

UNIVERSIDADE
AUTÓNOMA
DE LISBOA



UNIVERSIDADE AUTÓNOMA DE LISBOA

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA E SOCIOLOGIA

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E ACONSELHAMENTO

A PSICOLOGIA CLÍNICA NA CONJUNTURA DE UMA INSTITUIÇÃO
PSIQUIÁTRICA-IRMÃS HOSPITALEIRAS DO SAGRADO CORAÇÃO DE JESUS

(Relatório de Estágio para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia-Especialização em
Psicologia Clínica e do Aconselhamento)

Joana Filipa Pedro Pinto de Almeida N°. 20120833

ORIENTADOR : Professora Doutora Paula Pires

Universidade Autónoma de Lisboa

ORIENTADOR DA INSTITUIÇÃO: Dr.^a Alvarina Ramos

Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus

Lisboa, fevereiro de 2015

“O melhor que podemos fazer pelo outro não é só partilhar as nossas riquezas, como também
mostrar-lhe as suas”

(Benjamin Distraem)

Dedicatória

Este meu trabalho dedico especialmente ao meu tio Inha (*in memoriam*) uma pessoa extraordinária, maravilhosa que tive o privilegio de poder partilhar grandes momentos da minha vida, infelizmente neste dia tão importante quando se fecha mais um ciclo não poderá comemorar mais esta vitória, porem sem o intermédio da sua influência este sonho não existiria, serás sempre o meu exemplo de determinação.

À minha família, que sempre esteve presente nos momentos bons e maus, encorajando-me em cada etapa da minha longa caminhada.

À minha mãe Manuela por tudo que me ensinou pelo seu amor e preocupação incondicional, a força que me tem dado desde o dia que nasci para alcançar os meus objetivos, por ser essa mulher guerreira que mesmo nas atrocidades não baixa os braços porém sem o seu apoio nada disto seria exequível.

Ao meu pai António agradeço as palavras de alento ao longo destes anos, o carinho e por me poder ter proporcionado financeiramente este sonho.

Aos meus avós Judith e António pela forma como me criaram a ser uma pessoa determinada, lutadora que sou! O vosso amor absoluto e sobretudo as palavras de conforto que me deu força para continuar.

À minha irmã Sara agradeço a paciência e a ajuda quando entrava em momentos de crise.

A todos vocês dedico este meu trabalho, tenho orgulho de pertencer a esta família maravilhosa que temos, esta vitória não é somente minha também é vossa!

Não poderia deixar de dedicar este trabalho a todas as utentes com quem trabalhei na Casa de Saúde da Idanha, pois sem a sua entrega e partilha de experiencias o meu trabalho como profissional não poderia ter sido desempenhado.

Agradecimentos

Desde já quero agradecer ajuda prestada por todas as profissionais de psicologia da CSI sobretudo a Dr.^a Catarina que foi incansável.

Gostaria também de deixar um agradecimento a todas as utentes com as quais tive o privilégio de trabalhar, pelas palavras de carinho demonstradas, aos Enfermeiros com os quais trabalhei e auxiliares nas Unidades 3/4 e da Unidade 16.

À minha amiga Ana Rita Rodrigues pelo tempo disponibilizado para me ajudar durante estes seis anos de vida académica.

E à minha orientadora Dr.^a Paula Pires o meu muito obrigada pela ajuda na correção do meu relatório.

Resumo

O presente relatório de estágio é realizado no 2º ano do Mestrado em Psicologia Clínica e do Aconselhamento lecionado pela Universidade Autónoma de Lisboa. O objetivo deste relatório é especificar os conhecimentos, a adaptação e as competências que se foram adquirindo ao longo do estágio curricular. Inicialmente, desenvolveu-se um período de integração e conhecimento através da observação com os técnicos de serviço de psicologia, colaborando em algumas atividades, para melhor conhecimento das unidades, na interação com as equipas multidisciplinares e da realidade psiquiátrica que pretendo estudar. Numa primeira fase fui destacada para duas unidades de serviço na casa de saúde da Idanha (Unidade 16- Deficiência intelectual, Unidade 3 e 4- Psiquiatria) e integrei o Programa de reabilitação “Laço Verde”, com utentes que vivem na comunidade, efetuando reuniões comunitárias semanalmente. Durante o estágio foi realizada uma avaliação psicológica de uma utente da Unidade 3 e 4- Psiquiatria. Foram realizados na mesma Unidade atividades de estimulação cognitiva. Na Unidade 16- Deficiência intelectual foi realizado um grupo terapêutico com algumas utentes com o objetivo de poderem partilhar experiências vividas e um acompanhamento psicológico individual a uma das utentes.

Palavra-chave: Psiquiátrica, Equipas multidisciplinares, Reabilitação, Estimulação Cognitiva e Deficiência Intelectual.

Abstrat

This internship report is carried out in the 2nd year of the Masters in Clinical Psychology and Counseling taught by the Autonomous University of Lisbon. The objective of this report is to specify knowledge, adaptation and skills that have built up over the traineeship. Initially developed a period of integration and knowledge through observation with the psychology service technicians, collaborating in some activities, to improve knowledge of units, the interaction with multidisciplinary teams and psychiatric reality I want to study. In the first phase was deployed for two service units in the nursing home of Idanha (16- Intellectual Disability Unit, Unit 3 and 4 Psychiatry) and I joined the rehabilitation program "Green Tie", with patients living in the community, making meetings Community weekly. During the internship a psychological evaluation of a user of Unit 3 and 4-Psychiatry was conducted. Were performed in the same unit of cognitive stimulation activities. In Unit 16- Intellectual Disability was conducted a therapeutic group with some users in order to be able to share experiences lived and individual counseling to one of the users.

Keywords: Psychiatric, multidisciplinary teams, Rehabilitation, Cognitive Stimulation and Intellectual Disabilities.

Índice

Introdução.....	12
Parte I – Contextualização do Local de Estágio.....	13
1.1. Irmãos Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus - História.....	13
1.2.Estrutura Global da Instituição.....	14
1.2.1. Caracterização das unidades e residências.	16
1.3. Cronograma do Projeto de Estágio.....	18
1.4. O Papel do Psicólogo Clínico na Instituição	21
1.5. Enquadramento Teórico	23
1.5.1. Reabilitação.....	23
1.5.2. Estimulação cognitiva.	23
1.5.3. Deficiência mental - enquadramento histórico.	24
1.5.3.1. <i>Conceito de deficiência intelectual.</i>	26
1.5.3.2. <i>Grupo terapêutico em deficiência intelectual.</i>	26
1.5.4. Perturbação da personalidade.....	27
1.5.4.1. <i>Perturbação da Personalidade Borderline – Epistemologia.</i>	28
1.5.5. O impacto da violência no contexto familiar.	29
1.5.6. Institucionalização na infância.	31
1.5.7. Alienação parental.....	32
1.5.8. Abuso sexual no meio familiar.	32
Parte II – Atividades Realizadas no Âmbito de Estágio	33
2.1. Trabalho de Estágio.....	33
2.1.1. Psiquiatria (unidade 3/4).	33
2.1.2. Deficiência intelectual (unidade 16).	33
2.2. Trabalho de Estágio - Avaliações Psicológicas.....	34
2.3. Apresentações Dos Casos Clínicos	35
2.3.1. Estudo de caso “P.”	35
<i>Pedido</i>	35
<i>Dados da 1ª consulta</i>	35
<i>Descrição das queixas atuais</i>	36

<i>História Clínica</i>	36
<i>Estrutura e contexto familiar</i>	36
<i>Avaliação Psicológica do caso da “ P.”</i>	39
<i>Resultados da avaliação psicológica</i>	39
<i>Discussão clínica</i>	42
<i>Reflexão do caso</i>	45
2.3.2. Estudo de caso “E.”	45
<i>Pedido</i>	46
<i>Dados da observação da 1ª consulta</i>	46
<i>História Clínica</i>	46
<i>Estrutura e contexto familiar</i>	46
<i>Síntese das sessões de acompanhamento psicológico</i>	48
<i>Discussão clínica</i>	50
<i>Reflexão sobre o caso</i>	52
2.4. Discussão Global do Trabalho de Estágio.....	53
2.5. Reflexão Global.....	54
2.6. Considerações Finais.....	55
Referências Bibliográficas	56
Anexos.....	63
Anexo 1- Planificação das sessões de estimulação cognitiva	
Anexo 2- Relatório de Avaliação Psicológica	
Anexo 3- Testes psicológicos	
3.1 – Matrizes Progressivas de Raven (1938) – (PM-38)	
3.2- Inventário Multifásico de Personalidade de Minnesota M.M.P.I.-2	
3.3- Symptom Distress Checklist in Clinical Evaluation (SCL-90-R)	
3.4- Inventário de Depressão de Beck (BDI)	
Anexo 4- Transcrição do caso clínico da “E”.	

Índice de Tabelas

Tabela 1. <i>Descrição geral das unidades</i>	14
Tabela 2: <i>Atividades efetuadas durante o estágio nos primeiros 6 meses</i>	19
Tabela 3: <i>Atividades efetuadas durante o estágio nos últimos 4 meses</i>	21

Índice de Figuras

Figura 1- Genograma de “ P.”	38
Figura 2 – Genograma “E.”	48

Lista de siglas

B.D.I	Inventário de Depressão de Beck.
CSI	Casa de Saúde da Idanha.
IHSCJ	Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus.
M.M.S	Mini Mental State.
M.M.P.I.-2	Inventário Multifásico de Personalidade de Minnesota.
PM-38	Matrizes Progressivas de Raven.
PII	Programa Individual de Intervenção.
SCL-90-R	Symptom Distress Checklist in Clinical Evaluation.

Introdução

O presente relatório, ocorreu no âmbito do estágio integrado no Mestrado de Psicologia Clínica e do Aconselhamento tendo como intuito descrever o estágio realizado na Casa de Saúde das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus (IHSCJ) durante o ano letivo 2013/2014, localizada na Idanha, freguesia de Belas.

Este estágio curricular, tinha a obrigatoriedade mínima de 500 horas tendo sido realizadas no total 524 horas durante os meses de Outubro de 2013 a Julho de 2014.

A escolha desta instituição recaiu sobretudo pelas valências que a mesma possui podendo ter um leque de utentes com patologias diferenciadas, que é uma mais-valia para quem está a iniciar a vida profissional, podendo desenvolver competências na minha área de formação com uma população alvo que me despertava um certo interesse.

O principal objetivo deste estágio curricular é proporcionar o primeiro contacto na área de especialização e pôr em prática todos os conhecimentos teóricos adquiridos ao longo da licenciatura, de forma a contribuir para uma nova aquisição de experiência e de competências profissionais, essencialmente através da análise pormenorizada de cada um dos casos clínicos escolhidos, relacionando-os com a anamnese clínica das utentes e articulando-os com a revisão literária.

Este relatório estará dividido em três partes, sendo que na primeira é feito um enquadramento histórico da instituição, caracterização da instituição, descrição das unidades e residências e uma breve abordagem sobre o papel do psicólogo na instituição.

Numa segunda parte serão abordadas as atividades realizadas durante o estágio e por último a discussão e conclusão dos casos acompanhados.

Parte I – Contextualização do Local de Estágio

Neste primeiro capítulo irei incidir na contextualização Histórica da Instituição e nas valências que a mesma possui, abordando o papel do psicólogo na instituição.

1.1. Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus - História

A Congregação das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus (IHJSCJ), foi fundada a 31 de Maio de 1881 em Ciempozuelos, Madrid, sob o comando de S. Bento Menni, Sacerdote da Ordem de São João de Deus, juntamente com as irmãs Maria Josefa Récio e Maria Angústias Giménez (CSI, 2012).

A missão desta congregação reside essencialmente no campo da Saúde partindo de uma visão humanista e cristã, a instituição acolhe todos os indivíduos sem distinção de género, etnia, religião, ideologia ou classe social com o trabalho e a dedicação das irmãs e colaboradores foi possível a execução e realização da Missão Apostólica da Congregação. Esta oferece aos utentes dos diferentes centros, o acesso a uma saúde integral onde se incluem o tratamento de problemas físicos, psíquicos, sociais e espirituais, e tem como principais objetivos, manter o seu carácter humanizador, proporcionando tratamento qualificado e respeito pelos direitos e dignidade dos utentes (IHJSCJ, 2010).

Atualmente, esta instituição está sediada em vinte e cinco países dos quatro continentes através de uma estrutura que lhe permite dar uma extensão de serviços tanto hospitalares como extra-hospitalares (CSI, 2012).

Em 1894 esta congregação teve o seu aparecimento em Portugal, altura da fundação da Casa de Saúde da Idanha, que se localiza na freguesia de Belas conselho de Sintra sendo considerada a mais antiga instituição no tratamento de doentes mentais.

Além da instituição apresentada anteriormente esta congregação institui a sua missão em doze estabelecimentos de saúde, dos quais oito se situam no continente e quatro se situam nas regiões autónomas da Madeira e dos Açores, dois centros em cada região (CSI, 2012).

A missão das IHJSCJ é assegurar a qualidade dos serviços prestados pelo que estabelece um compromisso de princípios com os profissionais de saúde dos centros de assistência e as respetivas equipas (IHJSCJ, 2010).

Esta Congregação tem como principal objetivo o compromisso e a promoção da qualidade da prestação dos cuidados globais de saúde, utilizando uma dinâmica de melhoria contínua, nos diferentes níveis de intervenção e prevenção - diagnóstico, tratamento, reabilitação e reintegração - de modo a satisfazer as necessidades de todos os interessados. Nestes incluem-se os utentes, famílias, profissionais, voluntários, entidades parceiras e

financiadoras. Tem por base o modelo assistencial hospitalar, que engloba para além do planeamento, monitorização e análise, também uma revisão sistemática da prestação de cuidados, das condições e resultados obtidos, numa lógica de melhoria contínua, onde interage as dimensões técnicas, científica, humanizadora e espiritual (CSI, 2012).

1.2. Estrutura Global da Instituição

A Casa de Saúde da Idanha tem uma média de quinhentas e cinquenta camas, estando estas divididas por dezoito unidades, de curto, médio e longo internamento, quatro residências autónomas e quatro residências apoiadas (CSI, 2012).

Esta instituição é composta por várias valências: Psiquiatria, Deficiência intelectual, Psicogeriatría/Gerontopsiquiatria, Cuidados Continuados Integrados, Consultas externas /Ambulatório e Reabilitação Profissional (CSI, 2012).

De acordo com a informação dada pela CSI, as unidades e residências estão organizadas de seguinte modo:

Tabela 1. *Descrição geral das unidades*

Unidades	Características
<i>Psiquiatria</i> (Unidades de curto/médio e longo internamento)	Esta área é composta por 176 camas sendo formada por cinco unidades (1,2,3,4 e 5) residências de reabilitação, uma interna Residência das Estrelas com apoio máximo e quatro Residências comunitárias de apoio moderado (PGCSI, 2012) Estas Residências comunitárias localizam-se na Idanha e cada uma têm seis utentes que estão integradas no programa comunitário Laço verde (PGCSI, 2012).
<i>Deficiência mental</i> (Unidade de longo internamento)	Esta valência tem três unidades (6,15 e 16) sendo estas de longo internamento, e três Residências Sol, Girassol e Flores (PGCSI, 2012).
<i>Psicogeriatría</i> (Unidades de longo internamento)	Estas áreas detêm o maior número de camas de internamento, com uma capacidade de 200 camas (PGCSI, 2012). A Psicogeriatría é composta por seis unidades (7,8,9,10,11e 12) de longo internamento (PGCSI, 2012).
<i>Gerontopsiquiatria</i> (Unidade de curto/médio internamento)	Enquanto a Gerontopsiquiatria é composta pela unidade (14) (PGCSI, 2012).

<i>Cuidados Continuados Integrados</i> <i>Cuidados Paliativos</i> (Unidade de média duração)	Esta valência é composta por 8 camas que pertencem à Rede de Cuidados Continuados Integrados e 2 camas em regime privado que compõem a Unidade de Cuidados Paliativos (unidade 17) (PGCSI, 2012). Fazem parte das residências comunitárias de reabilitação nas áreas da Psiquiatria e da Deficiência Intelectual (PGCSI, 2012).
<i>Programas e Projetos de Reabilitação</i>	Nesta valência estão inseridas consultas externas em várias especialidades como: Psiquiatria, Dor, Gerontopsiquiatria, Psicologia do adulto e adolescente, Cuidados Paliativos, Fisioterapia, Terapia da Fala, Psicomotricidade, Nutrição, Consulta do Sono, Apoio ao Luto, Hiperatividade e Deficit de Atenção no adulto (PGCSI, 2012).
<i>Consultas externas /Ambulatório</i> (Área de dia)	A casa de saúde da Idanha criou a <i>Polisercoop</i>, Cooperativa de Solidariedade Social, que tem, hoje em dia, uma função autónoma a CSI. As utentes que trabalham na <i>Polisercoop</i> são vistas como obtendo alguma autonomia, trabalhando em diferentes áreas como lavandaria, restauração e apoio domiciliário. Realizam formações e desenvolveram competências para poderem trabalhar (PGCSI, 2012).
<i>Reabilitação Profissional</i> (Polisercoop)	

Esta instituição dispõe de outros serviços como Departamento de Formação, Serviços Administrativos, Departamento da Qualidade, Departamento de Recursos Humanos, Gabinete do Utente, Serviços Socio-Terapêuticos, Grupo de Autorrepresentação, Serviços Gerais e de Manutenção (CSI, 2012).

A CSI tem a necessidade de criar uma interação entre a comunidade e a pessoa doente, durante o ano cria parcerias com escolas, grupos de jovens ou mesmo indivíduos singulares, organizando várias atividades como: Campos de férias (10 dias/ano), fim-de-semana hospitaleiro (3 dias/ano), experiência de missão hospitaleira (10/15 dias/ano), retiro hospitaleiro (3 dias/ano) e acompanhamento pessoal (CSI, 2012).

Esta abertura à comunidade é uma forma que a congregação criou para amenizar o estigma da doença mental (CSI, 2012).

Uma forma também de dar a conhecer a instituição e os seus valores é através dos seus estagiários recebe anualmente nas diferentes áreas da Psicologia, Enfermagem, Medicina,

Fisioterapia, Serviço Social, Terapia da Fala, Nutrição, Terapia Ocupacional, Educação Física Adaptada, Psicomotricidade e Espiritualidade e Acompanhamento Individual (CSI, 2012).

1.2.1. Caracterização das unidades e residências.

Os serviços de Psiquiatria são compostos por cinco unidades de curto e longo internamento e duas residências de reabilitação.

As unidades 1 e 2 são de curto e médio internamento, direcionadas para população mista, são recebidas na maioria utentes que sofrem de perturbação psicótica, perturbações do humor e perturbações de ansiedade (IHSCJ, 2010).

Nas unidades 3, 4 e 5 são de longo internamento que envolvem proeminentemente população feminina (IHSCJ, 2010).

A unidade 3 e 4 são acolhidas utentes com diagnóstico de psicose com um grau de dependência moderado.

Esta unidade tem como objetivo proporcionar aos seus utentes cuidados que impeçam o agravamento da situação de incapacidade através da estimulação cognitiva, sendo esta uma forma de manter intactas as capacidades das utentes, pois não nos poderemos esquecer que muitos destes utentes estão institucionalizados há décadas. Nesta unidade os cuidados prestados às utentes são permanentes tendo sempre uma equipa de enfermeiros na unidade, sem esquecer a vertente humanizadora tenta-se fazer sempre um acompanhamento psicossocial as utentes e aos seus familiares (IHSCJ, 2010).

A unidade 5 tem um elevado grau de dependência (IHSCJ, 2010).

As residências de reabilitação, integram a residência das Estrelas e 4 apartamentos na comunidade (Projeto Laço Verde) com população feminina (IHSCJ, s.d).

A primeira residência é uma residência de longo internamento, tendo um apoio máximo com a supervisão de monitoras para facilitar a realização das atividades diárias.

Os 4 apartamentos na comunidade pertencem a um programa de reabilitação e situam-se na comunidade da Idanha, pois as utentes que vivem nestes apartamentos têm competências que permitem ter grande autonomia e uma qualidade de vida minimamente normal; mesmo assim são acompanhadas por uma monitora diariamente e são supervisionadas semanalmente por uma equipa multidisciplinar (Programa de Reabilitação Laço Verde, s.d).

Este programa é dirigido a utentes com o diagnóstico de doença mental grave com quadro psicótico, para acederem a este projeto devem ter idade inferior a 65 anos e

dificuldade de suporte familiar ou inexistência do mesmo (Programa de Reabilitação Laço Verde, s.d).

O principal objetivo deste programa de reabilitação é prevenir a institucionalização, fomentar a desinstitucionalização, e sobretudo criar autonomia nas utentes, auxiliar a integração socio comunitária das mesmas, promover uma melhor qualidade de vida e sensibilizar a comunidade com o objetivo de reduzir o estigma de doença mental (Programa de Reabilitação Laço Verde, s.d).

Este programa de reabilitação é muito dinâmico obedecendo a vários procedimentos como: uma triagem inicial, elaborada através de uma avaliação de acordo com os critérios pré-definidos de seleção, análise do Programa Individual de Intervenção (PII), sucedendo-se o planeamento e monitorização da intervenção (Programa de Reabilitação Laço Verde, s.d).

Este procedimento de reabilitação desenvolve-se numa perspetiva terapêutica e reabilitadora com uma continuidade dos cuidados, focada nos utentes, com recurso a uma equipa multidisciplinar e com um acompanhamento individual pelo técnico de referência (Programa de Reabilitação Laço Verde, s.d).

Neste programa cada utente tem um técnico de referência, que tem um papel essencial pois é com esse mesmo técnico que as utentes falam de todos os seus problemas, este técnico por vezes poderá ser essencial para ajudar as utentes a conseguirem estratégias para poderem orientar o seu próprio dinheiro. Neste processo pretende-se promover a autonomia e o *empowerment* enquanto processo dinâmico de determinação da sua própria vida, responsabilização, participação social e desenvolvimento pessoal que visa uma recuperação global (Programa de Reabilitação Laço Verde, s.d).

A área da Deficiência Intelectual, é composta por três unidades (6,15 e 16) tendo uma população exclusivamente feminina, estando em contexto de longo internamento, devido a isso é necessário ter uma supervisão diária e um apoio permanente nestas unidades (IHSCJ, 2010).

Esta unidade é composta por três residências Sol, do Girassol e das Flores. São residências exclusivamente femininas e onde é necessário um grande apoio por parte de toda a equipa técnica e de uma monitora que as acompanha nas suas atividades diárias (IHSCJ, 2010).

A Psicogeriatria é composta por seis unidades (7, 8, 9, 10, 11 e 12) de longo internamento, com uma população mista (IHSCJ, 2010).

O serviço de Gerontopsiquiatria é composto pela unidade (14) sendo esta uma unidade de curto e médio internamento, a população que frequenta esta unidade tem mais de 65 anos e é mista (IHSCJ, 2010).

Esta unidade tenta criar autonomia e integração sociofamiliar, através de Programas de estimulação/reabilitação cognitiva (IHSCJ, 2010).

A valência Cuidados Continuados Integrados é composta pela unidade (17) que presta serviço na área dos Cuidados Paliativos. Esta unidade é de média duração, deseja dar resposta a problemas resultantes da doença prolongada, incurável e progressiva com a esperança de conseguir diminuir e prevenir a dor e o sofrimento de modo a conseguir proporcionar qualidade de vida. Esta unidade dá auxílio ao doente e à família incluindo apoio psicológico, emocional e espiritual, como também ajuda durante o processo de luto (IHSCJ, 2010).

A estrutura de reabilitação socio profissional a POLICERCOOP é uma Cooperativa de Solidariedade Social. O seu principal objetivo passa por fornecer serviços à comunidade local e a pessoas idosas ou doentes com algumas limitações de autonomia.

A equipa integra pessoas em reabilitação na área da saúde mental ou em situações de desemprego prolongado em regime de apoiado (IHSCJ, 2010).

A POLICERCOOP presta serviços nas áreas da lavandaria, onde lavam roupa e fazem alguns trabalhos de costura, serviço de refeições, apoio domiciliário, onde são efetuados os cuidados de higiene e de conforto a pessoas com pouca autonomia, acompanhamento dos utentes ao exterior das suas habitações, transporte de refeições e limpezas domésticas (IHSCJ, 2010).

1.3. Cronograma do Projeto de Estágio

Ao longo do projeto de estágio foram definidos objetivos tantos gerais como específicos, como forma de conseguir criar um fio condutor para o meu objetivo final.

Numa primeira fase, procedeu-se à integração na instituição, numa equipa multidisciplinar e através da observação pude compreender o funcionamento da mesma e o papel que o psicólogo desempenha.

Numa segunda fase, procedeu-se a uma adaptação, aos procedimentos do Serviço de Saúde Mental, nos modelos de funcionamento e modalidades habituais da Casa de Saúde da Idanha, existindo uma supervisão quinzenal por parte da orientadora uma forma de se poder partilhar experiências nas várias valências.

Numa terceira fase assisti a ações de formação dirigidas a família, utentes e colaboradores, participei em reuniões de equipas multidisciplinares, e procedeu-se a avaliação

psicológica (entrevista clínica, aplicação e cotação de provas psicológicas), e em articulação com o projeto em vigor na casa de saúde, exerci atividades de reabilitação através da estimulação cognitiva

Por último, fiz um acompanhamento psicológico e terminei as atividades proposta pela instituição durante o estágio curricular.

O meu estágio teve início no final de Outubro de 2013 terminando no final de Julho de 2014.

Inicialmente, o estágio realizava-se três vezes por semana no horário compreendido entre às 9:30 e as 17 horas, mas devido as horas de estágio exigidas pela universidade o meu horário de estágio sofreu algumas alterações perlongando horas e dias de estágio.

O cronograma será mostrado de seguida, apresentando as atividades efetuadas durante o estágio.

Tabela 2: Atividades efetuadas durante o estágio nos primeiros 6 meses

Atividades	Mês					
	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Março
Apresentação no local de estágio						
Reunião de serviço (Psicologia)						
Reunião comunitária Laço Verde						
Seminário de Psiquiatria						
Grupo terapêutico deficiência intelectual (unidade 15)						
Cuidados Paliativos						
Residência das Estrelas (Reunião comunitária)						
Psiquiatria (unidade 3/4)						
Reunião Comunitária (unidade3/4)						
Colóquio: Apresentação da instituição Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus						
Formação						
Seminário de Ética						
Reunião de equipa S. Rafael						

Residência do Girassol (Reunião comunitária)	Tempo de observação durante o estágio	
Reabilitação: Grupo terapêutico (unidade13)		
Residência das Flores (Reunião comunitária)		
Reunião de equipa (unidade Maria Josefa)	Tempo de observação durante o estágio	
Atribuição das unidades em que vou ficar inserida	Início do estágio curricular/ Atribuição das unidades de estágio	
Seminário Científico	Formações apresentadas na instituição	
Reunião de equipa da psiquiatria (unidade3/4)	Atividades de estágio	
Reunião de equipa dos agudos (unidade1)		
Reunião de equipa: Laço Verde		
Realização da anamnese (unidade 3/4)		
Estimulação cognitiva (unidade 3/4)		Atividades de estágio
-Planificar as sessões de reabilitação; (Sessão 1)		
Apresentação; (Sessão 2)		
Avaliação psicológica		
-Aplicação SCL-90 R		
Avaliação psicológica		
-Aplicação da Escala de Beck.		
Grupo terapêutico deficiência intelectual (unidade 16)		
Palestra: sobre o Luto		Formações apresentadas na instituição
Apresentação dos dados da avaliação dos testes:		Atividades de estágio
-SCL-90 R;		
-Escala de Beck;		

Legenda

Início do estágio curricular/ Atribuição das unidades de estágio
Tempo de observação durante o estágio
Formações apresentadas na instituição
Atividades de estágio

Tabela 3: Atividades efetuadas durante o estágio nos últimos 4 meses

Atividades	Mês			
	Abril	Maio	Junho	Julho
Reunião de serviço (Psicologia)				
Reunião comunitária Laço Verde				
Reunião Comunitária (unidade3/4)				
Reunião de equipa da psiquiatria (unidade3/4)				
Reunião de equipa: Laço Verde				
Estimulação cognitiva (unidade 3/4)				
(Sessão 3); (Sessão 4); (Sessão5); (Sessão 6); (Sessão 7); (Sessão 8); (Sessão 9); (Sessão 10); (Sessão 11); (Sessão 12); (Sessão 13); (Sessão 14); (Sessão 15); (Sessão 16); (Sessão 17) e (Sessão 18).				
Grupo terapêutico deficiência intelectual (unidade 16)				
Levantamento de dados do processo das utentes				
Reflexão de S. Bento Meni (Reunião de equipa de psiquiatria)				
Formação: “O cuidado de pessoas com doença mental”.				
Acompanhamento (Entrevista/Anamnese)				
Formação: “Psicopatologia”				

Legenda

	Formações apresentadas na instituição
	Atividades de estágio

1.4. O Papel do Psicólogo Clínico na Instituição

Segundo Baró (1996) o papel do psicólogo deve ser moldado à população com quem pretende trabalhar.

Dentro da instituição onde propôs estagiar os psicólogos foram divididos por quatro grandes áreas sendo estas psiquiatria, reabilitação e cuidados paliativos, deficiência intelectual e geriatria. Tendo um papel muito ativo dentro da própria instituição, em termos da gestão da instituição a área da psicologia é representada no conselho técnico, departamento de formação e na comissão de ética.

Em termos clínicos fazem acompanhamentos na reabilitação psicossocial, durante o internamento e ambulatório. Ainda fazendo trabalho administrativo.

Na área da formação este departamento requer um olhar atento, através de um acompanhamento na formação e supervisão dos psicólogos aos estágios de psicologia tanto académica como profissional, desenvolvendo a aprendizagem de conhecimentos e adaptar técnicas de intervenção à população em questão. Efetuam também formação a cooperantes da CSI sendo estes enfermeiros, auxiliares de enfermagem, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais e voluntários.

O serviço de psicologia reúne-se em dias específicos onde requer a comparência de todas as psicólogas, sendo acompanhados pela presença dos estagiários nestas reuniões quinzenais são debatidos alguns casos / acontecimentos das unidades em que são executadas as intervenções, da semana anterior, expõem-se dúvidas e agendam-se atividades das próximas semanas. A parte destas reuniões é executada semanalmente ou quinzenalmente dependente das unidades em que os estagiários estão inseridos uma reunião de equipa com elementos da equipa multidisciplinar.

A instituição facilita ao estagiário que este possa fazer um acompanhamento das atividades exercidas pelas psicólogas com a exceção dos acompanhamentos individuais.

O papel do psicólogo na instituição é muito variado como referi anteriormente é trabalhado o acompanhamento individual dos utentes tanto no curto internamento como no longo internamento, nas unidades desenvolve-se intervenções em grupo psicoterapêutico uma vez por semana onde são partilhadas as angústias, preocupações e atividades executadas pelas utentes e avaliações psicológicas caso seja pertinente. Nas residências comunitárias as reuniões são semanais onde se debate a responsabilidade de cada utente nas tarefas domésticas, as dificuldades sentidas e criar estratégias para se poder ultrapassar essas dificuldades e organização de atividades lúdicas propostas pelas mesmas.

A instituição tem o conceito de oferecer aos seus utentes um terapeuta de referência que serve para criar um elo entre a equipa multidisciplinar, este terapeuta é escolhido pelo utente.

O terapeuta de referência pode ser qualquer elemento da equipa multidisciplinar enfermeiros, psicólogos, assistente social, terapeuta ocupacional, entre outros. Estes exercem um acompanhamento semanal aos seus utentes mas o mesmo pode ser opcional tendo como objetivo um olhar mais individual onde o mesmo poderá partilhar o que o inquieta podendo assim intervir mais precocemente.

1.5. Enquadramento Teórico

Nesta fase do relatório irei efetuar uma revisão da literatura científica de acordo com as problemáticas vivenciadas durante o estágio.

1.5.1. Reabilitação.

A área da reabilitação tem um papel importante na saúde mental sobretudo a reabilitação psicossocial que surgiu na década de 70. Os modelos que vigoravam na época eram insuficientes para ajudar os doentes que passavam um longo período institucionalizados durante essa altura muitas das suas faculdades mentais e habilidades eram esquecidas dificultando a reinserção dos mesmos na sociedade (Vidal, Bandeira, & Gontijo, 2007).

Segundo Vasconcellos (2001) criou-se um projeto para inclusão de doentes do foro psiquiátrico, este consistia em residências que se localizavam nas redondezas dos hospitais psiquiátricos sendo esta considerada uma forma de incluir o doente mental dentro da sociedade uma forma de abandonar o ambiente hospitalar (citado por Lojudice, Tonini, Santos, & Schneider, s.d.).

Estas casas poderão ser alugadas por estes doentes, sendo uma forma de institucionalizar estas pessoas pois muitas delas não têm acompanhamento familiar podendo acabar nas ruas (Vasconcellos, 2001 citado por Lojudice, Tonini, Santos, & Schneider, s.d.).

De acordo com Saraceno (1999), afirma que este programa tem bastantes vantagens os utentes têm uma maior autoestima, autonomia, podem receber visitas de técnicos nas residências habitacionais, amigos ou mesmo vizinhos (citado por Lojudice, Tonini, Santos, & Schneider, s.d.).

Para Kardec (1997) estas residências são idênticas a qualquer outra habitação, o programa implantado no hospital de Ribeirão Preto inspira outros programas semelhantes tanto na Europa como nos EUA (citado por Lojudice, Tonini, Santos, & Schneider, s.d.).

Este programa de residências acompanhadas é usado na CSI, através do programa Laço verde, criando alicerces para uma reabilitação na sociedade é um fator de minimizar a exclusão social.

1.5.2. Estimulação cognitiva.

O envelhecimento e a perda de capacidades é uma realidade cada vez mais evidente nos nossos dias sobretudo em pessoas com um quadro grave de patologia associada a inúmeros internamentos ou mesmo institucionalizada durante longos períodos, sendo uma das consequências destes internamentos é a perda das capacidades cognitivas (Sales, 2010).

A reabilitação cognitiva antes de ser executada deve-se criar um projeto adaptado às limitações e potencialidades de cada pessoa, sendo este tipo de reabilitação é benéfica para várias patologias e sobretudo para pessoas que estão institucionalizadas durante um longo período (Marques, Queirós, & Rocha, 2006).

Esta forma de reabilitação pretende estimular áreas com *deficit* cognitivo através do potencial de plasticidade cerebral, ampliando/preservando o funcionamento cognitivo do mesmo (Marques, Queirós, & Rocha, 2006).

Estas técnicas podem ser postas em prática através de vários materiais didáticos como jogos, *software* informático, imagens, cartas entre outros. É importante realçar que os materiais utilizados durante as sessões tinham o intuito de despertar o interesse do cliente para as atividades.

A reabilitação cognitiva, é um procedimento terapêutico que visa melhorar *défices* cognitivos, podendo ser efetuada em grupo ou individualmente (Marques, Queirós, & Rocha, 2006).

Através desta forma de estimulação procura-se melhorar algumas áreas cognitivas como a atenção, a memória, a perceção, o raciocínio, a compreensão e a linguagem.

No caso da reabilitação implementada na casa de saúde da Idanha na unidade de psiquiatria esta era feita através de material didático onde se executa um treino cognitivo, num grupo de 2 a 4 elementos todos do sexo feminino. Estas sessões decorriam da parte da manhã uma vez por semana, com duração de 60 minutos cada, sendo ao todo realizadas 18 sessões (Anexo1).

Em termos de reabilitação cognitiva a CSI oferece aos seus utentes algumas sessões do REACOM com isto posso verificar que existe uma tendência para o aperfeiçoamento dos softwares trazendo episódios do cotidiano (realidade virtual) para as sessões de estimulação sendo estas mais atrativas fazendo com que haja um maior feedback durante as sessões, podendo ir trabalhado algumas questões como a compra de produtos, criando assim algumas ilações (Mello & Costa, s.d).

1.5.3. Deficiência mental - enquadramento histórico.

A deficiência mental desencadeou um longo percurso histórico para melhor compreender esta patologia foi realizado um levantamento como a sociedade contemporânea agia com os portadores desta patologia.

Segundo Pessoti (1984) (citado por Silva e Dessen, 2001) refere que durante a antiguidade clássica a própria sociedade excluía estas pessoas do núcleo familiar sendo por vezes abandonados a sua própria sorte.

Na antiga Esparta os portadores de deficiência mental eram vistos como sub-humanos levando a cabo o seu abandono ou mesmo a sua eliminação, porém o ideal de homem naquela época era viril sem qualquer anomalia eram vistos como semideuses e nesta sociedade os possuidor de deficiência não era encarados como humanos (Pessoti, 1984).

Durante a idade média eram vistos pela igreja como detentores de poderes sobrenaturais podendo ser considerados divinos ou demoníacos, devido ao Santo Ofício torturava e enviava para a fogueira estes indivíduos em contrapartida todos os seus bens eram confiscados pelo inquisidor (Pessoti, 1984).

Contudo a expansão dos ideais cristãos pela Europa fizeram com que estes indivíduos fossem possuidores de uma alma logo o tratamento era diferenciado já não eram deixados à sua própria sorte mas sim enviados para ordens de caridade onde permaneciam (Silva & Dessen, 2001).

Nos Países Baixos durante século XIII, emerge o primeiro estabelecimento para albergar deficientes intelectuais (Pessoti, 1984).

Em 1690, John Locke considerava os portadores de deficiência intelectual como sendo uma *Tabula Rasa*. Para Locke a capacidade cognitiva do ser humano vai-se desenvolvendo através das informações durante o dia a dia. Entretanto cria uma teoria pedagógica e didática para comunicar com eles e através dela consegue tirar as primeiras conclusões em relação à avaliação cognitiva (Carvalho & Maciel, 2003)

No final do século XV deu-se uma mudança na sociedade e no Homem através da revolução Burguesa culminando com os avanços na área da medicina pois até esta altura esta patologia era encarada como um enigma espiritual e não uma doença esta reviravolta fez com que a visão que se tinha destes indivíduos modifica-se mas somente no século XIX é que se começou a ter uma atitude mais afável Silva e Dessen (2001, citado Aranha, 1995).

No decorrer desse século criaram-se as bases para o desenvolvimento das teorias da deficiência intelectual e da inteligência através do aperfeiçoamento científico das áreas da biologia e da psicologia criando a diferenciação de doente mental e deficiência intelectual (Garcia, 2011).

O primeiro autor que tentou definir deficiência intelectual foi Esquirol em 1918. Primeiramente houve uma divisão entre loucos, criminosos da deficiência em geral, esta divisão foi determinante para as condições de vida destes doentes (Garcia, 2011).

1.5.3.1. Conceito de deficiência intelectual.

Segundo Lourenço (2013) considera que a deficiência intelectual é uma circunstância de atividade atípico no seio da sociedade, que se declara no decorrer da primeira infância em que as limitações do funcionamento intelectual (inteligência) vivenciam as limitações no comportamento (citado por Correia, 2003).

Em termos etiológicos Deficiência provem do latim *deficientia* que quer traduzir insuficiência, carência.

De acordo com a Associação Americana de Deficiência Mental (2004) os portadores desta patologia têm algumas limitações no funcionamento intelectual, complexidades na aprendizagem, dificuldades no quotidiano e no domínio da inteligência social (Carvalho & Maciel, 2003).

Para se poder apurar um diagnóstico mais específico pode-se utilizar testes de inteligência (Correia, 2003).

Os portadores desta deficiência são caracterizados por um desenvolvimento intelectual baixo obtendo resultados de QI inferior ou abaixo de 70-75. Os resultados dessas avaliações devem ser comunicados e analisados por uma equipa multidisciplinar (Alonso & Bermejo, 2001).

Segundo Fonseca (2001) os défices apresentados são na área neurológica apresentando défices da linguagem, dificuldade na aprendizagem, resolução de problemas, socialização e cognição (citado por Garcia, 2011).

Segundo Haris e Enfield (2003) o estigma que a própria sociedade cria em relação aos portadores de deficiência salientando não estar preparada para receber estes indivíduos, este estigma pode ser apresentado através das atitudes como medo, ignorância, são rejeitados das escolas normais sendo enviados para escolas de educação especial, é criado obstáculo na construção da sua própria família. Devido a algumas destas mesmas atitudes fazem com que os portadores de deficiência não consigam ter um papel ativo dentro da sociedade (citado por Garcia, 2011).

1.5.3.2. Grupo terapêutico em deficiência intelectual.

Segundo Rodrigues et al. (1999) um grupo é um aglomerado de duas ou mais pessoas que partilham interesses (citado por Farah, 2009).

O grupo terapêutico é muito utilizado em alguns hospitais psiquiátricos a convivência entre utentes e a partilha de experiências são benéficas para minimizar as consequências da sua patologia pois o grupo é visto como um todo (Guimarães, Caldeira, & Fadini et al., 2008).

Este tipo de prática terapêutica tem vários tipos de características podem ser caracterizados por grupos de longa duração, para pacientes não internados ou até grupos de livre participação para pacientes em crise (Guimarães, Caldeira, & Fadini et al., 2008).

No contexto do meu trabalho de estágio este grupo terapêutico era frequentado por algumas utentes da Unidade 16 que estavam referenciadas para participarem nestas reuniões, decorriam todas as segundas-feiras da parte da tarde, com sensivelmente entre 5 a 14 utentes. Gostaria de reforçar que as utentes tinham poder de decisão de comparecerem ou não no grupo, devido a política implantada na instituição não foi possível a utilização de um gravador para poder transcrever alguns trechos das problemáticas trazidas para o grupo.

As experiências vivenciadas dentro do grupo terapêutico são benéficas não somente para os elementos do grupo mas também para o terapeuta o mesmo poderá ter uma visão do sentido de espírito do outro (alegria, sofrimento, frustração, ansiedade) e compartilhando as suas dificuldades criando assim um aprendizado (Guimarães, Caldeira, & Fadini et al., 2008).

Segundo Minicucci (1997, citado Basso, Rocha, & Esqueda, 2008) as bases da terapia de grupo nasceram nos EUA em 1920, este tipo de terapia é baseada nas interações pessoais dos membros do grupo, este tipo de grupo poderá ser de dois tipos o grupo aberto que tem a vantagem de estar sempre em movimento na entrada e saída de pacientes estando sempre a conhecendo e a reconhecendo cada membro, enquanto o grupo fechado permanece somente aquele numero de indivíduos poderão criar vínculos mais fortes entre si do que o grupo anterior.

Os grupos devem ser criados homogeneamente para se poder ter uma base de relação comum entre os elementos do grupo, as grandes problemáticas vivenciadas dentro deste tipo de grupos são o isolamento, a morte, a falta de autonomia, abandono (Basso, Rocha, & Esqueda, 2008).

Um dos pontos-chave para este grupo ter sucesso em termos terapêuticos é a coesão do grupo que é evidente na complexidade inerente no grupo através do apoio prestada por cada elemento criando assim laços de união.

1.5.4. Perturbação da personalidade.

As perturbações da personalidade pertencem a classe dos transtornos mentais, os indivíduos portadores desta patologia têm comportamentos desviantes associados a alterações de humor, este transtorno é considerado grave e envolve-se no âmbito da personalidade estando envolvido em ruturas ao nível social e pessoal (OMS,1993).

Esta Perturbação da personalidade tem uma tendência de se manifestar durante o final da adolescência e percorrendo toda a vida adulta (OMS,1993).

A literatura revela que o ambiente familiar hostil ou experiências traumáticas durante a infância como abuso sexual, emocional, perda de contato com um dos progenitores (divorcio, falecimento, viagens), figura parental autoritária, negligente pode estar muitas vezes na causa do desenvolvimento destas patologias (Jordão & Ramires, 2010).

Esta sintomatologia, esta associada muitas vezes a outros Perturbação sendo estes alimentares, de humor, ansiedade associados a abuso de substâncias psicotrópicas e a jogos de azar (Schestatsy, 2005).

Existem várias perturbações da personalidade sendo estas Paranoide, Esquizoide, Esquizotípica, Esquiva, Evitante, Obsessivo-compulsivo, Antissocial, Histriônica, Borderline (estado-limite), Dependente, Narcísica e Passivo-agressiva.

1.5.4.1. Perturbação da Personalidade Borderline – Epistemologia.

Ao longo da proporção histórica do conceito Borderline este passou por várias alterações pois esta patologia em termos de sintomas confundia as mentes mais brilhantes somente durante o século XX através dos estudos de Kahlbaum (1884,1890) e dos seus discípulos criou-se assim o conceito catatonia e mais tarde com o auxílio do seu discípulo Hecker criaram o conceito de hebefrenia que hoje em dia se assemelha ao transtorno Borderline, possuidores de hebefrenia as suas crises decorriam a partir da adolescência, em 1871 Hecker (1971) define esta síndrome através de alterações do comportamento, humor e do pensamento (Dalgalarondo & Vilela, s.d.).

Kahlbaum durante os seus estudos com um grupo de pacientes em 1884 descreveu com detalhe este grupo de adolescentes heboídes caracterizados como dependentes, instáveis, obstinados e submetidos à fúria, ao comparar os dois termos hebefrenia e heboídes o autor concluiu que os hebefrénicos, não exibem noções delirantes autênticas (Dalgalarondo & Vilela, s.d.).

O psiquiatra C. Hugues utilizou o termo Borderline para explicar as características de um grupo de sujeitos que oscilavam entre os limites da demência e da normalidade, estando entre o estado limítrofe (Borderline) da alienação, muitos indivíduos oscilam entre esta linha (Paz, Pelento, & Olhos de Paz, 1977).

Em 1938 Stern (1985) utilizou pela primeira vez o termo neurose Borderline num estudo publicado, Deutsch referiu que os portadores deste tipo de patologia estavam entre dois estados a neurose e a psicose (Dalgarrondo & Vilela, s.d.).

Mas muitos autores ao longo da história confundiram esta síndrome com esquizofrenia e as suas subescalas, somente a partir de 1953 Robert Knight criou as bases para que o termo Borderline estivesse mais em evidência na literatura psiquiátrica concebendo uma investigação sobre os estados Borderline classificando assim alguns pacientes mas em relação a definição deste termo ainda existia desacordo entre os vários pensadores, somente durante os anos 80, quando o DSM-III foi publicado houve uma redefinição do conceito através de cinco eixos, pois este manual servia para ser uma doutrina de diagnóstico para os distúrbios mentais ou seja os sintomas que estavam associados estavam descritos criando hipóteses de diagnóstico facilitando o trabalho dos profissionais da saúde, surgindo o termo Trastorno da Personalidade Borderline.

1.5.5. O impacto da violência no contexto familiar.

Segundo Bronfenbrenner (1979/1996), a família é considerada o primeiro sistema do qual o indivíduo tem contacto, este núcleo familiar tem um papel primordial no desenvolvimento das relações pois quando uma criança nasce é através da qualidade do ambiente familiar, e dos estilos de vinculação que ela poderá criar as bases para os relacionamentos futuros (citado por Cecconello, Antoni, & Koller, 2003).

Ao longo dos tempos as relações familiares tem-se, alterado, antigamente as agressões cometidas dentro do meio familiar eram toleráveis pela própria sociedade, é o caso do abuso físico exercido muitas vezes contra os menores e as mulheres (Abranches & Assis, 2011).

De acordo com Pereira (2009) a violência que acontece dentro do ambiente familiar é denominada de intrafamiliar (citado por Rodrigues & Hess, s.d.), de acordo com Paiano et. al (2007) a violência que é impulsionada à crianças é exercida quase sempre por um adulto que desempenha um papel de cuidador sendo o progenitor ou outra figura de vinculação que deveria assegurar os direitos básicos da criança (citado por Rodrigues & Hess, s.d.)

Foi durante os anos 70 que muitos pensadores começaram a interessar-se pelo abuso infringido as criança e através desta curiosidade nasceram vários estudos sobre o tema alertando para os progenitores das consequências da violência psicológica ser mais prejudicial do que a agressão física (Abranches & Assis, 2011), contribuindo para uma incapacidade na

aprendizagem, manter satisfatória relações interpessoais, humor depressivo e tendência a desenvolver sintomas psicossomáticos (Guirguis, 1979 citado por Abranches & Assis, 2011).

Os estudos demonstram que muitos pais que tiveram uma educação rígida pautada por episódios de violência física enquanto pais muitos deles repercutiram os mesmos atos, (Belsky, 1980 citado por Cecconello, Antoni, & Koller, 2003).

Segundo Hoffman (1975) com a evolução da sociedade e por sua vez, a mentalidade de muitos progenitores, pode-se compreender que o abuso exercido pelos pais sobre os seus filhos poderá criar traumas durante toda a vida causando sentimentos de ansiedade, medo e hostilidade (citado por Cecconello, Antoni, & Koller, 2003).

Hoje em dia tem-se a noção que os estilos parentais são muito importantes para que as crianças desenvolvam-se saudavelmente, questões como o afeto ou a rejeição por parte dos progenitores trazem consequências negativas para o desenvolvimento dos filhos nas relações futuras (Bronfenbrenner, 1979/1996 citado por Cecconello, Antoni, & Koller, 2003).

De acordo com Garbarino et al. (1986) refere que foram criados cinco comportamentos parentais prejudiciais à criança foram eles: a rejeição (o progenitor, não reconhece as necessidades do seu filho); o isolamento (o progenitor não permite que o seu filho construa relações interpessoais normais com outros indivíduos); a aterrorização (a figura vinciativa utiliza um clima de medo e ataca verbalmente a criança); o ignorar (não permitir que a criança tenha um desenvolvimento emocional e intelectual adequado); a Corrompe (esta é verificada quando o adulto orienta de forma negativa à socialização da criança) (citado por Abranches & Assis, 2011).

Segundo Azevedo e Guerra (2001), mencionam que existem quatro formas de violência sendo estas: abuso sexual, verbal (psicológica), físico e de negligência (citado por Abranches & Assis, 2011).

Segundo a literatura apresentada o contexto de violência doméstica entre o casal trás para as crianças grandes défices em relação ao contexto da vinculação enquanto progenitora a mesma pode-se descuidar em relação as necessidades básicas dos seus filhos (Holden, Stein, Ritchie, Harris e Jouriles, 1998; Osofsky, 1999; Zuckerman, 1999 citado por Sani, 2008).

Segundo Lawson (2001) refere que quando uma criança assiste a episódios de violência doméstica poderá ter a percepção que o progenitor agredido não tem capacidade para o proteger e isso poderá por em causa a vinculação segura tornando-a insegura (citado por Sani, 2008).

1.5.6. Institucionalização na infância.

Segundo Silva (2004) a institucionalização durante a infância é uma realidade dos nossos tempos causada por problemas de várias ordens sendo estes económicos, desmembramento familiar, violência, abuso entre outros (citado por Siqueira & Dell’Aglío, 2006).

Os estudos em relação a este tema apontam que muitas das crianças que são institucionalizadas não perdem totalmente o vínculo com os seus familiares mas em contrapartida os mesmos permanecem institucionalizados durante um longo período da sua infância e adolescência causando nos mesmos graves problemas ao nível do relacionamento afetivo futuro (Siqueira & Dell’Aglío, 2006).

De acordo com Carvalho (2002) o mesmo refere que o ambiente institucional não é favorável para o desenvolvimento e crescimento da criança são vistos como um número e não como um ser humano que necessita de carinho, amor e atenção são criados através de regras e disciplina. Mas muitas vezes esta é a única forma de poderem ter uma educação pois as bases familiares são muito desfavoráveis para o crescimento saudável dos mesmos (citado por Siqueira & Dell’Aglío, 2006).

Durante o século XX grandes pensadores começaram a preocuparem-se com a institucionalização precoce de crianças verificando que as mesmas demonstravam sequelas psicológicas (Cavalcante, Magalhães e Pontes, 2007), para Spitz (1965/1998) o apego forma-se durante a segunda metade do primeiro ano de vida quando ocorre uma privação da figura de apego esta, poderá causar traumas para a criança (citado por Cavalcante, Magalhães e Pontes, 2007) em contrapartida Bowlby (1976/1995) refere que a vinculação como o processo de apego ocorre durante o início dos 9 meses podendo ir até aos 3 anos, este processo é visto pela criança como uma forma da mesma se ligar a uma figura de vinculação sendo esta a proporcionar-lhe os cuidados básicos necessários para a sua sobrevivência mas, quando a mesma se vê privada deste contacto esta poderá trazer consequências a longo prazo nas suas relações de apego (citado por Cavalcante, Magalhães & Pontes, 2007).

Segundo Morais e cols. (2004), Yunes e cols. (2004) (citado por Cavalcante, Magalhães e Pontes, 2007) estes autores referem que a precoce institucionalização de crianças durante a infância causa nas mesmas problemas ao nível físico e mental.

1.5.7. Alienação parental.

Quando o fim de um casamento parece ser a única solução para vários casais os que mais sofrem são sempre os frutos destas uniões os filhos, com o rompimento das relações os progenitores iniciam uma nova batalha entre eles a guarda dos descendentes, muitas crianças ou mesmo adolescentes sofrem na pele os efeitos devastadores da desunião das figuras de vinculação sendo muitas vezes utilizados como armas de arremedo entre os ex-cônjuges (Pinho, s.d.).

As figuras de vinculação no decorrer de um divórcio começam a ter uma atitude de desentendimento entre ambos utilizando os filhos como recetores do odio que nutre pelo ex-cônjuge, a criança sente que serve como uma moeda de troca entre os pais (Pinho, s.d.).

1.5.8. Abuso sexual no meio familiar.

A ideia que o seio familiar é o local onde podemos estar protegidos e seguros de todos os que nos poderão fazer mal está errada, pois os estudos apontam que é no seio familiar onde ocorrem o início dos abusos sexuais e este ato quase sempre é exercido por um familiar com quem a criança ou adolescente tem um vínculo afetivo (Braun, 2002 citado por Habigzang, Koller, Azevedo & Machado, 2005).

Este ato de violência, é apresentado pela literatura sendo este caracterizado como qualquer interação entre uma criança ou adolescente e um individuo com um estágio psicosexual mais avançado onde o mesmo utiliza a criança ou adolescente para o estimular sexualmente, esta estimulação poderá incluir caricias, toques, penetração podendo mesmo não existir um contacto físico ocorrendo assedio ou exibicionismo (Azevedo & Guerra, 1989; Thomas, Eckenrode & Garbarino, 1997 citado por Habigzang, Koller, Azevedo & Machado, 2005).

Segundo Gonçalves e Ferreira (2002) refere que o abuso cometido trás implicações para o desenvolvimento cognitivo, social e afetivo das vítimas, em contrapartida Berliner e Cohen (2000) refere que este tipo de abuso sexual poderá ainda causar graves problemas emocionais e psiquiátricos (citado por Habigzang, Koller, Azevedo & Machado, 2005).

De acordo com Furniss (1993) o abuso sexual intrafamiliar tem como base a síndrome do segredo a sociedade condena estes atos então o agressor envolve a criança ou adolescente na sua teia através do medo culpabilizando-a pelos atos infringidos à mesma, estudos apontam que quando existe este tipo de violência está quase sempre associado a negligência familiar, abuso emocional e físico (citado por Habigzang, Koller, Azevedo & Machado, 2005).

Quando o abuso é cometido por um dos progenitores quase sempre existiu uma causa anterior podendo ter sido abusados, negligenciados, podendo ser usuários de psicotrópicos, pouca comunicação entre a família de origem, autoritarismo, desemprego, morte ou separação do companheiro entre outros fatores (Koller & De Antoni, 2004; Thomas & cols., 1997 citado por Habigzang, Koller, Azevedo & Machado, 2005).

Parte II – Atividades Realizadas no Âmbito de Estágio

Neste capítulo irei abordar as atividades realizadas durante o estágio e a apresentação de dois casos clínicos e a sua análise.

2.1. Trabalho de Estágio

2.1.1. Psiquiatria (unidade 3/4).

O meu trabalho na unidade de psiquiatria foi bastante diverso. Inicialmente estive em regime de observação durante sensivelmente quatro meses inserida numa equipa multidisciplinar, seguidamente após a observação, executei acompanhamento a uma residência comunitária na comunidade segundo o projeto Laço Verde, que tem como função principal promover a autonomia das utentes.

Na unidade propriamente dita o meu trabalho requereu mais ao nível da psicologia executando avaliações psicológicas.

Por último tive que criar um cronograma e elaborar um projeto que consistia em criar materiais para utilizar nas sessões de Reabilitação Cognitiva. No final executou-se dezoito sessões a um grupo de quatro utentes que estão em regime institucional.

2.1.2. Deficiência intelectual (unidade 16).

Inicialmente como em cada área em que me propus trabalhar estive em regime observacional como referi anteriormente. Durante este tempo pude observar na unidade 15 que se destinava a utentes com um menor grau de autonomia, através da supervisão da orientadora como se processava as sessões do grupo terapêutico e como esta unidade trabalha em termos burocráticos segundo o plano individual de intervenção (PII).

Devido a minha comparência ser essencial durante as reuniões de equipa do projeto Laço Verde tive que abandonar esta unidade e reintegrar-me na unidade 16 a partir do mês de Fevereiro. Estas duas unidades (15/16) são muito similares sendo a unidade 16 mais autónoma, o meu trabalho nesta unidade baseou-se essencialmente em orientar o Grupo Terapêutico e intervir quando necessária usando sempre a compreensão empática como um

meio de poder interagir com esta população e se fosse essencial e benéfico para as utentes intervir através do acompanhamento individual.

Foi feito um acompanhamento individual com sensivelmente sete sessões.

2.2. Trabalho de Estágio - Avaliações Psicológicas

No que respeita à avaliação psicológica foram executadas duas avaliações psicológicas. Inicialmente a primeira avaliação consistiu numa única aplicação em que se propôs avaliar a parte cognitiva de um utente devido ao mesmo se encontrar internado há pouco tempo na instituição.

Ao longo da avaliação, A. estabeleceu sempre um contato visual adequado e correspondeu sempre às tarefas que lhe foram solicitadas.

O seu comportamento durante a aplicação foi sempre calmo, mostrando concentração, não ficou provado qualquer défice cognitivo. A aplicação deste teste é considerado na instituição uma avaliação de rotina para se poder saber se o utente tem ou não défices cognitivos.

Aplicou-se ao A. o *Mini Mental State* (MMS) teste esse muito usado na instituição como forma de rastreio quando os utentes entram para as unidades. É uma forma de poder conhecer as capacidades cognitivas dos mesmos.

O MMS é composto sensivelmente por sete escalas e cada uma destas desempenha objetivos específicos para avaliar as várias funções cognitivas específicas que são: Orientação Temporal (5 pontos), Orientação Espacial (5 pontos); Registro (três palavras (3 pontos); Atenção e Cálculo (5 pontos); Lembrança (memória de evocação das três palavras) (3 pontos); Linguagem (8 pontos); e Capacidade construtiva visual (1 ponto) (Almeida,1998).

Esta escala é muito usada em contexto clínico por ser de fácil aplicação e por ser uma ferramenta que poderá ser aplicada por qualquer profissional da área da saúde (Almeida,1998).

A pontuação deste teste varia entre o mínimo de 0 até ao total que são 30 pontos a administração deste teste demora em média entre 5 a 10 minutos (Almeida,1998).

Enquanto ao segundo caso de avaliação foi encaminhado exclusivamente com o intuito de esclarecer o funcionamento da personalidade, P. encontra-se nesta instituição a um tempo insuficiente para se poder tirar conclusões em relação ao seu diagnóstico, este caso irá ser apresentado posteriormente.

2.3. Apresentações Dos Casos Clínicos

Inicialmente irei descrever os casos que tive em acompanhamento psicológico face a sua história clínica, a sua avaliação e discussão e no final de cada caso irei elaborar uma reflexão pessoal a cerca do mesmo.

Devido ao regulamento da própria instituição não foram permitidas gravações dos acompanhamentos como tal em (anexo 2 e anexo 4) encontrasse a síntese de cada acompanhamento.

2.3.1. Estudo de caso “P.”.

P., de 56 anos, foi encaminhada pelo psiquiatra para se poder fazer uma avaliação da sua personalidade.

É de nacionalidade portuguesa e natural da zona da grande Lisboa, tem uma irmã e é solteira com uma filha de 25 anos, com a habilitação literária ao nível do Bacharelato, exerceu, profissionalmente função como secretária, estando reformada desde os 38 anos.

Em termos físicos é de estatura média, os seus cabelos são grisalhos usando com frequência o cabelo apanhado, os seus olhos são castanhos e muito expressivos.

Visualmente é evidente o seu descuido pela sua imagem, assim como a privação de dentição. É visível a boa higiene mas não aparenta a idade real.

A utente está internada na Casa de Saúde da Idanha na Unidade de Psiquiatria 3/4 desde Julho de 2013, referenciada pela Associação Vitae.

Pedido

Encaminhamento por Parte do médico psiquiatra para se poder fazer uma avaliação psicológica para se esclarecer o funcionamento da personalidade.

Dados da 1ª consulta

Na instituição antes de se efetuar um processo de avaliação psicológica tem como procedimento a realização de uma primeira consulta, a 13 de fevereiro, com o objetivo de se explicar todo o processo de avaliação que o utente será sujeito, assim como, realizar a sua anamnese clínica. Questões como a confidencialidade e o número de sessões foram abordadas nesta primeira sessão. Devo salientar que antes da avaliação psicológica foi explicado à paciente que os resultados da sua avaliação serviriam para apresentar em contexto académico e decorrente dessa situação foi-lhe pedido um consentimento informado.

Nesta primeira consulta P. apresentou-se com uma imagem cuidada usando roupa casual, umas calças de ganga e uma camisa.

Durante o início da entrevista sentiu-se uma certa tensão ou apreensão por parte da utente, por um lado, por não conhecer o técnico e por outro, pelo receio de este obter informações que pudessem prejudicar o seu percurso na instituição e originar a sua saída. No entanto, à medida que ia ouvindo com atenção as nossas instruções mantinha sempre contacto visual e a tensão foi diminuindo.

Ao nível do discurso este foi coerente, manteve o volume de voz adequado e o seu pensamento foi organizado. Apresentava também boa orientação temporal e espacial. A sua postura foi adequada, sentando-se direita com as mãos por vezes no colo ou em cima da mesa alternando-as.

Descrição das queixas atuais

As queixas relatadas por P. nesta primeira consulta foram: falta de vontade de estar com pessoas (com as outras utentes), referindo-se sentindo-se cansada, ansiosa e triste (ocorrendo períodos de choro), como a própria verbaliza (“sinto-me extremamente triste”).

História Clínica

Estrutura e contexto familiar

P. provém de uma família com baixa escolaridade e com problemas financeiros. Durante a infância o ambiente familiar não foi o mais propício à paciente que referiu que assistia a episódios de violência doméstica, mas mesmo assim mencionou que teve uma infância feliz.

Os pais divorciaram-se quando a mesma tinha 4 anos. Durante um longo período de tempo viveu com a sua irmã mais nova num colégio interno. Durante esta altura a relação de ambas era de proximidade. Aos 17 anos a sua irmã casou para poder sair de casa devido a agressividade demonstrada e infligida pelo pai.

A paciente revelou que a irmã começou a sentir inveja da mesma querendo ter a vida que a utente apropriou fato que originou uma separação gradual, prejudicando o relacionamento de ambas, fato que se mantém até aos dias de hoje.

Quando a utente se recorda da relação que tinha com o seu pai afirma que era pouco afetuoso e por vezes violento, como a própria refere: “o meu pai era um bruto”. De referir que o progenitor agredia fisicamente a sua mãe, a sua irmã e a própria utente.

Quanto à relação de P. com a mãe esta nunca foi de proximidade revelando: “Não tive sorte com o meu pai nem com a minha mãe”, apesar de ter sido a utente a cuidar da sua mãe até a sua morte.

Quando P. e a sua irmã abandonaram o colégio foram viver com a mãe mas devido a problemas financeiros foram obrigadas a voltar a viver com o pai. Enquanto estava ao seu cuidado deste a utente referiu que “o meu pai exercia terror” sobre elas, agredindo-as fisicamente e verbalmente.

Surgem os primeiros episódios de tentativa de suicídio aos 16/17 anos quando a utente coloca como verbaliza “a cabeça dentro do forno”.

Aos 20 anos começou a trabalhar numa empresa, onde conheceu uma colega que foi significativamente importante para si, criando-se uma relação de grande proximidade e de verdadeira amizade. De acordo com P., esta relação ajuda-a ao nível da sua autoestima, sentindo-se valorizada pelo trabalho que realizava e isso fazia-a sentir-se, pois durante toda a sua vida sempre foi desvalorizada pelo pai que constantemente verbalizava “nunca serás ninguém na vida”.

Aos 22 anos sofreu de uma doença infetocontagiosa (tuberculose) em que foi forçada a abrandar o ritmo e a afastar-se da vida profissional. Nove meses depois do diagnóstico foi considerada recuperada.

Durante a recuperação fez algumas provas para entrar num instituto bancário e foi aceite, sendo que foi, nesta altura que conheceu o pai da sua única filha.

A relação entre ambos era boa (“ele era um bom homem”) e viveram durante algum tempo juntos. A conexão de ambos começou a desgastar-se quando a utente o informou que estava grávida, pois a mesma referiu que o seu companheiro não queria ter filhos.

No entanto, sempre desejou ser mãe, pelo que aos 28 anos nasceu a sua única filha. O parto foi muito complicado segundo a paciente estando dois dias em trabalho de parto e no final a criança teve que ser tirada a ferros (“não me doeu nada devido às duas epidurais”).

Após o parto mencionou que a sua vida alterou-se começando a sentir-se estranha (“sentia que a minha cabeça estava separada do corpo”). Durante esta altura a paciente foi medicada por um psiquiatra tendo aumentado substancialmente de peso chegando aos 130 kilos, sendo diagnosticada com depressão pós-parto.

A relação com a sua filha foi sempre de grande proximidade (“sempre fui mãe galinha”). No que concerne à sua filha exaltou que esta poderia não ser amada pelo pai (“os bebés ouvem tudo quando estão na barriga das mães”), pois por vezes ambos discutiam sobre o assunto e a reação do seu companheiro não era das melhores. Após a filha de ambos nascer

a reação dele modificou-se pois a sua filha era muito parecida com o pai (“ela é a cara do pai”).

Aos 33 anos a paciente foi internada pela primeira vez no Hospital Júlio de Matos. Quando a filha tinha 9 anos separou-se do seu progenitor, afirmando: “os homens não gostam de mulheres doentes”. Após a separação, a utente voltou a viver com a sua mãe até a mesma falecer.

P. verbaliza que foi dada como reformada por invalidez aos 38 anos por ter sido diagnosticada com depressão pós-parto.

Após o falecimento da sua mãe foi internada pela segunda vez no Hospital Júlio de Matos (“não conseguia dizer palavra com palavra e estava muito magrinha”). Viveu na casa da mãe até a sua filha alugar uma casa onde ambas viveram durante algum tempo.

Aos 21 anos a sua filha saiu de casa, levando somente uma mala com roupa e umas botas viajando para o Reino Unido (“queria ir viver a sua vida”). Desde essa altura, há 4 anos, que ambas perderam contato.

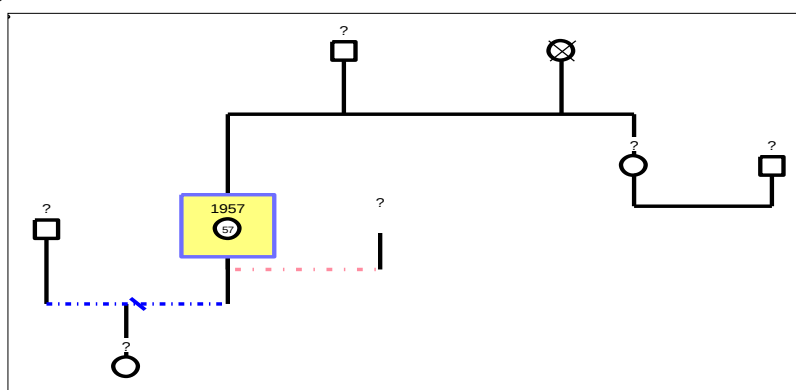
No período que sucedeu a saída da sua filha de casa, P. viveu num quarto alugado onde sofreu agressões por parte da senhoria afirmando que a mesma “tinha esquizofrenia”, sendo obrigada a sair da casa por ordem judicial.

Durante algum tempo viveu como sem abrigo até contactar com a linha de apoio aos sem-abrigo, mas referiu que pouca coisa foi feita para a ajudarem. Chegou à Casa de Saúde da Idanha ao abrigo da VITAE onde trabalhou na área das limpezas.

Deu entrada na Casa de Saúde da Idanha em 2013 para a unidade S. João de Deus sendo mais tarde transferida para a unidade 3/4 na qual está presentemente.

Atualmente, tem uma relação afetiva da qual não verbalizou muito acerca da mesma comentando apenas que, por vezes, passa alguns fins-de-semana na companhia desse indivíduo.

Figura 1- Genograma de “P.”



Avaliação Psicológica do caso da “P.”

A avaliação psicológica foi elaborada em quatro sessões nos dias 19, 27 de fevereiro e 6 de março durante o período da tarde. De acordo com o padrões da instituição foram aplicados testes que fazem parte do protocolo de avaliação, designadamente, as Matrizes Progressivas de Raven (1938) – (PM-38); o Inventário Multifásico de Personalidade de Minnesota M.M.P.I.-2 (projeto de aferição para a população portuguesa em colaboração com a Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa); *Symptom Distress Checklist in Clinical Evaluation* (SCL-90-R) e o Inventário de Depressão de Beck (BDI).

Na primeira sessão, foi aplicado o M.M.P.I.-2 que é um teste muito usado em contexto clínico que avalia amplos traços da personalidade e da psicopatologia clínica (Figueiredo, 2012). A ordem de aplicação dos instrumentos foi de acordo com as normas institucionais.

Durante a primeira sessão, P. demonstrava uma postura colaborante, mas sem deixar de se sentir ansiosa, pelo certo receio de poder voltar para a rua como foi referido anteriormente. Consegue estabelecer contacto visual e criar relação com o técnico, o que poderá ser justificado pela primeira sessão, a qual permitiu o estabelecer de uma relação pautada pela empatia e pela escuta ativa.

Na segunda sessão de avaliação psicológica, P. demonstrava-se mais descontraída. Esta postura pode resultar pelo de se ter conseguido criar empatia entre o técnico e a cliente. Nesta sessão foi aplicado a PM-38 que é um teste para avaliar a inteligência geral, possibilitando caracterizar as competências inerentes do sujeito e os fatores condicionados pela aprendizagem específica.

Na última sessão, foi aplicado a SCL-90-R e a BDI ambos os testes são de auto relato. O primeiro incide numa avaliação mais direccionada aos padrões de sintomatologia clínica enquanto o segundo averigua o humor depressivo evidente na utente. Após a aplicação de cada teste foi feito uma análise dos mesmos e a sua interpretação dos resultados, após a análise ser concluída foi elaborado um relatório de avaliação psicológica, supervisionado pela orientadora da área da psiquiatria.

Resultados da avaliação psicológica

O plano de testagem proposto para esta avaliação permitiu avaliar a inteligência, a estrutura de personalidade e depressão (anexo 3).

A PM-38 é um teste designado para avaliar a inteligência geral, possibilita caracterizar as competências inerentes do sujeito e os fatores condicionados pela aprendizagem específica, a sua aplicação deve ocorrer entre 45 minutos (Raven, Raven & Court 2009).

A dimensão deste teste divide-se em, cinco escalas (A;B;C;D;E) cada uma com sessenta problemas constituídos por doze itens ao longo de cada parcela em que o grau de obstáculo aumenta. Este teste consiste em mostrar uma paleta em cada uma destas falta uma parte, que tem de ser selecionada num conjunto de opções apresentadas (Raven, Raven & Court 2009).

Considerando os resultados obtidos, P. situa-se no percentil 25 indicando um Q.I. abaixo da média no que respeita ao seu grupo etário.

O MMPI é um teste muito usado em contexto clínico, sendo um inventário que avalia amplos traços da personalidade e da psicopatologia clínica (Figueiredo, 2012). Este instrumento é autoadministrado, podendo ser aplicado individualmente ou em grupo (Cunha, 2007).

Este teste que avalia o perfil da personalidade é um projeto de aferição para a população portuguesa em colaboração com a Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, sendo constituído por duas escalas uma da validade e outra clínica.

A escala da validade é organizada por três escalas Mentira (*L*) que apresenta uma correlação de 66, a Validade (*F*) de 120 e a Correção (*K*) de 39.

Numa análise geral dos resultados de P., a escala da validade, a qual contempla a escala da Mentira (*L*) revela um valor acima da média evidenciando a possibilidade de um quadro defensivo.

Enquanto existe uma elevação acentuada da escala da Validade (*F*) pode levar a probabilidade que o instrumento tenha sido respondido de forma aleatória levando a um enviesamento da aplicação ou mesmo a manipulação por parte da utente da sua própria imagem (Cunha, 2007).

Por último, na Correção (*K*) os escores que estão abaixo da média indicam um perfil inválido, podendo ocorrer uma provável patologia aguda ou um pedido de ajuda com base na fantasia. Se a utente não exagerar nas suas queixas pensa que não terá auxílio.

Enquanto a escala clínica é composta por oito subescalas Hipocondria (Hs), Depressão (D), Histeria (Hy), Psicopatia (Pd), Paranoia (Pa), Psicastenia (Pt), Esquizofrenia (Sc) e Hipomania (Ma). Os resultados do MMPI foram convertidos em notas T que correspondem as notas brutas (Degoratis & Lazarus, 1994 citado por Martins, 2011).

Para relevância neste caso numa análise mais detalhada, verifica-se a elevação quer na tríade neurótica Hipocondria (T=78), Depressão (T=90) e Histeria (T=75), quer em escalas psicóticas da Psicastenia (T=79) e Esquizofrenia (T=91) dando conta de um funcionamento com características psicóticas, no entanto, com atenuante de ter mecanismos de defesa neuróticos operantes (Cunha, 2007).

A elevação acentuada na escala de Depressão parece remeter-nos para a presença de sintomatologia depressiva (Cunha, 2007).

Os valores da escala de psicastenia parecem dar conta de sentimentos de ansiedade, ruminação e dificuldade de concentração (Cunha, 2007).

Considerando a validade do perfil, este surge compatível com a hipótese de diagnóstico de Perturbação da Personalidade Borderline com presença de sintomas depressivos.

Segundo Soares, (2007) O *Symptom Distress Checklist in Clinical Evaluation* (SCL-90-R) é um questionário de autorrelato de natureza multidimensional que pretende fazer uma avaliação mais direcionada aos padrões de sintomatologia clínica. Este teste poderá ser aplicado à população médica e psiquiátrica mas também em indivíduos que não se encontram perturbados emocionalmente (citado por Martins, 2011).

O instrumento é constituído por 90 afirmações que descrevem queixas ou sintomas, em que as afirmações são cotadas a partir de uma “escala de *Likert* de (5 pontos), variando de zero (“Nunca”) a quatro (“Extremamente”) que se narram os diferentes níveis de mal-estar” (Soares, 2007 citado por Martins, 2011, p.116).

O perfil sintomático observado destaca valores acima da média na escala da Ansiedade (T=2,5) e da Depressão (T=2,15), enquanto que, nas outras escalas (Somatização, Obsessivo-compulsivo e Sensibilidade interpessoal) os valores encontram-se dentro da média e abaixo da mesma verificam-se as escalas (Hostilidade, Ansiedade fóbica, Ideias paranoides e Psicoticismo).

A escala da Ansiedade está um pouco acima da média pelo que parece dar conta de sintomatologia de tensão emocional como nervosismo, tremores e apreensão.

Enquanto na escala da Depressão está acima da média remete para sentimentos de desespero, impotência e falta de motivação.

E por último, aferiu-se no Inventário de Depressão de Beck (BDI) sendo pertinente averiguar o humor depressivo evidente na utente.

Esta escala de depressão é de autorrelato constituído por 21 itens de escolha múltipla, adquirindo graus divergentes de depressão entre a (tristeza, Pessimismo, insatisfação, sentimentos de fracasso, ideias de suicídio, autoaversão, choro, irritabilidade, indecisão, mudança na auto imagem, perda de apetite/ peso, insónia, perda de libido, preocupações somáticas) (Baptista, Souza, & Alves, 2008).

Cada um destes itens tem seis escalas com pontuação entre 0 e 3. Esta escala classifica os quatro níveis de depressão que são: depressão mínima (0-9), depressão leve (10-16), depressão moderada (17-29) e depressão severa (30-63) (Baptista, Souza, & Alves, 2008).

O resultado obtido remete para valores compatíveis com uma depressão moderada (T=20).

Discussão clínica

Autores ao longo das épocas têm referido que a família tem um papel fundamental no estabelecimento de bases para se criar uma vinculação, em que esta forma de afeto vai-se repercutir nas relações futuras que se vão criando ao longo da vida (Mutante & Ribeiro, s.d.).

O percurso de vida de P. não tem sido muito favorável desde tenra idade, pois provém de uma família com baixos recursos económicos, com episódios de violência doméstica culminando num divórcio parental quando a mesma tinha 4 anos, originando uma destruturação do núcleo familiar.

Durante a fase da primeira infância da paciente esta foi institucionalizada com a sua irmã mais nova num colégio interno, mas costumavam passar os fins-de-semana em casa e quando isso acontecia P. sentia-se manipulada nas mãos dos seus pais.

Quando abandonou o colégio interno durante a fase da adolescência, P. e a sua irmã foram viver com a progenitora, mas a falta de recursos económicos fez com que a guarda fosse entregue ao progenitor. Durante esta fase de vida, a utente relatou que viveu momentos muito difíceis sendo agredida fisicamente e verbalmente pelo mesmo, causando nela e na sua irmã traumas. É durante esta fase que P. tem uma crise e tenta o suicídio. A literatura tem demonstrado que o suicídio para além de comportar características individuais do próprio indivíduo que comete este ato de violência deve também ser compreendido a luz do relacionamento familiar (Aldridge, 1999 citado por Kruger & werlang, 2010). No entanto é importante referir que nem sempre um contexto familiar disfuncional prediz um comportamento suicida (Kruger & werlang, 2010).

Durante o início da fase adulta, P. sempre lutou para atingir os seus objetivos mesmo quando era ridicularizada pelo progenitor. Neste período de tempo existiu um episódio na sua vida marcante (diagnóstico de tuberculose) dando origem à reviravolta da sua vida profissional, ou seja, teve que abandonar o ritmo e, por consequência, perdeu o emprego sentindo-se profundamente triste e abalada.

Esta fase foi ultrapassada quando entrou para um novo emprego e foi nesta altura que P. conheceu o pai da sua filha e com ele nasce o sonho de ser mãe mas ao mesmo tempo a insatisfação por parte do companheiro. Paralelamente a esta situação e apesar de ter conseguido concretizar o sonho de ser mãe, P. pouco tempo depois da filha nascer é diagnosticada com uma depressão pós parto. Existem alguns fatores biopsicossociais que podem contribuir para o desenvolvimento desta patologia, nomeadamente, a falta de suporte familiar e do companheiro, (Beck, 2002 citado por schwengber & Piccinini, 2003) uma gravidez não planeada (Komar & Robson, 1984 citado por schwengber & Piccinini, 2003), problemas durante o parto (Brown et al., 1994 citado por schwengber & Piccinini, 2003) e o historial de doenças do foro psiquiátrico e problemas psicológicos da mãe (Beck, 1992 citado por schwengber & Piccinini, 2003). De acordo com a história de vida de P. constata-se alguns acontecimentos de vida como a tentativa de suicídio aos 16/17 anos que em combinação com outros momentos marcantes podem ter contribuído para o desenvolvimento da depressão pós parto.

Após a separação conjugal P. volta a viver com a progenitora e com a sua filha na casa da sua mãe, até esta falecer. Na altura P. teve uma crise, que descreve como uma situação que dificultava a sua comunicação (“não conseguia dizer palavra com palavra”), devido ao falecimento da sua mãe tendo sido internada no Hospital Júlio de Matos. A literatura refere que o luto muitas vezes pode ser patológico fazendo com que o indivíduo se desorganize ocorrendo um desequilíbrio emocional (Catarina, 2007). A perda de um ente querido é sempre muito difícil de aceitar, ocorrendo um rompimento do vínculo afetivo (Bowlby, 1990 citado por Marinho, Marinonio, & Rodrigues, 2007). Ao longo da vida de P. constata-se que a sua vinculação de base não era segura tendo em conta a institucionalização que foi sujeita em criança e ao rompimento do vínculo devido à morte da progenitora. P. demonstra ter poucos recursos internos suficientes para superar a perda ocorrendo um vínculo complicado/ patológico (Bowlby, 1998 citado por Marinho, Marinonio, & Rodrigues, 2007).

Após o falecimento da sua mãe, P. e a sua filha alugam um apartamento onde permaneceram durante um curto espaço de tempo. Devido a um desentendimento mais acesso fez com que a filha abandonasse o lar e ambas perdessem o contacto, levando P. para as ruas, vivendo como sem abrigo.

Segundo Tavares (2010) consideram sem abrigo um indivíduo que não dispõe de recursos para obter uma habitação ou direitos legais para a mesma, estando desprovido de laços afetivos adequados (Munoz & Valques, 1998 citado por Tavares, 2010). P. de acordo com a literatura é considerada uma “nova sem abrigo” (Pereirinha, 2007 citado por Tavares,

2010) pois a mesma encontrava-se na rua devido ao abandono por parte da filha que culminou no seu despejo.

Mais tarde consegue ajuda através da linha de apoio aos sem-abrigo e é através dela que é sinalizada ao abrigo da VITAE, sendo por sua vez institucionalizada na CSI.

Tendo em consideração a história de vida de P. e a intervenção utilizada junto da mesma leva-nos a considerar a possibilidade de existir uma perturbação Distímica esta patologia tem como característica fundamental da presença de humor depressivo e crónico durante mais de metade dos dias ou pelo menos durante dois anos (American Psychiatric Association, 2002).

Segundo P. relata sentir-se bastante triste devido a todos os acontecimentos que ocorreram na sua vida, realçando que esta tristeza intensificou-se a partir do momento em que a filha a abandona. Por sua vez, P. culpabiliza-se por todos os acontecimentos que aconteceram.

De acordo com os critérios de diagnóstico do DSM-IV-R para a perturbação distímica P. preenche os seguintes critérios:

- Humor depressivo durante a maior parte do dia, mais de metade dos dias, durante dos anos (critério A);

- A presença, no estado depressivo dos seguintes sintomas: fadiga, dificuldades de concentração e sentimentos de falta de esperança (critério B);

- Permanência dos critérios A e B durante mais de dois meses num período de dois anos (critério C);

- Ausência de um episódio depressivo *Major* durante os dois primeiros anos da doença;

- Ausência de um episódio Maníaco, misto ou hipomaníaco e nunca foram preenchidos os critérios para a perturbação ciclotímica (critério E);

- Os sintomas não advêm de efeitos fisiológicos por uso de uma substância (critério G);

- Os sintomas provocam mal-estar clinicamente significativo; (American Psychiatric Association, 2002).

No caso clínico de P. a sintomatologia observada permite constatar o isolamento da utente em relação a outros residentes da instituição, a necessidade constante de querer agradar os técnicos conforme de obter aprovação. De realçar a não evidencia de alterações ao nível do pensamento nem alucinações ou crenças delirantes.

Este caso foi analisado tendo em conta os princípios orientadores da Abordagem Centrada na Pessoa que postula que o terapeuta deverá compreender a realidade vivenciada pelo cliente tal como ele a percebe. Assim, através da não diretividade a compreensão hepática em como objetivo “transmitir ao cliente os elementos e as condições que promovem o exercício do seu poder de auto direção” (Santos, 2004 p.19).

Reflexão do caso

Este caso foi apresentado no meu relatório por ter sido a testagem psicológica mais completa que fiz.

Foi muito enriquecedor em termos da aprendizagem não somente pela história de vida relatada por P. mas sobretudo pelo conhecimento de novos materiais (testes psicométricos).

Enquanto decorria a entrevista para o levantamento dos dados biográficos sentimos que P. encontrava-se inquieta e renitente. Terminado o levantamento de dados podemos comprovar que P. tinha-se envolvido na partilha de informações mas ficou inerente a aversão de voltarmos a conversar. Não a confrontei nas sessões seguintes em que aplicamos os testes psicométricos foram respeitados o seu espaço e somente quando P. abordava alguns episódios da sua vida, nós adotávamos uma postura de escuta ativa, por forma a compreender o sofrimento vivenciado por P, aliada à compressão empática.

Este caso mostrou-se desafiador não somente pela própria problemática da paciente como todo o trabalho que teve que ser feito para se poder tirar uma conclusão do seu diagnóstico através do estudo incessante dos matérias psicométricos para conseguir chegar a um diagnóstico contrastado com algumas lacunas da sua história clínica.

Ao longo das sessões verificámos que conseguimos criar uma relação de empatia com P. pois a mesma comunicava livremente o que a afligia sentido que nada que disse-se seria julgado por nós. Foi sempre respeitada a singularidade da cliente.

Em suma, esta avaliação foi bastante benéfica na medida em que serviu para uma aprendizagem a nível profissional e sobretudo ao nível humano, não é por a pessoa estar institucionalizada e que sofre de uma patologia mental grave que não deve ser vista como um ser humano que precisa de ser ouvido e compreendido.

2.3.2. Estudo de caso “E.”.

E. 32 anos foi encaminhada para acompanhamento psicológico, devido a mesma participar nas sessões do Grupo Terapêutico. Durante as sessões foi sempre bastante

interventiva, mas devido ao curto espaço de tempo para cada utente partilhar as suas experiências ou problemáticas, consideramos que seria enriquecedor para a utente ter um acompanhamento individual.

É de nacionalidade portuguesa e natural da zona da grande Lisboa. Tem dois irmãos (uma rapariga filha do primeiro relacionamento da mãe) e um irmão. É solteira com habilitações literárias ao nível do ensino primário (4ª classe).

Em termos físicos é de estatura média, os seus cabelos são grisalhos usando com frequência o cabelo apanhado e os seus olhos são castanhos usando óculos.

Nasceu com uma má formação congénita (lábio *leporino*) e mais tarde enquanto criança fez a reconstrução.

Visualmente é muito cuidada com a sua imagem. A utente está internada na Casa de Saúde da Idanha desde 2006.

Foram realizadas 7 sessões de acompanhamento, sendo que a primeira sessão foi de recolha de dados. As sessões decorreram durante a parte da manhã, uma vez por semana, durante os meses de junho (6, 20, 27) e julho (4, 11, 17 e 24) com uma duração de 45 minutos (anexo 4).

Pedido

Como foi referido anteriormente, E. revelava grande necessidade de ser ouvida e nem sempre nas sessões de grupo permitiam-lhe partilhar as suas problemáticas. Atendendo a esta questão, a instituição considerou importante a realização de um acompanhamento psicológico individual.

Dados da observação da 1ª consulta

Na primeira consulta como nas restantes a utente encontrava-se com vestuário cuidado, mantendo sempre contacto visual e por vezes esboçando um sorriso. Demostrou ser colaborante, estando orientada quanto ao tempo e ao espaço.

História Clínica

Estrutura e contexto familiar

E. provém de uma família nuclear, com carências económicas e violência doméstica. Quando se recorda da sua infância relata que esta foi feliz sentindo-se acarinhada pela mãe e pelo irmão. Em contra partida, o afeto demonstrado em relação ao pai é de medo e terror (“o meu pai é um bicho, não gosto dele”). Declara que durante a infância sofreu de maus tratos por parte do progenitor e mais tarde com a morte da mãe estes intensificaram-se.

A conexão com a mãe inicialmente caracterizou-a como amistosa (“passei bons momentos com a minha mãe”), mas por outro lado sentia que a mesma atuava de forma diferente entre ela e o seu irmão (“gostava que ela fosse igual comigo como era com o meu irmão”). A mãe faleceu durante a fase da vida adulta da utente.

Em relação aos irmãos, o contacto com a irmã mais velha pensa-se que não existe pois a utente não referiu qualquer ligação com esta irmã.

Durante a juventude a relação entre o seu irmão e a E. era de proximidade mas atualmente a relação de ambos é inexistente.

Em relação à família alargada relatou que tinha um carinho muito grande pela avó materna recordando os momentos que viveu com a mesma (“foi com ela que aprendi a cozinhar”), (“passava muito tempo com os meus avós”). Muitas vezes E. tinha conflitos com o seu pai, visto que este não simpatizava com esta avó (“o meu pai não gostava da minha avó, tratava-a mal”).

A relação com a tia paterna é muito boa, pois E. sente-se acarinhada pela mesma porque através deste familiar consegue manter ligações com os restantes referindo (“costuma-me ligar ou vir-me visitar. Já tenho saudades dela”).

Relativamente à sua gestação, esta foi acompanhada por episódios de violência doméstica contados pela mãe que relatava à utente que o pai sofria de alcoolismo e por vezes agredia a mãe (“quando a minha mãe estava grávida, ele batia-lhe tudo por causa da bebida (...) o meu pai tratava mal a minha mãe”).

O seu nascimento ocorreu em casa, feito por uma parteira (“eu nasci em casa...a parteira fez feitiços a mim e a minha mãe”).

Devido à má formação congénita (lábio *leporino*) fez a reconstrução enquanto criança. À medida que relatava este episódio a utente cria uma confabulação a cerca deste episódio comparando-o com a amputação do seu avô.

Na fase escolar esta foi uma das épocas mais felizes da sua vida. Não era uma criança que tinha muitos amigos mas preferia a companhia dos meninos à das meninas, desenvolvendo uma amizade com a sua professora (“...gostava muito da minha professora ela brincava comigo”).

Na vida adulta foram uma das épocas muito conturbadas pois foi nesta altura que ocorreu o falecimento da sua mãe em 2001. A partir desta fase de vida, E. refere que esta se modificou (“a minha vida tornou-se um inferno”).

E. refere que após a morte da sua mãe foi ela que cuidou da casa do pai e do irmão. Revelou que no decorrer dessa fase foi violentada pelo progenitor (“O meu pai fez um pouco de mim”, “O meu pai chamava-me nomes feios...tinha nojo do que ele fazia comigo”).

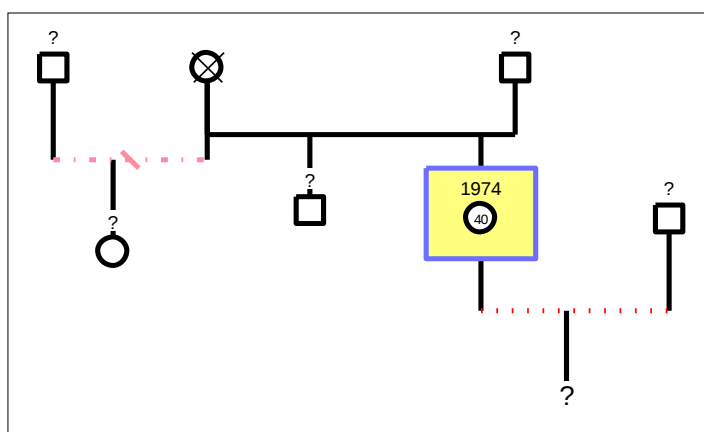
Devido a toda esta situação familiar, a utente fugiu de casa e pediu ajuda a uma assistente social contando-lhe o ocorrido sendo encaminhada para uma instituição, onde permaneceu durante alguns meses, recebendo visitas do pai e do irmão.

Em 2004 deu entrada no Hospitalar na zona da grande Lisboa na ala de Psiquiatria com suspeitas de abuso sexual por parte da figura paterna.

Em 2006 dá entrada na instituição das Irmãs Hospitaleiras onde permanece atualmente.

Durante o seu longo percurso dentro desta instituição E. fugiu algumas vezes sendo encontrada horas depois ou dias. Numa destas fugas a utente refere que foi molestada sexualmente (“um preto cortou-me o pipi com uma navalha (...) obrigou-me a meter a pila dele na minha boca” e que engravidou. Este último facto não foi mencionado no acompanhamento mas sim no grupo terapêutico da qual faz parte uma vez por semana.

Figura 2 – Genograma “E.”



Síntese das sessões de acompanhamento psicológico

Ao longo do acompanhamento psicológico, E. demonstrou-se sempre muito colaborante, participativa em todas as sessões demonstrando uma grande necessidade de ser compreendida e ouvida.

O seu discurso é fluente mas por vezes imperfectível devido à má formação, sendo este muitas vezes um impedimento para a percepção imediata.

O conteúdo estava imanado de pensamentos delirantes, criando confabulações sendo por vezes difícil separar o real do fictício (“uma Irmã e um enfermeiro mataram uma utente e roubaram o seu bebé”).

Foram realizadas 7 sessões de acompanhamento psicológico entre os meses de junho e julho de 2014.

No decorrer da primeira sessão foi transmitido a E os termos de confidencialidade, a duração de cada sessão (45 minutos), a frequência semanal (uma vez por semana) e o horário (período da manhã). Foi também abordada a questão das faltas referindo-se que se por algum motivo não pudesse comparecer ou se quisesse encontrar-se noutro dia deveria avisar com antecedência.

Em seguida, deu-se início a sessão em que a cliente abordou a temática da sua infância referindo onde tinha nascido passando pela problemática da relação parental e com ela verbalizou algumas alucinações (“Ele quer-me fazer mal...no outro dia ouvi a voz dele na sala de visitas...estava com a família da A. (...) Elas são amigas do meu pai, elas falam comigo mas eu não falo com elas, elas querem que eu morra, tenho medo que ele me encontre...”). Ficou evidente o terror sentido pela utente quando fala do seu pai. Relatou a forma como nasceu realçando ideias delirantes (“nasci em casa...a parteira fez feitiços a mim e a minha mãe”).

Durante esta sessão verificámos que E. tinha uma grande necessidade de exteriorizar e partilhar não somente os sentimentos vivenciados como a sua história de vida, mas acima de tudo ter alguém que esteja em relação de ajuda, ou seja, esteja ali para a escutar.

Na segunda sessão E. estava visivelmente irritada com as normas da casa de saúde, pois a mesma queria sair e não obtinha autorização para tal. Durante toda a sessão foi expondo as suas ideias delirantes inicialmente a cerca dos enfermeiros da unidade (“A minha amiga teve um bebé. O enfermeiro e a Irmã mataram a minha amiga”).

Na terceira sessão os temas abordados foram as atividades exercidas no ateliê onde a mesma participa ativamente. Por sua vez, partilhou momentos traumáticos quando abandonou a casa dos pais e foi viver durante um tempo indeterminado na rua após a morte da mãe. Neste período relata um episódio que se pensa ter ocorrido violação, pois a mesma demonstra repulsa em verbalizar o ato cometido (“fez pouco de mim, tinha nojo dele”). Fez referência que o pai reconstruiu a sua vida (“O meu pai arranhou outra mulher, ela trata-me mal...mexia nas minhas coisas e o meu pai não dizia nada”). De seguida, verbaliza que a utente A. e B.

eram filhas do seu pai e que lhe queriam fazer mal (“...A. lá de baixo e a B. das flores são filhas do meu pai, querem que eu morra”).

Durante a quarta sessão a utente compartilhou que tinha sonhado com a sua mãe (“Filha estás boa?...Porquê que te foste embora?”). Relatou também episódios em que viveu com a progenitora e que a mesma a levava a cartomantes mas ela não gostava muito (“tinha medo que ela me fizesse mal”). O motivo que levava a mãe a consultar as cartomantes era pelo facto de o seu irmão ser consumidor de psicotrópicos.

Na quinta sessão foi evidente o decorrer dos delírios persecutórios em relação ao progenitor (“o meu pai anda a minha procura...”, “anda atrás de mim, para me fazer mal”). Refere igualmente que sente saudades da mãe. Durante a sessão mencionou ainda um episódio traumático onde se sentiu abusada sexualmente quando fugiu da instituição.

No decorrer da sexta sessão (antepenúltima) E. voltou a falar de situações traumáticas do passado, nomeadamente, a morte da sua mãe e os abusos cometidos pelo pai (“o meu pai fez pouco de mim”, “o meu pai chamava-me nomes feios...tinha nojo do que ele fazia comigo”).

Verbalizou ideias de comportamentos bizarros (“Fui operada, tiraram um bocadinho da perna para porem na boca. Quando o meu avô era vivo cortaram-lhe a perna e era um cheiro! Por vezes dói-me a perna que o meu avô cortou...”).

Na última sessão abortamos as temáticas mais agradáveis de E. tentando fazer com que refletisse sobre a sua vida a fim de perspetivar que a sua vida não estava marcada somente por acontecimentos traumáticos também que existiam situações agradáveis.

Falou-se sobre as amizades travadas entre algumas utentes da sua unidade e como as mesmas são importantes para si. E. relatou que a tia veio visitá-la e estava muito feliz por isso. A partir deste momento cria episódios delirantes (“o Pedro Passos Coelho é meu primo vai dar dinheiro a minha tia”. “A minha mãe anda atrás de mim e não me larga”. “A minha mãe estava numa imagem em Fátima”).

As sessões cessaram devido ao culminar do estágio académico. Demostrou ter boa adesão ao acompanhamento, indicando que gosta deste contacto individual.

Discussão clínica

De acordo com o levantamento da anamnese apresentada acima, salientamos que E. nasceu no seio de uma família nuclear com episódios de violência doméstica, caracterizada pela presença de uma figura parental com problemas ao nível do alcoolismo. De acordo com a

literatura apresentada refere que é dentro do núcleo família que ocorre os episódios de vida mais marcantes de um indivíduo (Azevedo & Guerra, 2001 citado por Rosas & Cionek, 2006). Segundo Weiss (2004) nos seus estudos refere que o desenvolvimento da criança, para ser favorável passa sobretudo pelas condições do ambiente familiar este deve ser equilibrado e deve pontar pelas boas relações familiares. Mas se em contrapartida este ambiente familiar for hostil e desequilibrado poderá causar aos elementos problemas ao nível mental, emocional e físico (citado por Rosas & Cionek, 2006).

A infância de E. foi pautada por acontecimentos de maus tratos infligidos pelo progenitor, os estudos existentes na literatura revelam que os maus tratos cometidos durante a infância são mais frequentes em crianças com patologias psicológicas (Figueiredo, Fernandes, Matos & Maia, 2002 citado por Maia & Guimarães et al., s.d.), pois no caso de E. esta tem uma deficiência intelectual e devido ao seu problema congénito (*lábio leporino*), seria vista como um alvo vulnerável (Williams, 2003).

Durante a fase da vida adulta foi considerada por E. a época mais marcante da sua vida que culminou com a morte da progenitora, fazendo com que a vida da paciente se tornasse um tormento, pois foi a partir desta fase que começaram a ocorrer as primeiras tentativas ou consumação do abuso sexual por parte do seu pai, os autores referem que este tema tem uma carga negativa não somente para quem está envolvido mas sobretudo pela própria sociedade, quando os indivíduos escondem/omitem este segredo é uma forma de não reavivarem a violência dos factos (Araújo, 2002). No caso da E. ela nunca verbalizou tal incidente mas ao longo do acompanhamento tanto individual como no grupo foi dando indício atrás de pequenas pistas.

Derivado a situação experienciada pela mesma no ambiente familiar E. quando da entrada numa unidade hospitalar pediu ajuda a uma assistente social e foi através da mesma que E. foi referenciada e encaminhada para a instituição das IHSCJ, desde 2006 esta utente é marcada por episódios de fuga recorrente e numa dessas fugas deu origem a uma gravidez por abuso sexual.

Através da apreciação da história de vida de E. e a intervenção utilizada junto da mesma leva-nos a considerar a possibilidade de existir uma perturbação Delirante do tipo misto esta patologia tem como característica fundamental ideias delirantes, mas sem nenhum tema predominante (American Psychiatric Association, 2002).

No decorrer do acompanhamento, mesmo este ter sido e curta duração, verificamos que E. durante o seu discurso apresentava ideias delirantes em relação as suas crenças

demonstrando uma grande convicção a cerca das mesmas. Em relação a este caso as ideias delirantes são persecutórias, confabulações.

De acordo com os critérios de diagnóstico do DSM-IV-R para a perturbação delirante E. preenche os seguintes critérios:

-Ideias delirantes não bizarras (isto é, envolvem situações que ocorrem na vida real, tal como ser perseguido, envenenado, infetado, amado à distância ou enganado pelo cônjuge ou amante, ou sofrer de uma doença) com duração não inferior a um mês (critério A);

-As alucinações cenestésicas e olfativas podem estar presentes na Perturbação Delirante caso estejam relacionadas com o tema das ideias delirantes (critério B);

-O funcionamento não está marcadamente alterado e o comportamento não obviamente estranho ou bizarro (critério C);

-“A perturbação não é devida aos efeitos fisiológicos directos de uma substância ou a um estado físico geral (critério E)”, (American Psychiatric Association, 2002, p. 329).

Em relação a este caso a sintomatologia apresentada realça alterações ao nível do pensamento e das crenças delirantes.

Tal e qual como aconteceu no caso anterior este foi analisado através da Abordagem Centrada na Pessoa que requer que o terapeuta deverá ter sempre um olhar positivo sobre o outro, utilizando a escuta ativa e a compreensão hepática e auto regular-se (Santos, 2004).

Reflexão sobre o caso

Este caso foi bastante desafiador a meu ver não somente pela patologia psiquiátrica mas sobretudo pela má formação congénita. Inicialmente, ficámos um pouco receosos para fazer um acompanhamento a alguém com esta má formação pois por vezes era de difícil compreensão o que exprimia. Ao longo das sessões individuais e em grupo (grupo terapêutico) conseguimos criar uma forma de comunicação que permita, por um lado, compreendermos o que E. transmitia e, por outro lado, fomentar e facilitar a partilha por parte da utente.

Inicialmente, as nossas dificuldades de compreensão foram bastante significativas e, por vezes, sentimos um certo receio de poder criar alguma frustração. Assim, teve que existir um processo de aprendizagem interior e de aquisição de conhecimentos de modo a minimizar a ansiedade inicial que sentíamos antes de dar início às sessões de acompanhamento e de grupo terapêutico.

Em todas as sete sessões, E. sempre se apresentou prestativa e com uma grande necessidade de falar, podendo desde já salientar que se criou uma relação de empatia mas sobretudo de ajuda, pois era notável a necessidade que tinha de ser escutada e compreendida. Consideramos que ultrapassámos estas dificuldades, o que enriqueceu a nossa experiência, pois são estas pessoas que fazem-nos crescer como ser humanos e como profissionais.

2.4. Discussão Global do Trabalho de Estágio

Este capítulo apresenta uma discussão global do trabalho realizado, que contempla as problemáticas da população que estivemos a analisar. Será uma reflexão pessoal sobre a aprendizagem concebida durante o estágio, contrastando com a literatura.

A doença mental é caracterizada por inúmeras patologias, onde a própria sociedade tem um papel fulcral para o isolamento destas pessoas. É a partir desta fase que são apanhadas pelas malhas da institucionalização, muitas vezes devido à incompreensão por parte da família das suas patologias culminando na sua ruturas (Almeida, Felipes, & Pozzo, 2011).

Quando se trabalha com uma população deste género deve-se ter em atenção as questões traumáticas e patológicas vivenciadas pelas pacientes, sendo importante trabalhar numa equipa multidisciplinar, para se tornar mais acessível chegar ao outro antes que entre em crise (Bessan & Scatena, 2002).

Esta situação é evidente no programa Laço Verde em que as reuniões semanais serviam para compreender o equilíbrio mental das utentes. Já na unidade 3/4 estas reuniões ocorriam quinzenalmente, centrando-se na sintomatologia (Pitta-Hoisel, 1984 citado por Campos & soares, 2003).

Apercebi-me ao longo do estágio que estes utentes não têm possibilidade de sair deste ambiente, sendo dentro da CSI que criam os seus laços com os profissionais que lá trabalham e com outras utentes, pois as patologias mais evidenciadas na instituição são crónicas ocorrendo uma institucionalização de longo prazo.

A reabilitação neste contexto é uma mais-valia visto que possibilita a instrução dando a oportunidade de poderem trabalhar na comunidade e para a comunidade, em que a inclusão destes doentes dentro da sociedade é uma forma de minimizar o estigma (Cordo, 2003).

Esta forma de reabilitação e de inclusão destas utentes na sociedade é uma das preocupações da CSI criando parcerias com instituições como a POLICERCOOP e atividades como: feiras abertas a comunidade, festas, campos de férias (Cordo, 2003).

Tendo em consideração as nossas experiências dentro desta comunidade trabalhar com doentes mentais é um desafio e devemos ter cuidado na criação de estereótipos, devendo sempre olhar para estas pessoas através de um olhar positivo criando assim a construção das bases para a empatia pois só assim se poderá promover uma relação de ajuda.

2.5. Reflexão Global

No culminar destes anos de estudos e de aprendizagem tanto teórica como prática chegou finalmente a altura de colocar os conhecimentos adquiridos em prática. A população que escolhi para o meu estágio académico é uma população que está marginalizada pela sociedade, com pouca informação, pois são indivíduos que têm perturbações mentais. Deste modo, este estágio foi realizado nas Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus. A existência de um protocolo entre a faculdade e a Instituição permitiu a concretização deste trabalho, dando a oportunidade de podermos aplicar o que aprendemos e colocar na prática.

O estágio correspondeu às minhas expectativas, e serviu para me enriquecer tanto a nível pessoal como profissional devido às problemáticas evidenciadas pelas utentes. Destaco o trabalho na área da deficiência intelectual como o mais estimulante, pois durante o curso nunca tinha existido um contacto direto com esta patologia.

Inicialmente ao lidarmos com esta população desperta-nos a repugnância devido ao seu aspeto físico, pela sua sialorreia e pelo seu comportamento. Mas durante os dez meses que se seguiram pude acompanhar e verificar que os seus sentimentos em relação ao outro são verdadeiros. Foi uma população que me despertou interesse e com a qual gostaria de continuar a trabalhar, fascinando-me o seu carinho, amabilidade e a sua pureza.

Outra experiência que também foi enriquecedora foram as atividades realizadas na Unidade de Psiquiatria através da estimulação cognitiva, pois possibilitou conhecer os conceitos teóricos desta estimulação. Foi interessante criar novos materiais e aplicá-los na prática. Participar no programa de reabilitação do Laço Verde, deixou-me fascinada, tendo a oportunidade de privar com Senhoras com patologias psiquiátricas diversificadas.

No entanto tenho que salientar alguns aspetos menos bons, como conseguir fazer um diagnóstico através da aplicação de testes psicométricos, como reagir em situações que me são desconfortáveis e que podem deixar o outro frustrado.

Saliento que foram benéficas as aulas de seminário, assim como, o importante contributo e ajuda disponibilizada pelas psicólogas da instituição.

2.6. Considerações Finais

Desde já, quero agradecer à Universidade por me disponibilizar o presente Estágio Acadêmico. Gostaria também de deixar o meu agradecimento à Casa de Saúde da Idanha, por me ter recebido tão bem, e pela oportunidade de poder estagiado nesse local, guardarei as melhores lembranças destes dez meses de estágio.

Referências Bibliográficas

- Abranches, C.D.& Assis, S.G. (2011). A (in) visibilidade da violência psicológica na infância e adolescência no contexto familiar. *Caderno Saúde Pública, Rio de Janeiro*, 27(5), 843-854. Recuperado em 10 de dezembro de 2014, de <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n5/03.pdf>
- Alonso, M. A. & Bermejo, B. G. (2001). *Atraso mental. Adaptação social e problemas de comportamento*. Lisboa: McGraw – Hill.
- Almeida, O. P. (1998). Mini exame do estado mental e o diagnóstico de demência no Brasil. *Arquivo Neuro-psiquiatria*, 56(3-B), 605-612. Recuperado em 11 de dezembro de 2014, de <http://www.scielo.br/pdf/anp/v56n3B/1774.pdf>
- Araújo, M. F. (2002). Violência e Abuso Sexual na Família. *Psicologia em Estudo*, 7(2), 3-11. Recuperado em 11 de dezembro de 2014, de <http://www.scielo.br/pdf/pe/v7n2/v7n2a02>
- American Psychiatric Association. (2002). *DSM-IV. Manual Diagnostico e Estatístico de Transtornos Mentais*. (4ª.ed). Porto Alegre: Artmed.
- Baptista, M. N., Souza, M. S. & Alves, G. A. S. (2008). Evidências de Validade entre a Escala de depressão (EDEP), o BDI e o Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF). *Psico-USF*, 13(2), 211-220. Recuperado em 24 de junho de 2014, de <http://www.scielo.br/pdf/pusf/v13n2/v13n2a08.pdf>
- Barró, I. M. (1996). O papel do psicólogo. *Estudos de Psicologia*, 2(1), 7-27. Recuperado em 19 de janeiro de 2015, de <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v2n1/a02v2n1>
- Basso, I., Rocha, J.C.R., & Esqueda, M.D. (org) (2008). Simpósio Internacional de Educação Linguagens Educativas: Perspectivas Interdisciplinares Na Atualidade. Universidade Sagrado Coração. Bauru: SP. Recuperado em 10 de janeiro de 2015, de http://www.usc.br/biblioteca/pdf/sie_2008_educ_arti_gestao_escolar_democratica_a_comunicacao.pdf

- Bessan, V.R. & Scatena, M.C.M (2002). O cuidar do doente mental crônico na perspectiva do enfermeiro: Um enfoque fenomenológico. *Rev Latino-am Enfermagem*, 10(5), 682-9. Recuperado em 10 de janeiro de 2015, de <http://www.revistas.usp.br/rlae/article/viewFile/1705/1750>
- Casa de Saúde da Idanha (CSI). (2012). *Apresentação*. Recuperado em 11 de abril de 2014, de <http://www.irmashospitaispt.pt/csi/>
- Casa de Saúde da Idanha (PGCSI). (2012). *Plano de Gestão da Casa de Saúde de Idanha*. Recuperado em 11 de abril de 2014, de <http://www.irmashospitaispt.pt/csi/>
- Carvalho, E. N. S & Maciel, D. M. M. A. (2003). Nova concepção de deficiência mental segundo a American Association on Mental Retardation - AAMR: sistema 2002. *Temas em Psicologia da SBP*, 11(2), 147-15. Recuperado em 9 de maio de 2014, de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v11n2/v11n2a08.pdf>
- Catarina, M. C. (2007). *Luto Adulto: Fatores Facilitadores e Complicadores no Processo de Elaboração*. Monografia. Instituto de Psicologia 4 Estações. Recuperado em 15 de dezembro de 2014, de http://www.apvp.com.br/v1/Artigos/Monografia_Marlene_Caterina.pdf
- Campos, C.M.S. & Soares, C.B. (2003). A produção de serviços de saúde mental: A concepção de trabalhadores. *Ciência e saúde coletiva*, 8(2), 621-628, Recuperado em 15 de dezembro de 2014, de http://www.scielo.org/pdf/csc/v8n2/a22v08n2.pdf?origin=publication_detail
- Cavalcante, L.I.C, Magalhães, C.M.C, & Pontes, F.A.R. (2007). Institucionalização precoce e prolongada de crianças: discutindo aspectos decisivos para o desenvolvimento. *Aletheia*, 25, 20-34, Recuperado em 2 fevereiro de 2015, de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/n25/n25a03.pdf4>
- Cecconello, A. M., Antoni, C., & Koller, S.H. (2003). Práticas Educativas, Estilos Parentais e Abuso Físico no Contexto Familiar. *Psicologia em Estudo*, 8, p. 45-54. Recuperado em 20 de dezembro de 2014, de <http://www.scielo.br/pdf/pe/v8nspe/v8nesa07>
- Cunha, J. A. (et. al). (2007). *Psicodiagnóstico-V*. (5 ed.). São Paulo: Artmed Editora S.A.

- Dalgalarondo, P. & Vilela, W.A. (s.d). Trastorno Borderline: História e atualidade. *Revista Latino americana de Psicopatologia Fundamental*. II (2), 52-71. Recuperado em 15 de dezembro de 2014, de http://www.fundamentalpsychopathology.org/uploads/files/revistas/volume02/n2/transtorno_borderline_historia_e_atualidade.pdf
- Farah, A.B.A. (2009). Psicoterapia de grupo: reflexões sobre as mudanças no contato entre os membros do grupo durante o processo terapêutico. *Revista IGT na Rede*, 6 (11), 302-328. Recuperado em 11 de junho de 2014, de <http://igt.psc.br/ojs2/index.php/igtnarede/article/viewFile/1928/2635>
- Figueiredo, K.M. (2012). Estudo das propriedades psicométricas do inventário multifásico Minnesota de personalidade (MMPI). (Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais). Recuperado em 24 de junho de 2014, de <http://premiosilvialane.abepsi.org.br/vencedores-7-edicao/VENCEDORES-KELYANE%20MADUREIRA-TCC.pdf>
- Garcia, A. I. C. (2011). *O Deficiente Intelectual nos Centros de Atividades Ocupacionais da Região Autónoma da Madeira: Inclusão Social e Autonomia*. Dissertação de Mestrado. Escola Superior Almeida Garrett. Recuperado em 15 de julho de 2014, de <http://recil.grupolusofona.pt/bitstream/handle/10437/1646/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Mestrado.pdf?sequence=1>
- Habigzang, L.F., Koller, S.H., Azevedo, G.A., & Machado, P.X. (2005). Abuso Sexual Infantil e Dinâmica Familiar: Aspectos Observados em Processos Jurídicos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 21(3), 341-348. Recuperado em 2 de fevereiro de 2015, de <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v21n3/a11v21n3.pdf>
- Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus (IHSCJ). (s.d). *Casa de Saúde da Idanha* (Brochura). Casa de Saúde da Idanha.
- Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus (IHSCJ). (s.d). *Programa de Reabilitação Laço Verde* (Brochura). Casa de Saúde da Idanha, Serviço de Reabilitação.
- Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus (IHSCJ). (2010). *Carta de Identidade da Instituição* (Brochura). Roma: Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus.
- Jordão, A. B. & Ramires, V. R. R. (2010). Adolescência e organização de personalidade borderline: Caracterização dos vínculos afetivos. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 20(47).

- Recuperado em 2 de dezembro de 2014, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2010000300014
- Kruger, L. L. & Werlang, B. S. G. (2010). A dinâmica familiar no contexto da crise suicida. *Psico-USF*, 15(1), 56-70. Recuperado em 2 de dezembro de 2014, de <http://www.scielo.br/pdf/pusf/v15n1/07.pdf>
- Lojudice, D.C., Tonini, N.S., Santos, S.A., & Schneider, J.F. (s.d). Residências Terapêuticas e Reabilitação Psicossocial: Relato de Experiência. (*Seminário Nacional: Estado e Políticas Sociais No Brasil*) Recuperação em 12 de dezembro de 2014, de <http://cac.php.unioeste.br/projetos/gpps/midia/seminario1/trabalhos/Saude/eixo2/23nelsisalet.pdf>
- Maia, A., Guimarães, C., Carvalho, C., Capitão, L., Carvalho, S., & Capela, S. (s.d). Maus-tratos na Infância, psicopatologia e satisfação com a vida: Um estudo com jovens portugueses. Recuperação em 2 de janeiro de 2015, de http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&ved=0CC4QFjAC&url=http%3A%2F%2Fwww.researchgate.net%2Fprofile%2FAngela_Maia%2Fpublication%2F228473216_Maustratos_na_infncia_psicopatologia_e_satisfao_com_a_vida_u_m_estudo_com_jovens_portugueses%2Flinks%2F0deec518cd21aa38d0000000.pdf&ei=hCm3VLufNcP4UoqKgJAI&usg=AFQjCNHvywq5igbd2UtT1DQI5i8royA3Xw&sig2=p_mCxOtmmbrra1gwNnd5lA
- Marinho, A. H. R., Marinonio, C. C. R., & Rodrigues, L. C. A. (2007). *O Processo de Luto Na Vida Adulta Decorrente da Morte de Um Ente Querido*. Grau de Psicologia. Universidade Estácio de Sá. Recuperação em 2 de janeiro de 2015, de http://www.4estacoes.com/pdf/publicacoes/o_processo_luto_vida_adulta.pdf
- Martins, L.A.G.O. (2011). Obesidade e Morbilidade Psicológica: psicopatologia, alterações da personalidade, auto-conceito e estratégias de *coping* em obesos selecionados e a aguardar a cirurgia bariátrica. (Dissertação para obter o grau de Mestre, Universidade Católica Portuguesa). Recuperado em 20 de setembro de 2014, de <http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/8557/1/Tese%20Leonel.pdf>
- Marques, A. J., Queirós, C. & Rocha, N. B. (2006). Metodologias de Reabilitação Cognitiva Num Programa de Desenvolvimento Pessoal de Indivíduos com Doença Mental e Desempregados de Longa Duração. *Psicologia, Saúde & Doença*, 7(1), 109-116.

- Mello, W. & Costa, R. (s.d). *Um Supermercado Virtual Para a Reabilitação Cognitiva*. Rio de Janeiro. Recuperado em 19 de setembro de 2014, de <http://www.tise.cl/2010/archivos/tise2005/30.pdf>
- Mugarte, I. B. T. M. & Ribeiro, M. A. (s.d.). *Borderline: A natureza eminente destrutiva das relações*. (Universidade Católica e Brasileira-UCB). Recuperado em 16 de setembro de 2014, de http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CB8QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.fundamentalpsychopathology.org%2Fuploads%2Ffiles%2Fv_congresso%2Fp_53_ilckmans_bergma_tonha_e_maria_alexina_ribeiro.pdf&ei=86yzVJCcLouAUK6gJgM&usg=AFQjCNEDYhsmHergAEMBFM1W7xxomfOGDg&sig2=_eScpN6PivVXmwcW4OIDOw&bvm=bv.83339334,d.bGQ
- Organização Mundial de Saúde - OMS (1993). *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artmed.
- Paz, C.A., Pelento, M.L.& Olhos de Paz, T. (1977). *Estructuras y o estados fronterizos en niños y adultos : Casuística y consideraciones teóricas*. Buenos Aires: Nudva Visión.
- Pessotti, I. (1984). *Deficiência Mental: Da Superstição à Ciência*. São Paulo: EDUSP (pp. 3-33).
- Pinho, M.A.G. (s.d.). *Alienação parental*. Recuperado em 2 de fevereiro de 2015, de http://www.verbojuridico.com/doutrina/2009/marcopinho_alienacaoparental.pdf
- Rodrigues, D.T. & Hess, A.R.B. (s.d.). *A violência doméstica e seus impactos no desenvolvimento infantil*. Recuperado em 10 de janeiro de 2015, de <https://psicologia.faccat.br/blog/wp-content/uploads/2013/07/Dionete-Tatiane-Rodrigues.pdf>
- Sales, A. R. M. (2010). *Oficina Estimulação Cognitiva Como Recurso da Terapia Ocupacional*. Recuperado em 11 de setembro de 2014, de https://docs.google.com/file/d/0BxRXMSV6ytvxN2Y2ZjcyMjUtYTExOS00ZDBlLWEyMTYtNWQyOWVhY2RhODI1/edit?hl=pt_BR
- Sani, A. (2008). Mulher e mãe no contexto de violência doméstica. Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa. *exæquo*, 18, 123-133. Recuperado em 10 de janeiro de 2015, de <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/aeq/n18/n18a07.pdf>

- Santos, C. B. (2004). *Abordagem Centrada na Pessoa: Relação Terapêutica e Processo de Mudança*. Recuperado em 28 de dezembro de 2014, de http://www.psilogos.com/Revista/Vol1N2/Indice2_ficheiros/Santos.pdf
- Schestatsky, S. S. (Ed.). (2005). *Fatores Ambientais e Vulnerabilidade ao Trastorno de Personalidade Borderline: Um estudo caso-controle de traumas psicológicos precoces e vínculos parentais percebidos em uma amostra brasileira de participantes mulheres*. Tese de Doutorado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Recuperado em 5 de outubro de 2014, de <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/8461/000576352.pdf?sequence=1>
- Schwengber, D. D. S. & Piccinni, C. A. (2003). O impacto da depressão pós- parto para a interação mãe-bebê. *Estudos de psicologia*, 8(3), 403-411. Recuperado em 16 de outubro de 2014, de <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v8n3/19962.pdf>
- Silva, N. L. P. & Dessen, M. A. (2001). Deficiência Mental e Família: Implicações para o Desenvolvimento da Criança. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 17(2), 133-141.
- Siqueira, A.C. & Dell’Aglío, D.D. (2006). Impacto da institucionalização na infância e na adolescência: Uma revisão de literatura. *Psicologia & Sociedade*; 18(1), 71-80. Recuperado em 2 de fevereiro de 2015, de <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v18n1/a10v18n1.pdf>
- Raven, J., Raven, J., & Court, H. (2009). *CPM-P, Matrizes Progressivas Coloridas (forma paralela)*. Lisboa:Cegoc.TEA.
- Rosas, F. K. & Cionek, M. I. G. D. (2006). *O Impacto da Violência Doméstica Contra Crianças e Adolescentes na Vida e na Aprendizagem*. *Conhecimento Interativo*, São José dos Pinhais, 2(1), 10-15. Recuperado em 3 de janeiro de 2015, de <http://www.mprs.mp.br/areas/infancia/arquivos/impacto.pdf>
- Tavares, A. R. F. (2010). *Acompanhamento social a pessoas que vivem em situação de sem-abrigo*. Recuperado em 7 de outubro de 2014, de http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/2940/3/PG_18411.pdf
- Vidal, C. E. L., Bandeira, M., & Gontijo, E. D. (2007). Reforma psiquiátrica e serviços residenciais terapêuticos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 57(1), 70-79. Recuperado em 11 de setembro de 2014, de <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v57n1/v57n1a13.pdf>

Williams, L. C. A. (2003). Sobre Deficiência E Violência: Reflexões para Análise de Revisão de Área. *Revista Brasileira Educação Especial*, 9(2), 141-154. Recuperado em 10 de novembro de 2014, de http://www.abpee.net/homepageabpee04_06/artigos_em_pdf/revista9numero2pdf/2williams.pdf

Anexos