precisasse. Acontece que o meu marido levou a mala onde*

tinha guardado o dinheiro para casa. O meu marido encontrou o dinheiro e deixou-me apenas com 20 euros” (sic). Ao que parece, M. está a piorar, as falhas de memória parecem estar a aumentar. M. parece meio perdida sem saber o que fazer e como mudar a sua situação. Ficou evidente que M. fica muito passiva em relação ao que o marido lhe diz, acabando por sofrer para si. Considerou-se importante pedir a M. que se compromettesse a ligar às filhas e a explicar como se sente, para que estas lhe dêem mais apoio nesta fase da sua vida.

9ª Sessão

Na nona sessão, M. queixou-se das constantes falhas de memória e de como fica desorientada. A seguir explicou que anda sem forças e sem energia.” *Não consigo levantar um braço, ele sabe que gosto de ter tudo limpo, mas nunca mais trabalhei, não segurava as pernas e ele sempre a repreender-me, levava-me de rastos, eu a tropeçar”* o marido- “*tu não estás boa, tens de ir ao médico*”. M.- “*não era nada carinhoso*” (sic). Pelo que M. refere, o marido embora seja brusco preocupou-se em levá-la ao médico. Nesta sessão, iniciou-se o registo semanal de atividades em conjunto com M. Como a utente não sabe ao certo as atividades que pratica na Clínica, combinou-se falar com os enfermeiros a fim de se obter o plano das atividades da unidade para depois se acrescentar à agenda da paciente. As falhas de memória estão a afetar as próprias relações que M. tenta estabelecer pois, pelo que M. diz, quando está a falar com alguém esquece o que ia dizer adotando assim uma postura mais passiva. Pensa-se que o desenvolvimento da agenda semanal de atividades será benéfico, uma vez que permitirá uma maior organização das suas tarefas e evitará que se esqueça dos seus compromissos, ao consultar a agenda diariamente. Para além de ser uma ocupação nova, o que evitará que M. se foque demasiado nos sintomas da doença.

10ª Sessão

Na décima sessão, M. recebeu a notícia que teria brevemente alta uma vez que o seu médico entraria de férias. Pela expressão de M. pareceu-nos que a notícia não foi bem recebida. M. explicou que por um lado não se sente em condições para ter alta e não sabe como as coisas ocorrerão posteriormente. Por outro lado, tem uma certa curiosidade em ver como lidará com as situações do dia a dia e como se sentirá após regressar a casa. M. demonstrou alguma preocupação por ainda se sentir muito deprimida e com muitos sintomas, como por exemplo, o humor deprimido, a falta de energia, a falta de atenção e concentração, as falhas acentuadas de memória, baixa autoestima, pensamentos ruminantes de culpa, descrença, sentimentos de inferioridade, entre outros. M. referiu também que a preocupa a relação que estabelece com o seu marido, demonstrando algum receio de que as coisas mais uma vez não corram bem. Nesta sessão, M. pareceu-nos um pouco mais organizada em relação ao seu discurso e modo de pensamento, embora o humor se notasse pouco eutímico. Considerou-se que seria importante uma reunião antes da alta de M. com o médico que a acompanha, para informar e esclarecer o marido que é a pessoa que mais convive com M. no dia a dia, sobre a doença em si e as consequências que advêm desta, assim como explicar sobre as condições em que M. se encontra, tudo num sentido mais psicoeducativo.

11ª Sessão

Na décima primeira sessão estava preparada a aplicação da escala de inteligência Waiss III, no entanto, depois de termos falado com os enfermeiros da unidade soubemos que M. iria ter alta no dia seguinte, por essa razão não se utilizou a medida porque houve alteração no plano da sessão. Optou-se então por fazer a preparação para a alta de M.. Nesse sentido fez-se em conjunto com M. uma agenda semanal de atividades para

orientação da utente para quando saísse da Clínica. A agenda pode ser consultada no anexo IV (b). Foi curioso que, durante o planeamento das atividades ao perguntar-se a M. a que horas costumava levantar-se em casa, ela ter respondido que o marido leva-lhe o pequeno-almoço à cama, parecendo-nos, que, embora M. se queixe das atitudes “grosseiras” do marido, este demonstre também que se preocupa e é atencioso. Em conclusão, parece-nos que M. estava muito fragilizada no momento da alta considerando-se uma altura não muito indicada para sair do internamento. A utente deambulava pela Clínica, inclusive já havia caído devido à falta de atenção e concentração, a sua memória também estava comprometida considerando-se estes sintomas, prejudiciais para M. andar sozinha. Sentiu-se também que a utente estava muito perdida, não sabendo ao certo o que fazer e como fazer para recuperar. Segundo os seus relatos não tem apoio do marido, dizendo que este a maltrata psicologicamente e as filhas estando longe ainda mais complicadas se tornam as coisas. Porém, considera-se que a adesão terapêutica, a continuação do apoio psiquiátrico e se possível o apoio psicológico seriam fundamentais para um bom prognóstico.

Análise clínica

Ao analisarmos toda a história de vida de M. parece-nos que a paciente está a sofrer de uma depressão grave, que poderá ter sido desencadeada pelos acontecimentos do passado, isto é, a perda precoce da mãe, do pai e do seu primeiro marido. A perda de um familiar costuma ser uma das causas da depressão. De acordo com Zavaschi et al, (2002) alguns dos fatores ligados à depressão adulta resultam de eventos demasiado aversivos na infância do indivíduo, entre os quais o falecimento dos pais, as privações maternas e paternas em casos de abandono, divórcios. Para Kirtland a depressão maior, distímias e a perturbação bipolar estão relacionadas com traumas da infância, sendo que os abusos sexuais estão mais associados aos estados dissociativos, o stress pós-

traumático, a acidentes e a depressão mais ligada a perdas por morte ou separação (Kirtland, 1991, Figueroa et al, 1997, Prigerson et al, 1997, citados por Zavaschi et al, 2002).

Os sintomas identificados em M. remetem-nos para uma depressão, uma vez que M. apresentava humor deprimido, falta de energia, falta de atenção e concentração, falhas acentuadas de memória, baixa autoestima, pensamentos ruminantes de culpa, descrença, sentimentos de inferioridade. Geralmente, os sintomas depressivos são caracterizados por humor deprimido, falta de motivação, perda de prazer nas coisas, cansaço, mudanças no peso, alterações do sono, agitação ou retardo motor, sentimentos de culpa ou inutilidade, dificuldade de concentração, dificuldades nas tomadas de decisão, ideias suicidas (Apa, 2004, CID-10, 1993, citado por Cardoso, 2011). M. quando foi encaminhada para o acompanhamento psicológico trazia um diagnóstico do médico psiquiatra de depressão com déficit cognitivo menor. Em relação às falhas de memória que M. apresentava suscitou-nos algumas dúvidas, se estas resultavam de um déficit cognitivo ligeiro ou se eram desencadeadas pela própria depressão. Segundo Sales (2009), no déficit cognitivo ligeiro existe um declínio acentuado na memória dos indivíduos comparativamente a indivíduos da mesma idade e sexo. Porém, na depressão também pode ocorrer perdas de memória (Pergher, Stein, Wainer, 2004). Para um melhor esclarecimento considera-se que seria necessário a aplicação de alguns testes psicométricos específicos para o caso. Para além dos sintomas já referidos, M. queixou-se também de sentir desequilíbrios, dores no corpo e couro cabeludo, muita tristeza e irritabilidade, o que nos remeteu para o que Means-Christensen et al (2008) menciona, existe uma elevada probabilidade de pessoas com queixas de dor sofrer de sintomatologia psiquiátrica, sendo a depressão major a patologia mais fortemente ligada aos sintomas de dor (Means-Christensen et al, 2008, citado por Reis, 2010).

Reflexão Clínica sobre o Caso M.

O acompanhamento de M. não foi de todo fácil, pois a paciente apresentava-se um pouco desorientada, com frequência saltava de assunto e nem sempre concluía as conversas. Porém, este caso fez-nos compreender melhor a gravidade da depressão e como esta pode comprometer o funcionamento de uma pessoa. Percebeu-se claramente que a depressão também é uma perturbação que está bastante presente e que é diagnosticada em muitos casos na CPSJ. Este caso levou-nos a reconhecer melhor os sintomas depressivos, e também a identificar quais os pensamentos e acontecimentos que estariam por detrás do quadro depressivo de M.. Parece-nos que o esgotamento de M. deve-se sobretudo à estrutura e dinâmica familiar, devido às perdas familiares que sofreu e pela relação com o seu marido e filhas. Pela fragilidade apresentada pela paciente procuramos através de uma atitude empática, dar um apoio emocional de forma a diminuir o seu sofrimento psíquico. O objetivo deste acompanhamento foi o de dar condições a M. para que pudesse lidar melhor com a sua doença. Contudo, o acompanhamento não foi de todo possível uma vez que M. teve alta a meio do processo terapêutico, considerando-se uma limitação ao nosso trabalho. Pensa-se que M. teve alta num momento em que necessitava de muito apoio e em que não reunia condições suficientes para cuidar de si, pois ainda se sentia muito deprimida. Por fim considera-se que a adesão terapêutica, a continuação do apoio psiquiátrico, e, se possível o apoio psicológico, serão fundamentais para um bom prognóstico.

6.2.2 Avaliações psicológicas de utentes da unidade 7

Para além da avaliação psicológica do caso de M., foram pedidas outras avaliações psicológicas por motivos de interdição de algumas utentes da unidade 7. O instrumento escolhido foi o fator “g” (escala 1) de Cattell (1999). O fator “g” é uma medida que permite

avaliar a inteligência, em que é utilizada a linguagem não-verbal. A escolha dos instrumentos para a avaliação foi sugerida pelo Orientador, Dr. Jaime Grácio, por já ser um instrumento utilizado na Instituição e por se tratar de uma medida que permite avaliar o Q.I. das utentes.

O teste fator “g” não se encontra aferido para a população portuguesa, a versão utilizada foi a espanhola e está livre de quaisquer influências culturais. O teste (escala 1) é constituído por 8 provas: Substituição, Classificação, Labirintos, Identificação, Ordens, Adivinhas, Erros e Semelhanças. Para aplicação do fator “g” foi necessário uma preparação prévia com o objetivo de clarificar quaisquer dúvidas e para a sua execução ser bem sucedida, uma vez que esta medida é extensa, o que exige alguma prática e conhecimento do teste. Em alguns casos foi necessário repartir as provas por duas sessões pelo facto de algumas utentes sentirem dificuldades na sua realização e por demonstrarem sinais de algum cansaço. Houve um caso em que foi expressamente pedido pela utente, para terminar.

Em relação aos relatórios psicológicos das avaliações feitas, estes foram elaborados em conjunto com o Orientador, uma vez que para além dos resultados das avaliações com o fator “g” também foram acrescentados ao relatório os resultados de uma outra escala a GAF - Escala de Avaliação Global de Funcionamento (Sonesson, Tjus & Arvitsson, 2010) que foi aplicada e corrigida pelo Orientador. Relativamente à apresentação dos relatórios considerou-se apenas a apresentação de um relatório neste trabalho a título de exemplo, uma vez que todos os relatórios seguem a mesma linha, deste modo os restantes 7 relatórios encontram-se no anexo V.

Relatório de avaliação psicológica da utente M. R.

Identificação

Nome: M. R.

Data de Nascimento: 26/09/1954

Morada: Clínica Psiquiátrica de São José

Habilitações Académicas: Sem habilitações académicas

Profissão: Sem profissão

Data: 10/05/2012

Instrumentos de Avaliação

1.- Factor «g» – Escala I

2.- GAF – Escala de Avaliação Global de Funcionamento

Motivo da Avaliação

Relatório de avaliação psicológica elaborado a pedido do psiquiatra no âmbito do processo de interdição da utente M. R.

Resultados

1.- Factor “g” – Escala I

Caracterização do Instrumento de Avaliação

Instrumento constituído por oito provas: Substituição, Classificação, Labirintos, Identificação, Ordens, Adivinhas, Erros e Semelhanças.

Dimensões avaliadas

Avalia a inteligência geral de uma forma independente de quaisquer influências culturais.

Análise e Interpretação dos resultados

Os resultados do instrumento indicam um QI inferior a 59 pontos, o que é indicativo não só de um funcionamento intelectual-cognitivo global muito inferior à média, mas também de limitações severas no funcionamento adaptativo global.

2.- GAF – Escala de Avaliação Global de Funcionamento

Caracterização do Instrumento de Avaliação

Escala com dez níveis que se destina a avaliar o funcionamento psicológico, social e ocupacional.

Dimensões avaliadas

Funcionamento psicossocial global.

Classificação

Código – -- (escala 0-100).

Grave deficiência do funcionamento social e ocupacional.

Conclusão da avaliação

A avaliação psicológica revela um funcionamento intelectual muito baixo o que se traduz num funcionamento adaptativo global gravemente deficitário. Desta forma, estão presentes limitações severas ao nível do desempenho de aptidões sociais e interpessoais, ao nível de aptidões de comunicação, de saúde, segurança e de prestação de cuidados próprios, ao nível do desempenho da vida doméstica, de autocontrolo e ainda,

do uso de recursos comunitários. Este quadro clínico é sugestivo de debilidade mental moderada.

6.2.2. Atividade Sistema de economia de fichas (S.E.F) do grupo “Caminhar”

Durante a realização do estágio, foi indicado pelo Orientador que uma das atividades a ser desenvolvida seria realizada na unidade 7, mais propriamente com o grupo “Caminhar”. Seria necessário elaborar e aplicar uma atividade de modo a intervir com todos os elementos do grupo, com a finalidade de torná-lo mais coeso e disciplinado, gerir alguns conflitos, minimizar comportamentos inadequados e promover comportamentos adequados. A atividade desenvolvida chama-se Sistema de Economia de Fichas (S.E.F.) e foi realizada na unidade 7 da CPSJ, que é uma unidade que acolhe utentes do sexo feminino, com debilidade mental ligeira a moderada, com idades compreendidas entre os 20 e os 70 anos, que se encontram em regime de internamento a médio e a longo prazo. Algumas das utentes já residem na Clínica há mais de 30 anos. A descrição da atividade encontra-se mais pormenorizada no anexo I (a).

Caraterização do espaço

A sala está situada no 2º piso da Clínica, é de dimensão razoável com boa iluminação natural. Possui 2 sofás longos, 2 cadeiras e uma mesa pequena de apoio.

Caraterização do grupo

O grupo “Caminhar” é constituído por 16 utentes do sexo feminino, portadoras de deficiência mental ligeira a moderada, com idades compreendidas entre os 23 anos e os 70 anos. No que respeita ao comportamento, trata-se de um grupo bastante agitado

ocorrendo com alguma frequência situações de indisciplina e de conflitos quer na unidade, quer na instituição.

Preparação do projeto

Após a reunião com o Orientador e revisão bibliográfica considerada útil e pertinente para a criação da atividade e intervenção com o grupo, optou-se desenvolver a técnica conhecida por sistema de economia de fichas (S.E.F.). Segundo Soler, Herrera, Buitrago & Barón, (2009) o S.E.F teve como principais pioneiros Ayllon e Azrin no ano de 1974. O sistema de economia de fichas (S.E.F.) é uma técnica comportamental que tem como objetivos promover comportamentos e atitudes favoráveis, controlar ou eliminar comportamentos inadequados Soler et al, (2009). É habitualmente utilizada em contexto educacional (por exemplo com turmas problemáticas), na educação especial (com crianças autistas), pessoas com debilidade mental e pacientes psiquiátricos (Rodrigues, 2007, Liberman, 2000). Esta intervenção é feita através da entrega de “tokens” ou fichas (smiles), quando ocorrem comportamentos desejados e não na entrega de fichas na existência de comportamentos inadequados (Barkley, 1998). Para ver os “tokens” consultar o anexo I (b). Depois os “tokens” são trocados por presentes. Uma vez que a atividade é destinada a um grupo muito específico e com necessidades especiais, a estrutura da mesma, levou em conta alguns fatores nomeadamente, o facto das utentes não serem capazes de ler nem escrever. Por essa razão, ao escolher-se esta atividade, teve-se em consideração as capacidades e limitações dos elementos do grupo. Por outro lado, procurou-se também implementar uma atividade que visasse as necessidades particulares de cada uma das utentes, como por exemplo quais os seus interesses, gostos, etc.

Antes da primeira sessão com o grupo “ Caminhar “, houve uma reunião com os profissionais responsáveis pela unidade 7, com o objetivo de transmitir o funcionamento do projeto e para obtenção de recursos humanos e materiais indispensáveis ao

desenvolvimento da atividade. Nesta reunião, para além de nós contou-se também com a presença da enfermeira chefe e de mais uma enfermeira da unidade, duas auxiliares e a irmã superiora responsável pela unidade. Para a dinamização da atividade seria importante o papel da estagiária enquanto facilitadora do grupo, mas também a colaboração de outros profissionais que trabalhassem diretamente com as utentes e que conhecessem bem o grupo.

Síntese do projeto

Basicamente o projeto de sistema de economia de fichas consiste em entregar smiles ou “tokens” às utentes em troca de comportamentos adequados e penalizar ou não entregar smiles na existência de comportamentos inadequados. Para consultar a lista de comportamentos adequados e inadequados ver anexo I (a). Ao atingirem 10 smiles as utentes receberiam uma flor como reforço imediato e ao chegarem aos 20 smiles estes poderiam ser trocados por um prémio. Inicialmente a ideia seria aplicar o projeto apenas nas sessões realizadas semanalmente por nós, porém, após a reunião com os outros profissionais da unidade chegou-se à conclusão que seria mais benéfico para todos se o projeto abrangesse os momentos também fora das sessões, uma vez que a ideia seria que as utentes modificassem os comportamentos, não apenas nas sessões, mas sempre. Assim, para a realização deste projeto contou-se com a colaboração de uma auxiliar que ficou encarregue de registar os comportamentos diários das utentes e de nos transmitir os acontecimentos da semana. Todas as semanas foram entregues à auxiliar fichas diárias e semanais onde eram registados os comportamentos inadequados e o número de smiles ganhos por cada participante (as fichas diárias e semanais encontram-se no anexo I (c), (d). A auxiliar ainda colaborou ao participar na avaliação semanal, realizada por nós durante as sessões e onde se fazia a colagem dos smiles acumulados durante a semana. Houve ainda a colaboração de uma das enfermeiras, que se disponibilizou para fazer a

impressão e recortar os smiles. O projeto durou cerca de 5 meses, decorrendo de 12 de Janeiro a 19 de Julho. As sessões foram realizadas uma vez por semana tendo cada sessão a duração de 1h30m a 2h00, dando um total de 25 sessões.

Desenvolvimento das sessões

1ª Sessão

Na primeira sessão o objetivo foi conhecer o grupo, começou-se por fazer uma apresentação de cada uma das utentes. Neste primeiro momento procurou-se estabelecer uma relação entre nós e os elementos do grupo, colocando-se algumas questões que fossem acessíveis a todas as participantes, (como por exemplo, qual o seu nome? quais as suas atividades preferidas?) e que permitissem ao mesmo tempo, conhecer o funcionamento de cada uma e avaliar as relações interpessoais do grupo. Foram também esclarecidos os pormenores da atividade a ser desenvolvida, e estabeleceu-se o horário das próximas sessões. Na primeira sessão algumas das utentes não se demonstraram disponíveis para participar na atividade, no entanto, ficaram a assistir. Uma das utentes, a O., disse na reunião que não queria ali estar, e, inclusive perturbou a sessão discutindo com outra colega do grupo. Procurou-se então, perceber quais as razões de estar tão chateada com a colega e porque não queria participar das sessões. O. explicou os seus motivos, chorando. Depois tentou-se explicar, que se compreendia as suas razões, assim como se compreendia também o lado da sua colega, e que seria importante chegarem a um acordo para ficarem bem uma com a outra. A colega que se zangou com O. mostrou-se disponível para pedir desculpas pelo seu comportamento. O. não cedeu logo, mas no final da sessão procurou-nos para falar, demonstrando ter gostado da atenção que lhe foi prestada. Para além de O., a utente N. também não comunicou durante toda a sessão, mesmo quando lhe foram colocadas questões, parecendo ficar no seu próprio mundo (esta utente apresenta uma debilidade mental um pouco mais acentuada que as restantes

colegas do grupo). Houve outra utente, a J.M. que não quis participar da sessão, recusando aparecer na sala. Entretanto também tivemos conhecimento através das auxiliares e da irmã superiora sobre quais as utentes mais conflituosas do grupo. Porém, algumas dessas utentes estiveram bem na sessão. Por outro lado, outras utentes demonstraram-se muito recetivas e entusiasmadas com a nova atividade. Estas utentes para além de terem sido simpáticas, também procuraram colaborar ajudando outras colegas que tinham maior dificuldade em exprimir-se. No final da sessão e após explicada a atividade, várias utentes dirigiram-se a nós para cumprimentar e esclarecer algumas dúvidas.

2ª Sessão

Na segunda sessão, procurou-se conhecer melhor o grupo, dando-se espaço para cada uma das utentes falar um pouco de si. Ao dinamizar este grupo foi importante ter-se em conta a necessidade que cada uma tinha de poder falar e ter a atenção dirigida a si. Foi necessário ter algum controlo sobre o grupo uma vez que quando uma queria falar as outras sobrepunham-se à conversa. Para contornar esta situação, foram necessárias algumas chamadas de atenção e explicações sobre as regras das sessões, nomeadamente: o falar uma de cada vez, o ouvir a colega enquanto fala, não gritar e não perturbar a sessão, entre outras. Todas as sessões foram iniciadas com um pequeno resumo sobre o que foi discutido na sessão anterior, de modo a relembrar o funcionamento da atividade e esclarecendo eventuais dúvidas.

3ª Sessão

Nesta sessão foi criado o painel para registar os “tokens”. Para a estrutura do S.E.F. foi necessário a elaboração de um painel (feito em cartolina e plastificado) onde foi colocado o nome de todas as participantes e onde seriam colados todas as semanas os “tokens” ou os smiles ganhos pelas utentes ao longo da semana (para mais pormenores

sobre o projeto consultar anexo I). Em seguida, foi feita a entrega de envelopes onde seriam escritos os respectivos nomes das utentes e onde se guardariam os smiles ganhos em cada dia. Foi um momento de pintura e criatividade, cada utente tentou fazer um desenho no seu envelope de forma a personalizá-lo. Esta sessão foi agradável pois houve muita cooperação por parte de algumas utentes, a possibilidade de cada uma poder participar fez com que houvesse uma maior coesão do grupo e uma maior integração das participantes.

Da 4ª à 7ª Sessão

Nestas sessões iniciou-se a avaliação semanal sobre os comportamentos praticados pelas utentes ao longo da semana. Esta fase da avaliação foi realizada com a colaboração da auxiliar que ficou responsável por fazer a entrega dos “tokens” de acordo com o desempenho diário de cada uma das utentes, por ser a pessoa que acompanhava o grupo mais de perto. Durante a avaliação, foi feita uma reflexão da evolução de cada utente ao longo da semana. Na existência de comportamentos inadequados, era refletido com a participante, o porquê dos seus atos e explicado de que forma é que isso compromete o seu relacionamento com as outras pessoas, para além de prejudicar as atividades que desempenha na Clínica. Foi explicada também a razão porque receberam menos “tokens” nessa semana e o que poderia ser feito para os recuperar e chegar ao seu objetivo, o prémio. As utentes que tiveram bom aproveitamento foram elogiadas pelos seus comportamentos de forma a reforçá-los e aplaudidas pelos restantes elementos do grupo. Após a avaliação foram colocados os “tokens” no painel e contabilizados os mesmos. Nas sessões seguintes deu-se seguimento às avaliações semanais e as primeiras participantes a chegarem aos dez smiles receberam uma flor (como reforço imediato) que correspondia ao número de smiles acumulados. Esta atividade tinha a vantagem de se poder trabalhar a baixa tolerância à frustração. As utentes foram aprendendo a ganhar

resistências esperando pela altura de receber o prémio. O desejo pelo ganho dos prémios levava a que as utentes adotassem aos poucos, novos comportamentos para rapidamente juntarem os smiles necessários para o prémio.

Da 7ª à 11ª Sessão

Por esta altura as mudanças comportamentais já eram bastante visíveis e na unidade eram comentados com satisfação os progressos. Embora por vezes, houvesse momentos em que parecia que algumas utentes estavam a regredir. Nesta fase foram atingidos os primeiros prémios. Os prémios foram entregues por ordem de chegada, ou seja, a primeira participante a atingir os 20 smiles, recebia o prémio em primeiro lugar e assim sucessivamente. As que ainda não tivessem chegado ao prémio era explicado porque razões isso ainda não tinha acontecido, para que refletissem um pouco sobre as suas atitudes e aguardassem a sua vez. A maioria dos elementos progrediu satisfatoriamente, um pequeno número ainda mantinha algumas queixas por parte das auxiliares, por exemplo não chegar a horas às refeições, arranjar conflitos, bater em colegas, gritar.

Da 12ª à 18ª Sessão

De um modo geral as sessões correram bem. No início algumas utentes foram difíceis de lidar mas com o passar do tempo e à medida que a atividade ia sendo desenvolvida os comportamentos foram-se alterando. Quando as primeiras participantes começaram a alcançar os prémios foi uma grande satisfação para o grupo, e levou a um maior interesse sobre a atividade. Por um lado por estarem a ser recompensadas pelo esforço e por outro pela mudança positiva nas relações com os outros. Por exemplo, a utente O., que na primeira sessão provocou conflitos tornou-se o exemplo do grupo, todas as semanas demonstrou bom comportamento ganhando todos os dias os smiles, as

auxiliares ficaram admiradas com a mudança de comportamento da utente. A N., utente que nas primeiras sessões não comunicava, à medida que começou a integrar-se na atividade começou a demonstrar grande interesse fazendo perguntas como: quantos smiles “tokens” seriam necessários para chegar ao prémio. Até sorria sempre que era feita a sua avaliação, que foi bastante positiva. A outra participante, a J.M. começou também a participar na atividade, apesar de fazer algumas queixas, mas com um pouco de atenção e compreensão conseguiu também evoluir de forma positiva. Houve semanas em que os conflitos aumentaram, mas após algumas reuniões em conjunto com a auxiliar, sobre a importância de comportamentos adequados, em concreto sobre os comportamentos de cada uma, as coisas acalmaram e começaram a evoluir positivamente. Houve uma utente, a F.V. que foi mais complicado modificar os comportamentos inapropriados, pois constantemente provocava conflitos e manipulava as outras colegas para fazerem o mesmo. De notar, que logo na primeira sessão a F.V. mostrou-se muito motivada com a atividade dizendo que seria a primeira a chegar ao prémio, contudo isso não se verificou. Pelo contrário, houve semanas em que ocorreram muitas queixas suas. Foi preciso alguma paciência e um acompanhamento mais individualizado para se começar a ver resultados. A dada altura o seu comportamento foi modificando para melhor. Possivelmente por se ter sentido compreendida, ter percebido que era tão capaz como as outras e finalmente ter alcançado o prémio, também ajudou nesta modificação de comportamento. Nesta atividade, as utentes tiveram a oportunidade de escolher quais os prémios que gostariam de receber, naturalmente tendo em conta as possibilidades da Clínica. Alguns dos prémios foram lápis de cor, livros para colorir, colares, anéis, pulseiras e saídas ao exterior com a possibilidade de cada uma das participantes escolher algo e comprar com o seu próprio dinheiro. Esta oportunidade permitiu que as utentes sentissem alguma autonomia e isso foi recebido com muita satisfação. Com o passar das sessões e com a mudança positiva

dos comportamentos rapidamente as utentes começaram a atingir os prémios. Sendo que o prémio mais desejado, o passeio ao exterior, ficou para o fim do projeto. Para facilitar o acompanhamento das utentes na saída foi necessário dividir o grupo em dois sub-grupos. Assim, numa semana foram as participantes que alcançaram primeiro o prémio, e na semana seguinte, foram as restantes. A auxiliar prontificou-se a acompanhar-nos no passeio, o que tornou as coisas mais fáceis. Foi muito agradável perceber o entusiasmo das participantes no dia do passeio. Estavam todas prontas a horas, e assim, fomos passear a um centro comercial próximo da instituição. Durante todo o passeio os comportamentos foram assertivos. Cada uma teve a oportunidade de escolher alguma coisa para comprar e no final todas puderam comer um gelado ou algo do seu agrado. Foi visível a alegria de cada uma naquele dia. Na semana seguinte foi a vez de outro grupo e a saída também correu muito bem. A cada sessão que passava as utentes ficavam mais entusiasmadas e sempre que começava a atividade, procuravam agradar-nos entregando desenhos e pinturas feitas por elas (alguns exemplos de desenhos encontra-se no anexo I (e)).

Da 18ª Sessão à 25ª Sessão

Nas últimas sessões conseguiu-se verificar a diferença e a evolução que cada participante apresentou. Todas estavam integradas e receberam elogios quer das auxiliares quer dos outros profissionais da Instituição. Por estar no final das sessões foi explicado que o projeto tinha sido bem sucedido e que estava a chegar ao fim. Muitas das utentes ficaram tristes não querendo que a atividade terminasse, algumas até choraram. Na última sessão foi feita uma festa de despedida, nós levamos um bolo e algumas bebidas, a auxiliar da unidade também fez questão de levar mais um bolo para um melhor convívio. No final, percebeu-se como foi gratificante participar nesta atividade. As utentes demonstraram grande satisfação e pena ao mesmo tempo. Agradeceram-nos pela nossa prestação, dizendo que não esperavam que as coisas tivessem corrido tão bem e que

houve mudanças significativas em algumas das utentes. Claro que foi agradecido todo o carinho demonstrado e referido que tudo foi possível graças não só, à nossa prestação mas à de todas as participantes e à preciosa colaboração da auxiliar e dos outros profissionais da unidade (enfermeira, Irmã Superiora, Dr. Jaime Grácio). Por fim, houve utentes que nos ofereceram algumas cartas e desenhos como forma de agradecimento, e tiraram-se algumas fotografias para recordação. Para visualizar os desenhos, as cartas e as fotografias consultar o anexo I (e), (f), (g).

Avaliação

A avaliação passou pela observação durante as sessões e com base nos registos da grelha (ficha diária no anexo I), elaborados pela auxiliar responsável. Todas as quartas-feiras nos era entregue pela auxiliar, a ficha diária onde estavam registados o número de “tokens” acumulados, assim como os comportamentos inadequados praticados pelas participantes. Com base nesta grelha seria feita uma reflexão sobre a prestação de cada participante e sobre a sua evolução.

Também na última sexta-feira de cada mês foi realizada uma reunião com o coordenador e os profissionais da unidade (enfermeiras, irmã superiora, assistente social) com a finalidade de discutir aspetos relacionados com as utentes da unidade 7, para além de outros assuntos pertinentes, como por exemplo, pedidos de avaliações psicológicas de algumas utentes da unidade. Nesta reunião seria dado um esclarecimento sobre o desenvolvimento e resultados da atividade de sistema de economia de fichas.

Avaliação final da atividade

A avaliação de um projeto é de extrema importância para se conseguir compreender todo o seu processo, as suas características e o resultado do seu

funcionamento. Torna-se também necessário quando se pretende melhorar as práticas e analisar o que correu menos bem.

No início do projeto sentiu-se alguma resistência em trabalhar com o grupo, pois o conhecimento que se tinha inicialmente sobre deficiência mental, era o de que qualquer atividade aplicada ao grupo, seria difícil de ser compreendida e eventualmente demonstraria poucos resultados. Mas de facto a experiência fez-nos compreender o contrário, a partir da primeira sessão percebeu-se que as utentes tinham capacidades para trabalhar e que apesar das suas limitações poderiam ser feitas práticas adaptadas às suas necessidades o que acabou por ser muito recompensador. Esta forma de intervenção foi adequada às necessidades das utentes e acessível à instituição. Verificou-se que as utentes beneficiaram bastante com a atividade pois ao longo das sessões foram encontrando estratégias e aprendendo a lidar melhor umas com as outras. Ao finalizar este projeto e tendo em conta as avaliações realizadas quer através das observações, quer por uso das grelhas de registo ou pelos comentários tanto do Orientador como das auxiliares, verificou-se que o projeto correspondeu às expetativas do Orientador e dos profissionais da unidade.

VII- CONCLUSÃO

Fazer o estágio curricular na Clínica Psiquiátrica de São José, foi uma experiência única, que superou as nossas expectativas pois, para além da aprendizagem, permitiu-nos desenvolver competências e encontrar ferramentas úteis para podermos atuar em contexto clínico. Foi uma oportunidade que nos ajudou a perceber a realidade de uma Instituição de saúde mental, neste caso a CPSJ, envolvendo todo o seu funcionamento, o trabalhar em equipa multidisciplinar, o de experienciar o contato direto com as várias atividades e as consultas com os pacientes. Fez-nos compreender melhor outros aspetos da Instituição como a sua história, as suas instalações, os seus objetivos, o tipo de pessoas que acolhe, os profissionais que constituem a equipa, os projetos e as atividades que são desenvolvidas. O acolhimento e a receptividade por parte dos profissionais da Clínica, (psicólogos, irmãs superiores, auxiliares entre outros) foi sem dúvida fundamental para uma melhor adaptação e consolidação dos conhecimentos e para nos sentirmos à vontade e sem receios. Entre estes salienta-se o Dr. Jaime Grácio que sem a sua cooperação, apoio e atenção não nos seria possível ultrapassar as dificuldades sentidas. Foi uma passagem por diversos momentos que contribuiu positivamente para a nossa formação académica. Houve momentos de angústia face aos atendimentos psicológicos, pois existiam muitas expectativas sobre a evolução dos pacientes, houve momentos de frustração em relação à atividade desenvolvida com as utentes com deficiência mental pois, com o avançar das sessões, parecia que algumas utentes, em vez de melhorarem, pioravam os comportamentos. Houve momentos de satisfação quando as coisas correram bem, quando fomos valorizados pelo nosso desempenho e quando se apresentaram resultados satisfatórios. Para o acompanhamento dos casos clínicos foi necessária muita persistência e resistência à frustração pois, apesar dos conhecimentos adquiridos através da revisão de literatura, pareceram-nos sempre insuficientes, pois sentimos insegurança e algumas

dificuldades em acompanhar as pacientes. Acredita-se que a falta de uma formação em psicoterapia seja uma das razões para as dificuldades sentidas, sendo por isso considerado uma limitação no nosso estágio. Porém, fazer o acompanhamento dos dois casos fez-nos questionar sobre as nossas capacidades e limitações. Fez-nos perceber que somos importantes, enquanto “psicólogos”, para uma melhor recuperação do utente e isso é muito recompensador no final, no entanto, acreditamos que o paciente é o maior responsável pelo seu crescimento e evolução. Os momentos de supervisão foram muito importantes para o estágio pois, partilhando as nossas dificuldades com o Orientador e colegas estagiárias percebemos que algumas das nossas inseguranças eram naturais e podiam ser ultrapassadas. Para além de que nos permitiu ter uma visão mais abrangente, quer das problemáticas quer das intervenções a adotar. No desenvolvimento da atividade de sistema de economia de fichas, com as utentes com deficiência mental, houve alguma resistência da nossa parte, pois a ideia inicial que tínhamos era a de que qualquer intervenção com pessoas nesta condição (deficiência mental), não produziria efeitos ou apresentaria poucos resultados. No entanto, a experiência fez-nos perceber o contrário pois, à medida que as sessões se foram desenvolvendo, vimos que estas pessoas tinham muitas competências que poderiam ser trabalhadas e que independentemente das suas limitações, elas poderiam participar ativamente no projeto e também seria possível modificarem os comportamentos. Ficou-se a considerar que atividades deste género são muito importantes pois, para além de serem acessíveis às pessoas com debilidade mental, permitem um maior desenvolvimento das suas capacidades e uma aprendizagem de como conviver em grupo. Em relação às melhorias da instituição, é de referir apenas, que o momento em que é dada a alta hospitalar aos pacientes deveria ser comunicado primeiramente aos psicólogos ou às estagiárias que estão a fazer o acompanhamento psicológico, o que não acontece. Por vezes os pacientes têm alta a meio de um processo

terapêutico e não nos é transmitido, o que nos impossibilita de fazer a preparação para a alta e de terminarmos o processo convenientemente. Seria importante que esta informação passasse pelos vários profissionais que acompanham os utentes, para que assim se possa ter conhecimento e concluir devidamente o acompanhamento.

As sugestões que deixamos, são a necessidade de permitirem estágios em horário pós-laboral, ou na impossibilidade desta, sugere-se uma maior flexibilidade em relação aos dias necessários para a concretização do estágio. No entanto, no nosso caso agradecemos a quem nos possibilitou essa oportunidade. Em relação à bateria de testes sugeridos na Instituição, recomendar-se-ia que houvesse um maior leque de escolha a este nível pois poderiam haver mais testes direcionados para a população que será estudada. No que concerne às perspetivas futuras, dizer que estamos perante o começo de uma nova caminhada, onde serão feitas novas aprendizagens. O objetivo é continuar a crescer profissionalmente na área da Psicologia e para isso será necessário mantermo-nos atualizados, fazermos novas pesquisas e aprofundarmos os conhecimentos até agora adquiridos nesta área.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Afonso, P. (2004). *Será a Depressão ou simplesmente tristeza ...?* (1ª Edição). Cascais: Editora Principia.
- Aguiar, C., Castro, T., Carvalho, A., Vale, O., Sousa, F. & Vasconcelos, S. (2011). Drogas Antidepressivas. Artigo de revisão. *Acta Médica Portuguesa*, 24, 91-98.
- Almeida, L., Dinis, A., Pais, L., & Guisande, M. (2006). A avaliação psicológica na prática dos psicólogos: As provas psicológicas usadas em Portugal. In *Actas XI Conferência Internacional "Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*. Braga
- Almeida, N. (2004). A entrevista psicológica como um processo dinâmico e criativo. *Revista de Psicologia Vetor Editora*, vol. 5, Nº1, 34-39.
- Anxiety and Depression Association of America [ADAA]. (2012). *Obsessive-Compulsive Disorder (OCD)-Symptoms*. Retrieved May 12, 2012 from <http://adaa.org/understanding-anxiety/obsessive-compulsive-disorder-ocd/symptoms>
- American Psychiatric Association [APA]. (2002). *DSM-IV-TR Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*, (4ª ed.), Texto Revisto. Lisboa: Climepsi Editores.
- American Psychological Association. (2010). *Publication manual of the American Psychological Association* (6th ed.) Washington, DC: Author.
- Ávila, A. (2009). *Neurose Obsessiva e TOC: Um Diálogo entre Psicanálise e Psiquiatria*. Monografia de conclusão de curso de Psicologia apresentada à Faculdade de Ciências da Saúde, Brasília, Brasil.
- Bahls, S., & Ito, M. (2003). Fundamentos da Terapia Interpessoal. *Revista electrónica de Psicologia*. Nº3, 1-9.

- Bandelow, B., Zohar, J., Hollander E., Kasper S., & Möller, H. WFSBP. (2008) Guidelines for the Pharmacological Treatment of Anxiety, Obsessive-Compulsive and Post-Traumatic Stress Disorders. *The World Journal Biological of Psychiatry*. Vol. 9, Nº4, 248-312.
- Barkley, R. (1998). *Attention deficit hyperactivity disorder: A handbook of diagnosis and treatment*. New York: Guildford.
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B., & Emery, G. (1997). *Terapia Cognitiva de Depressão*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Bénony, H., & Chahraoui, K. (2002). *A entrevista clínica*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Bernaud, J. (2000). *Métodos de avaliação da personalidade*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Berk, L. (2011). *Guia para cuidadores de pessoas com transtorno bipolar*. São Paulo: Editora Segmento Farma.
- Bogdan, R., & Taylor, S. (1975). *Introduction to qualitative research methods: A phenomenological approach to the social sciences*. New York: John Wiley & Sons.
- Brito, S. (2008). A Psicologia Clínica - Procura de uma identidade. *Revista do serviço de psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca*. Psilogos Vol. 5 Nº 1, 63-64.
- Canova, F. (1993). *Cansaço e Depressão*. Lisboa: Edições São Paulo.
- Capelo, F. (2000). Aprendizagem Centrada na Pessoa: Contributo para a compreensão do modelo educativo proposto por Carl Rogers. *Revista de Estudos Rogerianos*, Nº. 5, 17-23.
- Cardoso, L. (2011). Psicoterapias comportamentais no tratamento da depressão. *Revista Psicologia Argumento*, Vol.29, Nº67, 479-489.
- Castro, A., & Neto, F. (2004). Continuação do antipsicótico em depressão psicótica. *Revista psiquiatria clínica*. Vol. 31, Nº 6, 300-305.
- Cattel, R. (1999). *Teste de Inteligência, Fator "g". Escala I*. Madrid: TEA Editions S.A.

- Choca, J., Shanley, L., & Denburg, E. (1992). *Interpretative Guide to the Millon Clinical Multiaxial Inventory*. Washington: American Psychological Association.
- Clínica Psiquiátrica de São José [CPSJ]. (2011). *Memória Anual de 2011*. Telheiras: Clínica Psiquiátrica de São José. Documento não publicado.
- Cordeiro, C. (2002). *Manual de Psiquiatria Clínica* (2ª edição). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Cordioli, A. (2008). Programa Transtornos de Ansiedade (Protan). *Terapia cognitivo-comportamental em grupo no transtorno obsessivo-compulsivo*. Retrieved May 15, 2012 from http://www.ufrgs.br/toc/images/pesq_e_public/publicacoes/Manual%20da%20Terapia%20Cognitivo-Comportamental%20em%20Grupo%20no%20TOC%202008.pdf
- Costa, E. (2010). *Depressão: consumo de antidepressivos em Portugal e na Europa*. Monografia de Licenciatura, Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal.
- Costa, M. (2011). *Relação entre personalidade vulnerabilidade ao Stress e Burnout nos elementos da Polícia de Segurança Pública*. Dissertação de Mestrado, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa, Portugal.
- Coutinho, M., & Saraiva, E. (2008). Depressão pós-parto: considerações teóricas. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, Ano 8, Nº3, 759-773.
- Cuche, H., & Gerard, A. (1994). *Não aguento mais: um guia para compreender e combater a depressão* (2ª Edição). São Paulo: Papirus.
- Cuijpers P., Dekker J., Hollon S., & Andersson, G. (2009). Adding psychotherapy to pharmacotherapy in the treatment of depressive disorders in adults: a meta-analysis. *Journal Clin. Psychiatry*, Nº70:9, 1219-29.

- Dombeck, M. (2001). *Introduction to Obsessive-Compulsive Disorder*. Retrieved October 12, 2012 from http://www.mentalhelp.net/poc/view_doc.php?type=doc&id=439&cn=6
- Duque, A. & Neves, P. (2004). Auto-Mutilação em Meio Prisional - Avaliação das Perturbações da Personalidade. *Psicologia Saúde e Doenças*, Vol. V, Nº2, 215-227.
- Ernst, E. (2000). *Depressão-cuide bem da sua saúde*. São Paulo: Vitória Régia.
- Federação Mundial para Saúde Mental [FMSM]. (2010). *Depressão: O Que Você Sabe Pode Ajudá-lo Perspectivas Internacionais sobre Depressão para Pessoas Vivendo com Depressão e Suas Famílias*. Retrieved March 22, 2013 from http://wfmh.com/wp-content/uploads/2013/11/WFMH_GIAS_Depression_Portuguese.pdf
- Ferreira, B. (2006). Depressão “unipolar” de início precoce. *Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca*. Psilogos.Vol. 4, Nº1, 64-71.
- Figueiredo, A. Souza, L., Áglio, J., & Argimon, I. (2009). O uso da Psicoeducação no Tratamento do Transtorno Bipolar. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*. Vol. XI, Nº1,15-24.
- Fineberg, N. & Gale, T. (2005). Evidence-based pharmacotherapy of obsessive-compulsive disorder. *The International Journal of Neuropsychopharmacology*. Nº8 (1), 107-129. DOI: 10.1017/S1461145704004675.
- Freud, S. (1917). *Luto e Melancolia*. Vol. XIV. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago Editora LTDA.
- Ginzburg, J. (2001). A clínica da melancolia e as depressões. *Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre*, Nº 20,Vol.1, 102-116.
- Gonçales, C., & Machado, A. (2007). Depressão, o mal do século: De que século? *Revista de Enfermagem*, Vol. 15, Nº2, 298-304.

- Gil, A. (1995). *Métodos e Técnicas de Pesquisa social*. São Paulo: Atlas.
- Gleitman, H., Fridlund, A. & Reisberg, D. (2007). *Psicologia* (7ª ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Guerreiro, F. & Frasquilho, M. (2005). *Stress, depressão e suicídio*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Gusmão, R. (2005). *Depressão: deteção, diagnóstico e tratamento. Estudo de prevalência e despiste das perturbações depressivas nos Cuidados de Saúde Primários*. Dissertação de Doutoramento, Universidade Nova de Lisboa, Portugal.
- Haggsträm, L., Bohrer, Z., Cosner, A., & Lima, V. (2003). Psiquiatria para estudantes de medicina. In Alfredo Neto, Gabriel Gauer & Nina Furtado (Org.), *Psiquiatria para estudantes de medicina*. Cap.67. 430-437 Porto Alegre: Edipucrs.
- Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus [IHSCJ]. (s.d.). Clínica Psiquiátrica de São José. Retrieved 12 Março 2012, from <http://www.irmashospitaleiras.pt/cpsj/>
- Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus [IHSCJ]. (2006). *Cuidar com ciência e caridade*. Avintes: Claret - Companhia Gráfica do Norte.
- Hudzinski, E., Gonçalves, J., & Thá, F. (2009). O Transtorno obsessivo-compulsivo e a vida cotidiana de seus portadores. *PsicoDom*. N°4, 42 -54.
- Kaplan H., Sadock B., & Grebb J. (1994). *Clinical Psychiatry* (7ª ed.). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Knapp, P. (2007). Princípios fundamentais da terapia cognitiva. In Paulo Knapp e colaboradores, *Terapia Cognitivo-Comportamental na Prática Psiquiátrica*, (pp.19-41). Porto Alegre: Artmed.
- Keck, M. (2010). Depressão. Como aparece? Qual o tratamento? Qual a relação com o stress? Retrieved January 11, 2013 http://www.depression.ch/documents/depressionen_pt_neu.pdf

- Krishnan, K. (2005). Psychiatric and medical comorbidities of bipolar disorder. *Psychosomatic Medicine*, 67 (1), 1-8.
- Liberman, R. (2000). The Token Economy. *The American Journal of Psychiatry*, Vol. 157, Nº 9, 1398-1398.
- Macedo, A., Pocinho, F. (2007). Obsessões e Compulsões-As Múltiplas Faces de uma Doença. (2ª edição). Coimbra: Quarteto
- Machado, A. Souza, C. (2007). Dimensões do processo de Avaliação Psicológica. In Adriane Machado, Valéria Morona, (Coord.), *Manual de avaliação psicológica* (21ª Ed.), (pp.17-18). Curitiba: Unificado.
- Macedo, A. F., & Pocinho, P. E. (2000). *Obsessões e compulsões - As múltiplas faces de uma doença*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Marques, C. (2001). Tratamento farmacológico do transtorno obsessivo-compulsivo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. Nº23, (Supl. II), 49-51.
- Martin, D., Quirino, J., & Mari, J. (2007). Depressão entre mulheres da periferia de São Paulo. *Revista Saúde Pública*, Vol.41, Nº4, 591-597.
- Menezes, S., & Souza, M. (2012). Implicações de um grupo de Psicoeducação no cotidiano de portadores de Transtorno Afetivo Bipolar. *Revista da Escola de Enfermagem*, Vol. 46, Nº1, 124-31.
- Miguel, E., Ferrão, Y., Rosário, M., Mathis, M., Torres, A., Fontenelle, L., et al, (2008). Consórcio Brasileiro de Pesquisa em Transtornos do Espectro Obsessivo-Compulsivo: recrutamento, instrumentos de avaliação, métodos para o desenvolvimento de estudos colaborativos multicêntricos e resultados preliminares. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, Vol.30, Nº3, 187-198.

- Miguel, D. (2011). *As expectativas dos jovens em relação ao acompanhamento psicológico*. Dissertação de Mestrado de Psicologia. Universidade de Lisboa, Portugal.
- Ministério da Saúde Português [MSP]. (2006). *Depressão*. Retrieved July 5, 2013 from <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/ministerios+saude/saude+mental/depressao.htm>
- Nardi, A. (1999). Estudo epidemiológico em distímia. *Jornal Brasileiro de Medicina*, Vol. 77, Nº1, 85-96.
- Nock, M., & Kazdin, A. (2001). Parent expectancies for child therapy: assessment and relation to participation in treatment. *Journal of Child and Family Studies*, Vol.10, Nº2, 155-180.
- Noppen, B., Pato, M., & Rasmussen, S. (2000). *Aprendendo a viver com TOC-transtorno obsessivo compulsivo*. (1ª edição). São Paulo: Departamento de Psiquiatria da FMUSP.
- Oliveira, A. (2010). Observação e entrevista em pesquisa qualitativa. *Revista da Faculdade Cenecista de Vila Velha*. Nº 4, 22-27.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses [OPP]. (2011). *Código deontológico da ordem dos psicólogos portugueses*. Lisboa: Ordem dos Psicólogos Portugueses. Retrieved March 11, 2013 from https://www.ordemdospsicologos.pt/pt/cod_deontologico#.UW64LKIUSk
- Organização Mundial da Saúde [OMS]. (2002). *Relatório sobre a Saúde no Mundo. Saúde Mental: Nova Conceção, Nova Esperança*. (1ª Ed.) Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- Pearlstein, T., Howard, M., Salisbury, A., & Zlotnick, C. (2009). Postpartum depression. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, Vol.200, Nº 4, 357-64.

- Pergher, G., Stein, L., Wainer, R. (2004). Estudos sobre a memória na depressão: achados e implicações para a terapia cognitiva. *Revista de Psiquiatria Clínica*, Vol. 3, Nº 2, 82-90.
- Petribú, K. (2001). Comorbidade em transtorno obsessivo-compulsivo. *Revista Brasileira Psiquiatria*, Vol. 23, (Suppl. 2),17-20.
- Porto, J. (1999). Conceito e diagnóstico. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, Vol.21. (Suppl.1), 6-11.
- Porto, J., Versiano, M. (2005). Transtorno bipolar: Tratando o episódio agudo e planejando a manutenção. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Vol.54, Nº2, 84-88.
- Powell, V., Abreu, N., Oliveira, I., & Sudak, D. (2008). Terapia cognitivo-comportamental da depressão. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. Vol.30 (Suppl 2), 73-80.
- Rabelo, F., Fernandes, M., Rodrigues, V., & Louback, E. (s.d.). *Formação em psicologia: entraves e caminhos. Contextos, Idéias e questionamentos sobre a apropriação do conhecimento em psicologia*. Retrieved October 4, 2012 from http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/images/Anais_XVENABRAPSO/255.%20forma%C7%C3o%20em%20psicologia.pdf
- Romeiro L., & Barreiro, C. (2003). Novas estratégias terapêuticas para o tratamento da depressão: uma visão da química medicinal. *Química Nova*, Vol. 26, Nº3, 347-358.
- Rang, H., Dale, M., Ritter, L., & Moore, K. (2004). *Farmacologia* (5ª edição). Rio de Janeiro: Elsevier.
- Ratnasuriya, R., Marks, I., Forshaw, D., & Hymas, N. (1991). Obsessive slowness revisited. *The British Journal of Psychiatry*, Vol. 159, 273-274.
- Reis, N. (2010). *Dores somáticas e depressão nas mulheres de meia-idade*. Dissertação de Mestrado de Psicologia. Universidade de Lisboa, Portugal.

- Ribeiro, J., Oliveira, J., Coutinho, M., Pessoa, J., & Araújo, L. (2007). Representações sociais da depressão no contexto escolar. *Paidéia*, Vol.17, Nº38, 417-430.
- Rodrigues, A. (2007). *Comportamento anti-social Infantil sob a perspectiva dos Princípios da análise do Comportamento*. Dissertação de Mestrado em Psicologia, Universidade Católica de Goiás, Goiânia.
- Rozenthal, M., Laks, J., & Engelhardt, E. (2004). Aspectos neuropsicológicos da depressão. *Revista de Psiquiátrica*. Vol.26, Nº2, 204-212.
- Sales, C. (2009). Como reduzir o Risco de Declínio Neurológico Silencioso e Doença de Alzheimer? *Revista Science News*, Nº 18. Retrieved April 10, 2013 from http://www.cristinasales.pt/Arquivo/science/ScienceNews_18.html
- Scharfetter, C. (2005). *Introdução à psicopatologia*. (3ª edição). Lisboa: Climepsi Editores
- Schestatsky, S., & Fleck, M. (1999). Psicoterapia das depressões. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. Vol.21, (supl1), 41-47. Retrieved November 05, 2012 from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44461999000500007
- Shavitt R., Belotto, C., Curi M., Hounie, A., Rosário, C., Diniz, J. et al, (2006). Clinical features associated with treatment response in obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, Vol. 47, Nº4, 276 – 281.
- Silva, R. (2006). Esquizofrenia: uma revisão. *Psicologia da Universidade de São Paulo [USP]*, Vol.17, Nº4, 263-285.
- Slattery, A., Hudson, L., & Nutt, J. (2004). The evolution of antidepressant mechanisms. *Fundamental and Clinical Pharmacology*, Vol.18 Nº1, 1-21.
- Sobreira, N., & Pessôa, C. (2012). Assistência de enfermagem na detecção da depressão pós-parto. *Revista de Enfermagem.*, Vol.5, Nº1, 905-918.

- Soler, F., Herrera, J., Buitrago, S., & Barón, L. (2009). Programa de economía de fichas en el hogar. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*. Vol.5, N°2., 373-390.
- Solomon, A. (2002). *O demônio do meio-dia*. Rio de Janeiro: Objetiva.
- Sonesson, O., Tjus, T., & Arvidsson, H. (2010). Reliability of a functioning scale (GAF) among psychiatric ward staff. *Nordic Psychology*, 62 (1), 53-64.
- Souza, F. (1999). Tratamento da depressão. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. Vol. 21, (suppl.1.), 18-23.
- Stahl, M. (1998). Mechanism of action of serotonin selective reuptake inhibitors. Serotonin receptors and pathways mediate therapeutic effects and side effects. *Journal of Affective Disorders*, Vol. 51, N° 3, 215 – 235.
- Steketee, G. (1993). *Treatment of obsessive compulsive disorder*. New York: Guilford Press.
- Stowe, Z., & Nemeroff, C. (1995). Women at risk for postpartum-onset major depression. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, N°17, N°2, 639-645.
- Swinson, R., Antony, M., Rachman, S., & Richter, M. (1998). *Obsessive-compulsive disorder: theory, research, and treatment*. New York: Guilford Press.
- Tavares, L. (2010). *A depressão como "mal-estar" contemporâneo: medicalização e (ex)-sistência do sujeito depressivo*. São Paulo: Editora UNESP
- Teixeira, M. (2005). Melancolia e depressão: um resgate histórico e conceitual na psicanálise e na psiquiatria. *Revista de Psicologia da UNESP*, Vol. 4, N° 1, 41-56.
- Teixeira, M. (2007). *A Concepção Freudiana de Melancolia-Elementos para uma metapsicologia dos estados de mente melancólicos*. Dissertação de Mestrado de Psicologia. Faculdade de Ciências e Letras, Assis, Brasil.
- Teodoro, W. (2010). *Depressão, Corpo, Mente e Alma*. (3ª Ed.) Uberlândia: Proprio AU.

- Torres, A., Shavitt, R., Miguel, E., Fontenelle, L., Diniz J., Belotto, C. et al. (2001). *Transtorno obsessivo compulsivo-Tratamento*. Retrieved November 06, 2012 from http://www.projetodiretrizes.org.br/ans/diretrizes/transtorno_obsessivo_compulsivo-tratamento.pdf
- Tosta, F. (2011). Relação terapêutica na psicologia corporal: reflexões entre o manejo clínico e o projeto terapêutico do paciente. In *Encontro Paranaense, Congresso Brasileiro de Psicoterapias Corporais, XVI, XI*. Curitiba: Centro Reichiano
- Trancas, B., Melo, J., & Santos, N. (2008). O Pássaro de Dodó e os Factores Comuns em Psicoterapia. *Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca*. PsiLogos.Vol.5 Nº1, 75-87.
- Travado, L., Pires, R., Martins, V., Ventura, C., & Cunha, S. (2004). Abordagem psicológica da obesidade mórbida: Caracterização e apresentação do protocolo de avaliação psicológica. *Análise Psicológica*, Vol. 22, Nº3, pp. 533-550. Retrieved March10, 2013 from <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/aps/v22n3/v22n3a10.pdf>
- Trindade, I., & Teixeira, J. (2000). Aconselhamento psicológico em contextos de saúde e doença – Intervenção privilegiada em psicologia da saúde. *Análise Psicológica*, Vol. XVIII, Nº 1, 3-14.
- Walitza S., Wendland J., Gruenblatt, E., Warnke, A., Sontag, T., Tucha, O., et al. (2010). Genetics of early-onset obsessive-compulsive disorder. *European Child & Adolescent Psychiatry*, Vol.19, Nº3, 227-235.
- Wannmacher, L. (2004). *Depressão maior: da descoberta à solução*. Retrieved September 17, 2012 from http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/HSE_URM_DEP_0404.pdf

- Wilhelm, S., & Steketee, S. (2006). *Cognitive Therapy for Obsessive-Compulsive Disorder: A Guide for Professionals*. Oakland: New Harbinger Publications.
- World Fellowship for Schizophrenia and Allied Disorders [WFSAD]. (s.d). *Schizophrenia*. Retrieved November 22, 2012 from <http://www.worldschizophrenia.org/disorders/schizophrenia.html>
- Wechesler, S. & Guzzo, R. (1999). *Avaliação Psicológica. Perspectiva Internacional*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Zavaschi, M., Satler, F., Poester, D., Vargas C., Piazenski, R., Rohde, L., et al. (2002). Associação entre trauma por perda na infância e depressão na vida adulta. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, Vol.24, N°4, 189-95.

