



Universidades Lusíada

Rodrigues, Isabel Maria Basconcellos, 1956-

Intervenção do psicólogo clínico em contexto psiquiátrico : Clínica Psiquiátrica de São José

<http://hdl.handle.net/11067/1268>

Metadados

| | |
|---------------------------|---|
| Data de Publicação | 2014-12-01 |
| Resumo | O presente relatório pretende demonstrar o trabalho realizado durante o estágio académico na área de Psicologia Clínica e está dividido em três partes e anexos. A primeira parte corresponde à contextualização do local de estágio, a Clínica Psiquiátrica S. José em Telheiras em Lisboa, onde é caracterizado pormenorizadamente a Instituição, o papel do psicólogo na CPSJ e as patologias mentais mais comuns a tratar na Instituição, termina esta primeira parte com o plano estratégico de estágio e a sua... |
| Palavras Chave | Psicologia clínica - Prática profissional, Clínica Psiquiátrica de São José (Lisboa, Portugal) - Ensino e estudo (Estágio) |
| Tipo | masterThesis |
| Revisão de Pares | Não |
| Coleções | [ULL-IPCE] Dissertações |

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-04-25T06:55:40Z com informação proveniente do Repositório



UNIVERSIDADE LUSÍADA DE LISBOA

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Mestrado em Psicologia Clínica

Intervenção do psicólogo clínico em contexto psiquiátrico Clínica Psiquiátrica de São José

Realizado por:

Isabel Maria Basconcellos Rodrigues

Supervisionado por:

Prof. Doutor António Martins Fernandes Rebelo

Orientado por:

Mestre Catarina Madeira Janeiro Alves

Constituição do Júri:

Presidente:

Prof.^a Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos

Arguente:

Prof. Doutor António Martins Fernandes Rebelo

Vogal:

Prof.^a Doutora Túlia Rute Maia Cabrita

Dissertação aprovada em:

28 de Novembro de 2014

Lisboa

2014



U N I V E R S I D A D E L U S Í A D A D E L I S B O A

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Mestrado em Psicologia Clínica

Intervenção do psicólogo clínico em contexto
psiquiátrico: Clínica Psiquiátrica de São José

Isabel Maria Basconcellos Rodrigues

Lisboa

Outubro 2014



U N I V E R S I D A D E L U S Í A D A D E L I S B O A

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Mestrado em Psicologia Clínica

**Intervenção do psicólogo clínico em contexto
psiquiátrico: Clínica Psiquiátrica de São José**

Isabel Maria Basconcellos Rodrigues

Lisboa

Outubro 2014

Isabel Maria Basconcellos Rodrigues

Intervenção do psicólogo clínico em contexto psiquiátrico: Clínica Psiquiátrica de São José

Relatório de estágio apresentado ao Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Lusíada de Lisboa para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica.

Coordenadora de mestrado: Prof.^a Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos

Supervisor de estágio: Prof. Doutor António Martins Fernandes Rebelo

Orientadora de estágio: Mestre Catarina Madeira Janeiro Alves

Lisboa

Outubro 2014

Ficha Técnica

| | |
|---------------------------------|---|
| Autora | Isabel Maria Basconcellos Rodrigues |
| Coordenadora de mestrado | Prof. ^a Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos |
| Supervisor de estágio | Prof. Doutor António Martins Fernandes Rebelo |
| Orientadora de estágio | Mestre Catarina Madeira Janeiro Alves |
| Título | Intervenção do psicólogo clínico em contexto psiquiátrico: Clínica Psiquiátrica de São José |
| Local | Lisboa |
| Ano | 2014 |

Mediateca da Universidade Lusíada de Lisboa - Catalogação na Publicação

RODRIGUES, Isabel Maria Basconcellos, 1956-

A intervenção psicológica em contexto psiquiátrico : Clínica Psiquiátrica de São José / Isabel Maria Basconcellos Rodrigues ; coordenado por Tânia Gaspar Sintra dos Santos ; supervisionado por António Martins Fernandes Rebelo ; orientado por Catarina Madeira Janeiro Alves. - Lisboa : [s.n.], 2014. - Relatório de estágio do Mestrado em Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada de Lisboa.

I - REBELO, António Martins Fernandes, 1954-

II - ALVES, Catarina Madeira Janeiro, 1979-

III - SANTOS, Tânia Gaspar Sintra dos, 1977-

LCSH

1. Psicologia clínica - Prática profissional
2. Clínica Psiquiátrica de São José (Lisboa, Portugal) - Ensino e estudo (Estágio)
3. Universidade Lusíada de Lisboa. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Teses
4. Teses - Portugal - Lisboa

1. Clinical psychology - Practice

2. Clínica Psiquiátrica de São José (Lisbon, Portugal) - Study and teaching (Internship)

3. Universidade Lusíada de Lisboa. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Dissertations

4. Dissertations, Academic - Portugal - Lisbon

LCC

1. RC467.95.R63 2014

AGRADECIMENTOS

Queria agradecer reconhecidamente a todos aqueles que de alguma forma contribuíram para a concretização deste trabalho. Em primeiro lugar um especial agradecimento aos doentes das diversas unidades da Clínica Psiquiátrica S. José em Telheiras. Nunca os vou esquecer.

À Dra Catarina Janeiro - Psicóloga Clínica, orientadora no local de estágio, pela sua competência, disponibilidade e generosidade.

Muito apreço também pelo apoio dado pelas equipas de enfermagem nas diversas Unidades assim como o das colegas estagiárias de outras faculdades com quem me cruzei ao longo deste estágio.

Ao Prof. Doutor António Rebelo, meu supervisor, pela sua competência, apoio e sobretudo pelos conselhos na preparação e elaboração deste Relatório.

A todos os professores da Licenciatura e Mestrado de Psicologia Clínica, principalmente à Prof^a Doutora Tânia Gaspar, coordenadora de mestrado, incansável e muito dedicada à causa docente.

Aos meus queridos filhos Bernardo e José e ao meu companheiro Amadeu que sempre me motivaram a seguir em frente.

Ao meu irmão Jorge, por estar sempre disponível para me ouvir e ter sempre uma palavra de incentivo.

Aos meus colegas de curso que ao longo destes anos, temos vindo a partilhar algumas alegrias, ansiedades, dificuldades, dúvidas e que me deram motivação para nunca desistir.

Aos meus amigos, pelo carinho demonstrado e tal como eu estão a ver um sonho realizado.

Um grande obrigado a todos.

RESUMO

O presente relatório pretende demonstrar o trabalho realizado durante o estágio académico na área de Psicologia Clínica e está dividido em três partes e anexos. A primeira parte corresponde à contextualização do local de estágio, a Clínica Psiquiátrica S. José em Telheiras em Lisboa, onde é caracterizado pormenorizadamente a Instituição, o papel do psicólogo na CPSJ e as patologias mentais mais comuns a tratar na Instituição, termina esta primeira parte com o plano estratégico de estágio e a sua concetualização. Na segunda parte desenvolve-se o enquadramento teórico e a revisão de literatura , a psicopatologia, a especificação e fundamentação teórica relativa á teoria cognitiva-comportamental, e a descrição dos instrumentos aplicados. Na terceira parte apresento três estudos de caso, a conclusão e reflexão final. Em anexo estão incluídas a componente prática do estágio onde estão referidas todas as atividades em que participei.

Palavras-Chave: Estágio, Psicologia Clínica, Intervenção Psicológica, Psicopatologia

ABSTRACT

The aim of this report is to show the work that has been done during the academic internship in clinical psychologist and it is divided into three parts and annexes. The first part corresponds to the contextualization of the internship and the characterization with detail of the Institution the Clinica Psiquiátrica de S. José, expounded the role of the psychologist and the most common mental disorders that can be seen in the Clinic, this part ends with the presentation of my internship plan. In the second part of this work there is the theoretical framing and the literature review, the specification, the theoretical grounding related to the Cognitive Behavioral Theory, also in this chapter is referred the method and the tests applied: MMSE, WAIS and SCL-90 R. The Third part includes three studies cases, the conclusion as well as a final personal reflection. In the annex it is explained other important activities I had participated during the academic internship period.

Key-Words: Academic Internship, Clinical Psychology, Psychological Intervention, Psychopathology.

ÍNDICE

| | |
|--|----|
| Introdução | 04 |
| Caracterização do local de Estágio | 06 |
| A Instituição: Clínica Psiquiátrica de S. José em Telheiras | 06 |
| A intervenção do Serviço de Psicologia nos Serviços da Clínica | 13 |
| As diferentes Psicopatologias na CPSP | 15 |
| Projeto de Estágio | 16 |
| Enquadramento Teórico e Revisão da Literatura | 21 |
| Psicologia clínica – Questões Gerais | 21 |
| Breve História da Psicologia em Portugal | 32 |
| O papel do Psicólogo em Contexto Psiquiátrico | 33 |
| Princípios Éticos | 36 |
| A Psicopatologia | 38 |
| Psicodiagnóstico | 39 |
| Perturbações de Humor | 43 |
| Perturbações de Ansiedade | 47 |
| Demências | 51 |
| Teoria Cognitiva-Comportamental | 54 |
| Metodologia | 61 |
| Instrumentos | 64 |
| SCL-90 | 64 |
| WAIS | 67 |
| MMSE | 70 |

| | |
|--------------------------------------|-----|
| Acompanhamentos individuais | 72 |
| Estudo de Caso (A) Unidade 2 | 72 |
| Sessões | 76 |
| Resultado da Intervenção e Conclusão | 80 |
| Estudo de Caso (B) Unidade 2 | 81 |
| Sessões | 85 |
| Resultado da Intervenção e Conclusão | 91 |
| Estudo de Caso (C) Unidade 2 | 93 |
| Sessões | 95 |
| Resultado da Intervenção e Conclusão | 97 |
| Conclusão | 100 |
| Considerações Finais | 102 |
| Referências Bibliográficas | 104 |

Anexos

Atividades desenvolvidas no local de estágio

 Atividades desenvolvidas na Unidade 1

 Atividades desenvolvidas na Unidade 3

 UCI -Reunião da Manhã / Passagem de Turno

 Outras atividades desenvolvidas ao longo do ano letivo

Participação em Conferências, Seminários e Congressos e Workshops

ÍNDICE DE FIGURAS, TABELAS E GRÁFICOS

| | |
|--|-----|
| Figura 1 – Localização das Instituições das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus em Portugal..... | 14 |
| Figura2 - Organograma da CPSJ..... | 15 |
| Tabela 1 - Unidades e Serviços da CSPJ..... | 18 |
| Tabela 2 - Algumas das Perturbações Psicológicas mais comuns (CPSJ, 2013)..... | 22 |
| Tabela 3 - Tipos de Perturbações de Humor (DSM-IV-TR,2000)..... | 54 |
| Tabela 4 - Caraterísticas clínicas que contribuem para o diagnóstico diferencial entre depressão com défices cognitivos e demência (Forlenza & Nitrini, 2001)..... | 97 |
| Gráfico 1 - SCL-90-R: Resultados das duas avaliações..... | 103 |

“... Põe quanto és no mínimo que fazes...”

Ricardo Reis

INTRODUÇÃO

O presente relatório tem como objetivo descrever as atividades de estágio em Psicologia Clínica desenvolvidas na Clínica Psiquiátrica de S. José em Telheiras, Lisboa (doravante designada por CPSJ).

O estágio académico é a última etapa para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica pela Universidade Lusíada de Lisboa, e teve a duração de nove meses com o início em 7 de Outubro de 2013.

A CPSJ é uma Instituição Particular de Solidariedade Social, pertencente à Congregação das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus.

Este relatório está dividido em três partes. Na primeira parte pretende-se caracterizar o local de estágio - a Clínica Psiquiátrica de S. José em Telheiras, Lisboa. Descrevem-se os diversos serviços e a tipologia das unidades clínicas. Apresenta-se a população alvo e as psicopatologias mais comuns com que se confrontam os profissionais de saúde mental na Clínica, em detalhe descreve-se o modo de intervenção do Serviço de Psicologia, destacando-se o papel do Psicólogo Clínico em contexto psiquiátrico, e por último é apresentado o projeto de estágio e os seus objetivos.

A segunda parte enquadra a parte teórica através de revisão de literatura visando a génese da psicologia clínica, descrevem-se as psicopatologias mais relevantes mediante o nosso contacto com as mesmas durante a realização do estágio. Aborda-se uma breve história da Psicologia em Portugal, o psicodiagnóstico, a Teoria Cognitivo-Comportamental, a metodologia e a descrição dos instrumentos aplicados nas intervenções: WAIS-III, MMSE e a escala SCL-90 R

Na terceira parte são apresentados os três estudos de caso de acompanhamento individual.

Na conclusão pretende-se salientar as metas atingidas pelos objectivos propostos no projeto inicial de estágio, assim como as dificuldades encontradas . Foi um trabalho conjunto de nove meses que permitiram experienciar a prática do profissão de Psicóloga Clínica em contexto psiquiátrico,

Na reflexão final destaco a importância deste estágio assim como a participação nas diferentes atividades ao longo de todo este ano letivo e o modo como todas elas contribuíram não só para a minha formação académica, mas também para aquisição de experiências e competências profissionais que pretendo aplicar no futuro.

Em anexo, são discriminadas outras atividades desenvolvidas ao longo deste ano letivo, quer no local de estágio quer fora dele. Em destaque descreve-se o trabalho desenvolvido na Unidade 1 e Unidade 4 da CPSJ, no âmbito da Psicogerontologia que sendo uma área de especialização da Psicologia Clínica tem como objetivo desenvolver competências de relacionamento, assertividade e o acompanhamento da pessoa idosa em toda a sua dimensão.

A metodologia escolhida na intervenção psicológica praticada nas sessões individuais foi a da perspectiva teórica Cognitiva Comportamental.

Caracterização do Local de Estágio

A Instituição: Clínica Psiquiátrica de S. José

Este capítulo pretende caracterizar a Instituição onde decorreu o meu estágio académico que começou em Outubro de 2013.

A Clínica Psiquiátrica de S. José, faz parte dum conjunto de doze estabelecimentos de saúde, dirigido pelo Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus, Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS), e situa-se no bairro de Telheiras em Lisboa. Estes estabelecimentos estão distribuídos por Portugal continental e ilhas. (fig. 1) e todas eles têm como missão a assistência e atendimento a pessoas portadoras de doença psíquica. (CPSJ.2013)

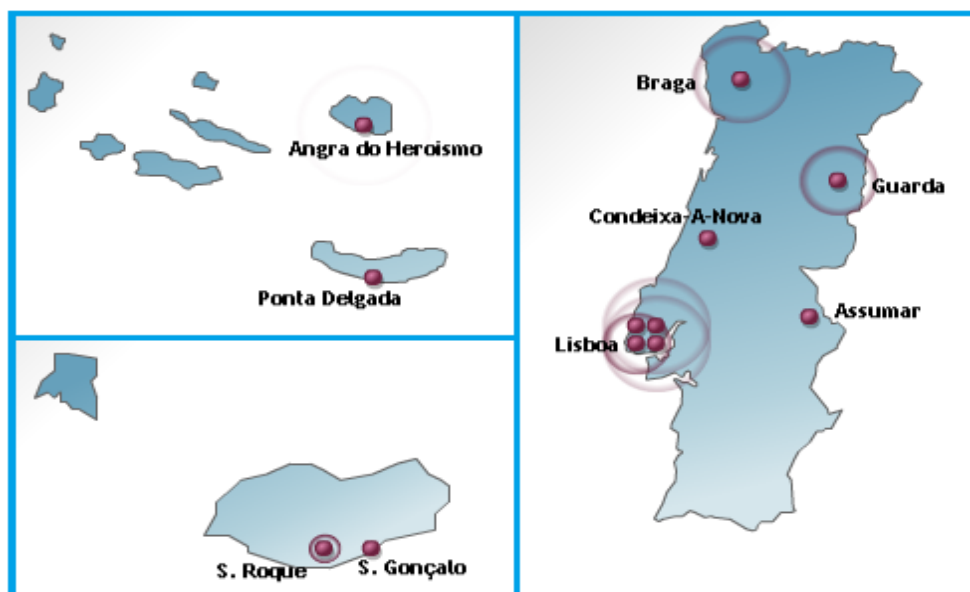


Figura 1 – Localização das Instituições das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus em Portugal.

Gestão e Direção Clínica

O Organograma apresentado na Fig. 2, mostra como estão organizados os serviços na CPSJ. As áreas técnicas estão sob orientação direta da Direção Clínica, da Direção de Enfermagem e da Chefia dos Serviços Administrativos. Estas chefias, em conjunto com o Diretor Gerente e a Irmã Superiora constituem o Conselho de Direção. Como pode ser observado, os psicólogos do Serviço de Psicologia estão sob tutela da Direção Clínica.

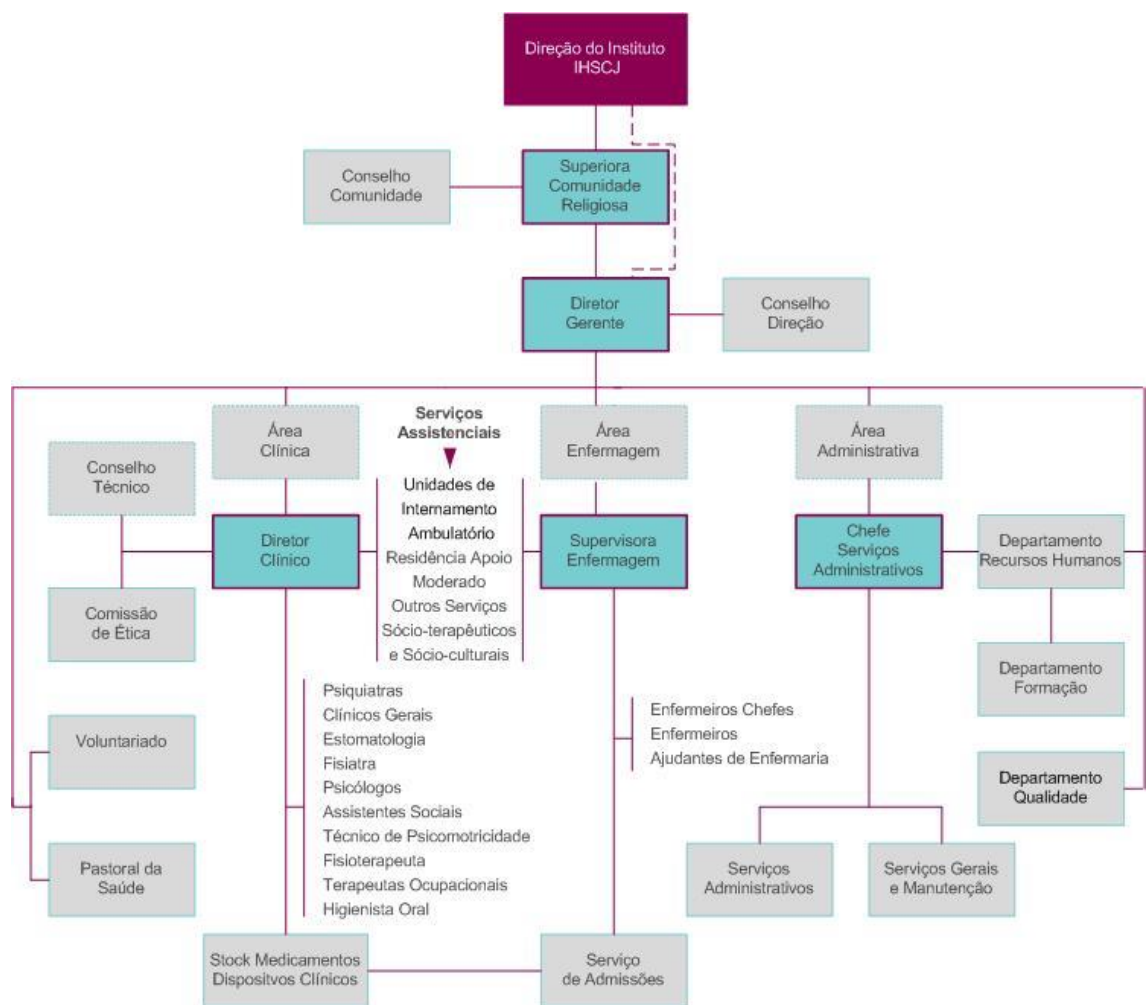


Figura 2. Organograma da CPSJ

Congregação das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus

Esta congregação foi fundada em Maio de 1881 pelas mãos de São Bento Menni, e as Irmãs Maria Angustias Gimenez e Maria Josefa Récio. A congregação tinha como propósito o amparo a mulheres pobres portadoras de doença psiquiátrica, pois as mesmas eram muitas vezes abandonadas à sua sorte devido à sua limitação. (Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus, 2010)

A congregação foi-se espalhando por 24 países de quatro continentes, o Europeu, Africano, Americano e Asiático, e acolhem sem qualquer tipo de discriminação as pessoas mais marginalizadas e excluídas, portadoras de doença mental. Continuam hoje em dia presentes nas Instituições geridas pela Congregação, os mesmos princípios éticos e morais do projeto Hospitaleiro do século XIX (*Iden*)

Em Portugal, a missão hospitaleira estende-se pelas áreas da psiquiatria e saúde mental. Concretamente nos sectores da psicogeriatrics, gerontopsiquiatria, toxicoddependência, psicopedagogia e reabilitação psicossocial (*Iden*)

A Missão da Clínica Psiquiátrica

A CPSJ, foi fundada em 1956 e a 31 de Maio de 1995 foram inauguradas as atuais instalações. Com uma lotação de 195 camas, a clínica procura proporcionar aos doentes uma oferta de saúde integral que inclui os aspetos físicos, psíquicos, sociais, éticos e espirituais, o que implica ter em funcionamento uma rede de funcionários competentes e especializados, voluntários, benfeitores e irmãs todos numa colaboração de corresponsabilidade. (Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus, 2010).

Funcionamento

Conforme se pode ver no quadro da figura 3, a CPSJ está dividida em sete unidades. Seis dessas unidades têm utentes em regime de longo internamento. Existe ainda uma unidade de agudos (curta duração) e um projeto de reabilitação psicossocial. Os utentes das unidades de longo internamento são exclusivamente mulheres e estão distribuídas pelas unidades de acordo com a patologia e funcionalidade.

No espaço da clínica existe ainda uma residência interna, que consiste numa casa onde um grupo de utentes faz treino de inserção na comunidade antes de passarem para um apartamento que a CPSJ tem no exterior/comunidade.

A saúde mental comunitária advoga para a necessidade de se facilitar o acesso a recursos existentes na comunidade com o intuito dos pacientes virem a melhorar, crescer e fortalecer-se. Nesta perspetiva, a Clínica tem desenvolvido respostas progressivamente mais atualizadas e adaptadas às necessidades específicas, conduzindo a um desenvolvimento crescente da funcionalidade e autonomia na sua assistência à pessoa. (CPSJ,2013)

Programa Alvorada

Em Maio de 2001, foram estabelecidos os critérios de seleção para o Programa Alvorada e começaram a ser pensados os instrumentos necessários à avaliação das utentes. Em 2002, nasce a residência de transição “Galileia” que de acordo com a nova terminologia passa a designar-se Unidade de treino de autonomia, esta Unidade Residencial funciona na Clínica e procura fomentar o desenvolvimento de competências fundamentais ao funcionamento na Comunidade. (*Idem*)

Em cada unidade existe uma equipa multidisciplinar específica e a intervenção é discutida individualmente para cada utente.

Tabela 1:

Unidades e Serviços da CSPJ.

| Unidades | Serviços | População | Nº de Camas |
|---------------------|---------------------------------------|-----------|-------------|
| Unidade 1 | Psicogeratria | Feminina | 12 |
| Unidade 2 | Psiquiatria Agudos | Mista | 28 |
| Unidade 3 | Psiquiatria Evolução Prolongada | Feminina | 20 |
| | Unidade de Cuidados Intensivos | Mista | 10 |
| Unidade 4 | Psicogereatria | Feminina | 30 |
| Unidade 5 | Psiquiatria de Evolução Prolongada | Feminina | 30 |
| Unidade 6 | Deficiência Mental Profunda | Feminina | 30 |
| Unidade 7 | Deficiência Mental Moderada | Feminina | 30 |
| Residência Galileia | Unidade de Treino de Autonomia | Feminina | 5 |
| Capacidade Total | | | 195 |

A unidade 1 – *Santa Teresa* – destinada à psicogeriatría, com capacidade para doze pessoas, é utilizada para utentes idosas, com quadros demenciais e limitações que as impedem de viver de forma independente.

A unidade 2 – *Santa Isabel* – vocacionada ao curto internamento, é ocupada por pessoas com doença psiquiátrica em estado agudo e tem capacidade para 28 utentes, de ambos os sexos. O objetivo principal desta unidade é a recuperação e estabilização dos utentes quando estão em descompensação psiquiátrica.

A unidade 3 – *Maria Josefa Recio* – é composta por duas alas. Uma, de longo internamento, destinada a utentes do sexo feminino, com doença psiquiátrica de evolução prolongada e tem capacidade para 16 utentes. A outra ala, de cuidados integrados (doravante UCI), aloja um projeto de reabilitação psicossocial, de curto ou médio internamento, tem capacidade para 14 utentes de ambos os sexos. Este Projecto Integrado de Reabilitação Psicossocial dirige-se a pessoas com problemas de saúde mental com potencial reabilitativo. O serviço é constituído por uma equipa multidisciplinar que, em parceria com o utente, tenta promover e maximizar a autonomia e sentido de responsabilidade, desenvolvendo competências pessoais e interpessoais. A metodologia utilizada consiste na participação do utente em atividades terapêuticas de grupo e acompanhamento individual com um Terapeuta de Referência, em articulação com o seguimento médico psiquiátrico, na clínica ou externo (Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus, 2006).

A unidade 4 – *Coração de Maria* – destina-se à gerontopsiquiatria de longo internamento. Nesta, predominam utentes com quadros de demência, com capacidade para 30 utentes do sexo feminino.

A unidade 5 – *S. João de Deus* – vocacionada para longo internamento de utentes com doença psiquiátrica de evolução prolongada, com predomínio de diagnósticos de

esquizofrenia residual e esquizofrenia paranóide, com capacidade para 30 utentes do sexo feminino.

A unidade 6 – *Bento Menni* – destinada a casos com deficiência mental profunda, tem capacidade para 30 utentes do sexo feminino. A intervenção aqui realizada passa pela estimulação sensorial, psicomotricidade e comunicação.

A unidade 7 – *S. Coração de Jesus* – destinada a casos com deficiência mental ligeira e moderada, tem capacidade para 30 utentes do sexo feminino.

A residência *Galileia*, a funcionar no interior da Clínica, e com capacidade para 6 utentes do sexo feminino, tem como missão proporcionar às suas utentes competências ao nível da sua autonomia e funcionalidade. As utentes apresentam um quadro de doença mental de evolução prolongada e clinicamente estabilizadas. O objetivo primário é assegurar a desinstitucionalização e reinserção comunitária das utentes.

A CPSJ tem também ao dispor: a) Serviços de Ambulatório ; b) Consulta Externa (Psicologia e Psiquiatria); c) Grupos Psicoeducativos para Famílias; d) Frequência de atividades em regime de dia.

Outros Serviços a funcionar dentro da CPSJ

A CPSJ presta um conjunto de serviços que incluem: medicina, enfermagem, psicologia, serviço social, terapia ocupacional, estomatologia e higiene oral, fisioterapia, psicomotricidade, pastoral da saúde, voluntariado, departamento de formação e

comissão de ética, serviços sócio terapêuticos, serviços de receção e acolhimento, serviços administrativos, espaços sócio culturais e de lazer e serviços de consulta externa de psicologia e de psiquiatria.

Caracterização da População-alvo

A CPSJ, devido à sua localização na Capital, recebe utentes na sua grande maioria da zona de Lisboa e Vale do Tejo, havendo uma pequena minoria de outros distritos tais como Santarém, Beja e Algarve. A faixa etária é maioritariamente uma população feminina, com idades compreendidas entre os 30 e os 66 anos. Sendo os diagnósticos de esquizofrenia e outras perturbações psicóticas, perturbações do humor, perturbações da personalidade e deficiências mentais as que têm maior prevalência nos internamentos. Para internamentos, a CPSJ tem acordo com o SNS e com diversas outras entidades.

A intervenção do Serviço de Psicologia nos Serviços da Clínica

Este serviço é composto por três psicólogos de diferentes orientações teóricas – sistémica, cognitivo-comportamental e dinâmica. Todos estes psicólogos desempenham um papel relevante na intervenção psicológica preservando as especificidades e características de cada orientação, adequando-as às díspares problemáticas de saúde mental. As intervenções psicológicas são adaptadas à população a que se destinam e às diferentes problemáticas da patologia. (Irmãs Hospitaleiras, s.d).

As funções do psicólogo na CPSJ são muito diversificadas mantendo como objetivo primordial devolver uma melhor qualidade de vida aos utentes na comunidade

Hospitaleira, ajudando-os a analisar, ensinar e a lidar com as dificuldades dos seus problemas. De um modo geral o seu papel inclui a intervenção psicológica individual aos utentes da CPSJ, a participação em reuniões de equipa nas diferentes unidades, onde dá a sua apreciação relativamente aos casos e coopera na elaboração de objetivos terapêuticos. Realiza consultas de psicologia tanto em regime de internamento como ambulatório. Na Tabela 2 constam sucintamente as Perturbações Psicológicas mais comuns nas consultas de psicologia. O psicólogo clínico na CPSJ tem também funções de terapeuta de referência e efetua avaliações psicológicas sempre que se justifica. Coordena atividades de grupo e elabora reuniões de âmbito familiar. Em complemento às suas funções participa em projetos de investigação e orienta estágios académicos. (CPSJ, 2013)

Tabela 2:

Perturbações Psicológicas mais comuns em consultas de Psicologia (CPSJ, 2013).

| Perturbações Psicológicas | | | | | | |
|---------------------------|----------------------|-----------------------|-------------------------------|--------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| <i>Pert. Da Ansiedade</i> | <i>Pert. Do Sono</i> | <i>Pert. Do Humor</i> | <i>Pert. Da Personalidade</i> | <i>Pert. Alimentares</i> | <i>Demência</i> | <i>Pert. Do Pensamento</i> |
| Pânico | Insónia | Depressão | Boderline | Bulimia | D. tipo Alzheimer | Esquizofrenia |
| Ansiedade Social | Hipersónia | Mania | Dependente | Anorexia | D. Vascular | Outras psicoses |
| Fobias | Nacrolepsia | Bipolaridade | Evitante | Pica | D. 2ª a Doença de HIV | |
| Ansiedade Generalizada | Sonambulismo | | Paranoíde | Binge Eating | D. 2ª a Doença de Parkinson | |
| Obsessiva-Compulsiva | Terroses Noturnos | | Narcísica | | | |
| Trauma | | | Obsessiva-Compulsiva | | | |
| | | | Histriónica | | | |
| | | | Esquizóide | | | |
| | | | Anti-social | | | |

As diferentes psicopatologias na CPSJ

Na CPSJ as patologias psiquiátricas mais comuns são as Perturbações de Humor; Perturbações da Personalidade; Demência; Atraso Mental; Esquizofrenia e outras Perturbações Psicóticas.

Projeto de Estágio

Sucintamente o projeto de estágio desenvolvido ao longo de 9 meses, proposto pela orientadora, Dra. Catarina Janeiro, psicóloga clínica na CPSJ e que teve lugar em quatro unidades distintas foi:

1)Unidade 1 – Psicogeriatría : a)- Avaliação das utentes utilizando os instrumentos de avaliação:- MMSE e/ou Moca,- WAIS ou - Bateria adequada às dificuldades encontradas; b)- Eventual atividade de grupo para o 2º semestre

2)Unidade 2 – Internamento de Agudos : Acompanhamento breve individual de utentes.

3)Unidade 4 – Psicogeriatría: a)- Avaliação breve das utentes; b)- Primeiro contacto informal, aplicação do MMSE e/ou outras provas que se justifiquem; c)- Eventual atividade de grupo no 2º semestre

4)UCI – Unidade 3:- Reunião da Manhã todas 5ª feiras

Objetivos do estágio

1.Observar e realizar avaliação psicológica; 2. Observar e realizar intervenção individual e em grupo. Contemplando a realização de entrevistas e provas psicológicas em acompanhamento individual, em utentes de uma unidade de psicogeriatría, numa unidade de curto e/ou médio internamento ; 3) Dinamizar uma atividade de grupo na unidade de reabilitação e nas unidades de psicogeriatría.

Concetualização das Atividades do Estágio

As duas primeiras semanas de estágio académico foram dedicadas ao processo de integração ao local de estágio. Neste processo tivemos o apoio orientadora Dra Catarina Janeiro, que desde o primeiro dia, promoveu a integração e nos envolveu nas diferentes atividades e equipas de trabalho da CPSJ. Nas várias Unidades participamos em reuniões com os técnicos responsáveis, para tomar conhecimento da sua especificidade e funcionamento.

De seguida passamos para a fase de observação das atividades nas Unidades. Por fim, correspondendo ao segundo mês de estágio, a intervenção passou a ser direta e autónoma nas atividades que nos foram atribuídas. Este período inicial foi pensado para que, gradualmente os estagiários compreendam o funcionamento geral da Instituição e a filosofia pela qual se rege, sendo assim possível uma adaptação adequada.

Unidade 1 – Psicogeriatría

Esta unidade tem capacidade para doze utentes, é utilizada por pessoas idosas, do sexo feminino, com quadros demenciais e limitações que as impedem de viver de forma independente

A intervenção nesta Unidade 1 teve os seguintes momentos: num primeiro momento avaliação psicológica de seis utentes com a utilização de anamnese e testes. Tendo sido aplicado o MMSE em seis utentes e a WAIS a três utentes. Num segundo momento, fez-se uma atividade de grupo com a intervenção das 12 utentes residentes, cuja periodicidade foi de uma sessão semanal de 45 minutos. O tema em discussão nas sessões, foi sempre deixado ao critério das utentes. Houve também lugar para uma

intervenção, que se realizou uma vez por mês chamada “Reunião Comunitária”. Esta reunião é gerida pela Enfermeira- Chefe e um Psicólogo e tem como objetivos, o estabelecimento de regras, gestão do tempo, participação em atividades recreativas e de lazer, aferição de conflitos e estratégias de resolução dos mesmos.

Unidade 2

Esta Unidade está vocacionada para o curto internamento, é ocupada por pessoas com doença psiquiátrica em estado agudo e tem capacidade para 28 utentes, de ambos os sexos.

Semanalmente nesta Unidade são realizadas “reuniões clínicas”. Estas reuniões são dirigidas pelo Diretor Clínico e nela participam um médico psiquiátrico, os enfermeiros da Unidade e Psicólogos. As reuniões também estão abertas para os diversos estagiários de Medicina, Enfermagem e Psicologia. O objetivo principal da Reunião Clínica, é analisar e discutir casos de pacientes que vão ser admitidos para internamento na unidade.

Nesta Unidade de internamento de agudos, acompanhei três utentes em sessões individuais com base no modelo da teoria cognitivo-comportamental. É frequente a realização de um plano de cuidados, que envolve toda a equipa multidisciplinar, para cada Uteute, consoante as suas necessidades particulares, incluindo as sessões de intervenções psico-terapeúticas individuais.

A prática da psicoterapia, em específico da psicoterapia de orientação cognitivo-comportamental, exige uma formação específica em psicoterapia de modo que as

informações aqui apresentadas foram colocadas em prática no estágio tendo em conta a finalidade de acompanhamento de apoio psicológico para o qual temos formação para exercer, sendo também assim denominado no local de estágio.

Unidade 3 - UCI

Esta Unidade aloja um projeto de reabilitação psicossocial, de curto ou médio internamento, tem capacidade para 14 utentes de ambos os sexos. As patologias apresentadas por estes utentes são variáveis - sendo as mais comuns: depressão, tentativas de suicídio, fobias, psicoses, problemas de personalidade, problemas de alimentação, problemas com consumos de substâncias e álcool.

Uma vez por semana inicia-se a atividade com uma breve reunião com os enfermeiros de serviço da UCI cujo nome é : “ Passagem de Turno”. Esta reunião tem como objetivo, receber informação da equipe de enfermagem sobre a evolução clínica, comportamentos e modo de interação dos utentes que estão em internamento e também receber informações sobre os novos utentes que vão ser admitidos nesta Unidade.

A seguir à Passagem de Turno, realiza-se a Reunião da Manhã com os utentes. Esta é a primeira atividade diária que eles têm na UCI. O objetivo principal desta reunião é pedir aos utentes que descrevam sequencialmente, as atividades desenvolvidas durante o dia anterior. Esta atividade serve para estimular a orientação temporal e capacidade mnésica de cada um.

Unidade 4 de Psicogeriatría.

Na Unidade 4 predominam utentes com deficiência mental profunda e quadros de demência, com capacidade para 30 utentes do sexo feminino.

Nesta Unidade a atividade consistiu numa “Reunião de Psicologia” semanal, de 45 minutos cada sessão, com um grupo de 8 utentes desta Unidade, A intervenção feita com este grupo foi direta e autónoma em todas as atividades desenvolvidas.. O objetivo desta intervenção foi procurar incentivar o bem estar psicológico, diminuindo alguma sintomatologia depressiva, através de atividades como contar fábulas, anedotas, adivinhas, provérbios, poemas, lendas ou ouvir música. Era solicitado às utentes que descrevessem algumas memórias sobre o tema da sessão.. Estes exercícios tiveram sempre em conta as limitações cognitivas do grupo e o grau de colaboração de cada uma delas.

Todas as atividades do estágio ofereceram oportunidades de reflexão e crescimento. Todas as experiências apreendidas ao longo das intervenções, foram uma mais valia que permitiram desenvolver competências no âmbito da Psicologia Clínica e serão sempre um contributo importante para a futura prática profissional.

Enquadramento Teórico

Psicologia Clínica – Questões Gerais

Eysenk em 1953, um dos mais prestigiados psicólogos ingleses do seu tempo, disse que a Psicologia Clínica tinha um longo passado mas uma curta História. (Pilgrim & Chesshire, 2004)

A Psicologia Clínica surgiu nos finais do século XIX, pela mão de Lightner Witmer nos Estados Unidos, juntamente com Pierre Janet e Sigmund Freud na Europa. O desenvolvimento da Psiquiatria que se verificou nessa época trouxe uma nova abordagem de encarar o doente mental, com novas classificações sobre a loucura e necessidade de novas terapêuticas. Os relatos de experiências de hospitalizações deste tipo de pacientes demonstraram que muitos deles foram tratados em condições inumanas e nesse sentido houve necessidade de juntar os conhecimentos da esfera da Psicologia aos da Psiquiatria, para uma intervenção terapêutica mais justa e eficaz. (Pediñelli, 1999),

A Associação Psicológica Americana (APA), abriu uma secção clínica em 1919. Os psicólogos clínicos tinham como tarefa o estudo de casos individuais. Os procedimentos consistiam em recolher informação sobre o funcionamento psicológico. Realizavam avaliações, contribuindo para o diagnóstico. Também aplicavam terapias individuais e em grupo. Não só era uma forma de tratar mas também de compreender, prever e aliviar o sofrimento psicológico, aspetos do intelecto, estados emocionais e formas do comportamento humano

Para Tryon (2007) a disciplina de Psicologia Clínica construiu-se apoiada em três pilares fundamentais: uma base teórica, a investigação científica e o desenvolvimento da carreira profissional de Psicólogo Clínico.

Base teórica da Psicologia Clínica

A Influência Filosófica. Segundo refere Tryon a Psicologia Clínica na sua génese sofreu a influência de duas grandes correntes filosóficas: por um lado a tradição demonstrativa de John Locke, filósofo inglês que estudou também medicina (1632-1704), escreveu em 1690 *An Essay concerning Human Understanding*, nesta obra o autor pretendeu demonstrar como se processa o conhecimento na mente humana, defendeu uma autonomia dos indivíduos. Estes são livres de pensar, julgar e agir por si mesmos. Foi considerado como o pai do empirismo, todo o conhecimento deriva da experiência. Por outro a tradição dialética de Immanuel Kant, filósofo alemão (1724-1804), o idealismo transcendental, todos nós trazemos formas e conceitos *à priori*, o homem tira tudo de si mesmo, as coisas que o homem precisa são executadas por si usando a razão e isso é o que o diferencia dos animais que se guiam pelos instintos. Para a Psicologia a importância das posições filosóficas, prendem-se com o facto de influenciar a construção de teorias, avaliação psicológica, a intervenção e o treino das decisões.

Rychlak (1981), mencionado também por Tryon, refere que os percursores dos modelos das teorias da personalidade se dividiram perante as posições de Locke e Kant. Pelas posições de Locke encontram-se Sullivan, Dollard and Miller, Skinner, Wolpe, Stampfl e Bandura. Pelas de Kant encontram-se Rogers, Binswanger, Boss e Kelly. Pelo misto das duas teorias encontram-se Freud, Adler e Jung.

Monismo versus Dualismo são dois conceitos filosóficos, relativos à filosofia da mente, esta filosofia envolve estudos metafísicos sobre o modo de ser da mente, sobre a natureza dos estados mentais e sobre a consciência. O monismo, advoga que mente e corpo são uma e a mesma coisa. Assim, haveria pelo menos duas espécies de monismo, o monismo que reduz o corpo à mente e o monismo que reduz a mente ao corpo. O monismo que reduz o corpo à mente é conhecido como imaterialismo, e foi defendido por George Berkeley e pelos behavioristas. O monismo que reduz a mente ao corpo é conhecido como materialismo, foi e continua sendo defendido por diversos filósofos, psicólogos e cientistas cognitivos. O dualismo das substâncias foi proposto por René Descartes - *res cogitans* ou *res extensa* Para ele o espírito e o corpo seriam distintos. Espírito e matéria nunca poderiam ser uma substância só, mas sempre duas substâncias distintas. Espírito seria do mundo do pensamento, da liberdade e da atividade, e matéria seria do mundo da extensão, do determinismo e da passividade (*Idem*)

A Introspeção versus Extrospeção, são também conceitos importantes que contribuíram para a Psicologia Clínica. Fernberger (1922) citado por Tryon, propôs que a Psicologia deveria ser dividida em duas áreas. Por uma lado a Introspeção cujo método seria obter dados da experiência vivida pelo próprio indivíduo Os sujeitos são questionados para descreverem detalhadamente o que experienciam quando expostos a estímulos específicos.. O estudo introspetivo pretendia compreender o funcionamento dos processos mentais, como o pensamento e as emoções. Este método deu origem a uma corrente - o Estruturalismo, antecedente ao Cognitivismo. Por outro lado, a Extrospeção, cujo método prevê a existência dum observador que regista o comportamento da pessoa observada. Este método está na base do Comportamentalismo. São duas contribuições importantes para o psicodiagnóstico que

depende fortemente do que é transmitido pelo autorrelato do paciente e pelo que é observável pelo clínico.

Idealismo versus Realismo, o Realismo mantém a existência externa a um mundo independente à percepção e à cognição, Realismo psicológico é uma expressão crítica de Robert Blanche (1935) para designar a tentativa de objetivar o psiquismo, como se este seguisse determinadas leis tal como a realidade física. Em outros termos, a obra do pensamento consiste em fabricar uma rede de relações que corresponda à dupla condição de constituir um sistema inteligível e de se aplicar às imagens dadas, conferindo um valor objetivo e real, conferindo-lhe inteligibilidade. Essas relações não podem ser tomadas como reais, mas somente como verdadeiras o Idealismo mantém a convicção de que a realidade é o resultado da nossa percepção e cognição. Olhamos para o mundo, feito à nossa maneira. Poder-se-á dizer, que uma mistura destas duas posições está correta uma vez que o mundo físico existe mas que o nosso mundo psicológico o transforma. Leva a concluir que perante um mesmo acontecimento existe uma grande variedade de opiniões e realidades bem distintas. A perspetiva psicológica de cada indivíduo é moldada por vários fatores construídos ao longo da sua vida.

A Investigação Científica

A Psicologia começou como sendo um ramo da Filosofia mas evoluiu para uma ciência. A ciência procura explicar e fazer prognósticos. Explicações em Psicologia podem chamar a atenção para os processos mentais que implicam sequências de passos emocionais e ou cognitivos que levem a explicar os resultados dum determinado comportamento. (Tryon, 2011)

Cheshire & Pilgrim (2004) referem uma importante mensagem deixada por Stevens em 1939, sobre os princípios sobre os quais a Psicologia se pode basear como uma ciência:

“ A Ciência procura demonstrar e confirmar preposições. Logo as preposições têm significado empírico quando a sua verdade pode ser demonstrada por um conjunto concreto de operações.”

A Psicologia Clínica evoluiu cientificamente até aos nossos dias, assente no método experimental, o surgimento da Psicometria permitiu a quantificação dos fenómenos psicológicos, sendo que as suas conclusões assentam num número variado de observações, adotando uma linguagem de variáveis operacionalizáveis, limitadas pela análise estatística, verificando e testando hipóteses, inferindo os resultados e assim se poder obter conclusões que promovam uma melhor compreensão do comportamento humano. (Guillevic & Vautier, 1998)

The Guidelines and Principles for Accreditation of Programs in Professional Psychology publicado pela American Psychological Association (2000), especifica áreas fundamentais onde todos os psicólogos clínicos deveriam receber formação: história e sistemas, bases biológicas do comportamento, bases biológicas da cognição e afetividade do comportamento, bases sociais e individuais do comportamento, e bases do desenvolvimento do comportamento.

Outro contributo importante para Psicologia Clínica são as investigações feitas pela Neuropsicologia Clínica, mais concretamente pelo estudo das estruturas cerebrais e como o seu funcionamento tem impacto no comportamento do ser humano. O neuropsicólogo avalia o comportamento esperado, pelo desempenho das áreas cerebrais implicadas e oferece estratégias para aqueles indivíduos que sofreram danos

significativos, como por exemplo demências, tumores, autismo, derrames, SIDA, doença de Alzheimer, epilepsia e outros problemas que possam resultar em disfunção cognitiva ou neuronal. Procuram devolver ao paciente alguma autonomia no seu funcionamento senso-motor, planeamento e cognitivo. (Plante, 2011)

Como refere Tryon, (Freeman, 1934 Hathaway 1942, Morgan 1965, Grossman 1965, Brown 1980) todos eles corroboram com a ideia de que as neurociências eclipsaram a fisiologia psicológica reduzindo tudo ao biológico. Contudo mais recentemente constata-se que os modelos computacionais, juntaram as neurociências com a psicologia, e surgiu um modelo integrativo cujo objetivo é estudar “como a mente emerge do cérebro” ,sendo que a neurociência explica cientificamente o que se pode observar no trabalho clínico. (O’Reilly& Munakata, 2000).

O Desenvolvimento da área profissional em Psicologia Clínica

Houve um conjunto de fatores sociais, científicos, metodologias e personalidades, que contribuíram para a construção e desenvolvimento da carreira profissional em Psicologia Clínica.

A Psicologia Clínica teve como fundadores, Wundt e Witmer em Leipzig na Alemanha, em 1879. Deve-se aos alunos e seguidores de Wundt todo o desenvolvimento da disciplina. Entre os mais famosos alunos destacam-se Kraepelin que desenvolveu um sistema de diagnóstico, agrupando as doenças mentais por síndromes. Outro dos alunos importantes, foi Cattell que escreveu um artigo intitulado "Mental Tests and Measurements" (1890) e graças a este trabalho e ao dos psicólogos que o seguiram, contribuíram para o desenvolvimento dos testes psicológicos. O próprio Witmer, abriu a

primeira clínica de Psicologia em 1897, para além de ter sido o fundador do curso superior de psicologia na Pensilvania. (Tryon , 1999)

Daniel Lagache, filósofo, psiquiatra e psicanalista francês, na primeira metade do século XX, ajudou a construir uma teoria da Psicologia Clínica fundamentando-a como uma disciplina autónoma quer em relação à sua especificidade da prática clínica quer aos modelos teóricos utilizados, distinguindo-se da psiquiatria e da psicanálise. O seu objetivo é portanto aconselhar, educar e /ou curar o indivíduo. O método utilizado é o estudo de caso , enquanto fenómeno singular sobre as condutas do ser humano que apresentem disfunções e que possam causar conflitos inter e/ou intrapsíquicos.. A psicologia clinica resume-se para este autor como uma psicologia aplicada ao homem em conflito apoiada muito concretamente pelo poder da relação estabelecida entre o terapeuta e o seu paciente, sendo que o poder curativo assenta na empatia estabelecida entre ambos. (Pedinielli ,1999),

Freud e a Psicanálise, nos primórdios do século XX, Freud e os seus seguidores, partilharam com a comunidade científica as primeiras técnicas da psicoterapia psicodinâmica, um método clínico revolucionário, explicativo dos sinais e sintomas adjacentes às diversas psicopatologias, em função das dinâmicas intrapsíquicas e relacionais Este método trouxe novas maneiras de contextualizar transtornos mentais, de pensar, de obter estratégias de *coping* e resolver problemas. A psicologia clínica resultou de uma associação estreita e particular com a psicanálise. (Tryon)

As Guerras Mundiais, conforme refere Plante (2011), o impacto das duas grandes guerras mundiais contribuiu para que a Psicologia Clínica tivesse um grande

desenvolvimento e atingisse notoriedade, graças à resolução dos problemas das vítimas, focando-se sobretudo nas perturbações mentais e problemas relacionados com limitações físicas e problemas emocionais.. Em 1917 a APA desenvolveu testes de recrutamento para o exército Americano, focados na área do desempenho intelectual. Foram as primeiras escalas elaboradas de propósito para serem aplicadas em grandes grupos de indivíduos. Versão Alpha para recrutas letrados e Versão Beta para iletrados e estrangeiros. Permitiu pela primeira vez que a Psicologia usasse uma ferramenta auxiliar para compreender as diferenças entre cada individuo. Em ambas as guerras foi preciosa a intervenção feita por Psicólogos para realizarem as avaliações psicológicas e intelectuais no recrutamento de homens para o exército.

A Psicoterapia, nos seus primórdios era administrada por médicos psiquiatras baseados nas teorias psicanalíticas. Nos EUA antes de 1940 não havia estágios oficializados na área da Psicoterapia ou políticas bem regulamentadas nesta área. Nos meados do século XX, surgiu o aparecimento de várias alternativas à intervenção psicodinâmica. Psicoterapias de teorias humanistas, comportamentais, cognitivo-comportamental, sistémica-familiar e mais recentemente os modelos integrativos e as perspectivas biopsicossocial que enfatizam a interação biológica e social no funcionamento dos comportamentos, sendo que cada uma destas áreas deve ser analisada ao pormenor para que possa surgir meios mais eficazes de intervenção psicoterapêutica. (Plante, 2011)

Fazer uma caracterização da grande variedade das psicoterapias existentes seria muito extenso pois todas tem quadros teóricos de referência, objetivos e diferentes tipos de práticas contudo é importante destacar o contributo de Carl Rogers, cuja orientação é fundamentada na teoria filosófica existencial-humanista, opondo-se às teorias deterministas. Ele forneceu aos psicólogos clínicos uma nova alternativa à psicanálise, e

às teorias comportamentalistas, com o seu livro intitulado *Counseling and Psychotherap* (1942). Criou a psicoterapia centrada no cliente, não diretiva. Para Rogers “o indivíduo possui dentro de si vastos recursos para a auto-compreensão, e para a modificação dos seus autoconceitos das suas atitudes e do seu comportamento autónomo” sugeriu também que a empatia, o calor humano e a autenticidade por parte do terapeuta seriam condições necessárias e suficientes para a mudança terapêutica. (Leal, 2005)

Na época do pós guerra, tornou-se popular a Terapia de Grupo derivado ao grande número de indivíduos afetados pelas problemáticas de Guerra. Destacaram-se os trabalhos de Bion em terapia de grupo de base psicanalítica, fruto da experiência obtida na intervenção grupal com soldados britânicos. Ele conceptualiza o grupo como um organismo com vida mental própria. A técnica consiste em interpretar a transferência do grupo como um todo e na sua relação com o terapeuta, verificou-se ainda que a Terapia de Grupo tinha fatores associados que não se encontravam noutra tipo de terapias, como a universalidade do problema, a partilha de informações, coesão grupal e comportamento imitativo. Trazendo para o indivíduo um bem-estar subjetivo decorrente da pertença ao grupo. (Leal, 2008)

Pratt e Moreno são considerados os precursores da psicoterapia de grupo. Pratt, médico clinica geral, desenvolveu o seu trabalho de forma intuitiva, espontânea, humana e empírica, focalizando o bem-estar e a melhoria da qualidade de vida dos pacientes, princípios que seriam posteriormente incorporados como eixo básico do tratamento dos transtornos mentais. Moreno, utilizou como método o *role-playing* ou jogo de papéis. A psicoterapia de Grupo oferece técnicas diversas de intervenção, encontrando-se

atualmente uma profusão de modelos de tratamento que têm sido desenvolvidas para o atendimento de populações específicas de pacientes, com as mais diversas condições médicas e sociais, como as Terapia Familiar, Psicodrama e Grupos de Auto-ajuda. (Bechelli & Santos, 2004)

É importante realçar o facto de que com tanta oferta em metodologia na intervenção psicoterapêutica há contudo aspetos comuns encontrados nas diferentes abordagens, Grencavage & Norcross (1999) caracterizou as principais: 1) as características do cliente com expectativas positivas e que ativamente procura ajuda; 2) As características do Psicoterapeuta, demonstrando confiança para processo de ajuda; 3) as características gerais para o processo de mudança, oportunidade de catarse, e práticas de novos comportamentos 4) a estrutura das técnicas de mudança, técnicas específicas, de acordo com as teorias aplicadas, 5) a aliança de trabalho estabelecida e acordada. (Plante,1999)

A Psicologia Clínica é uma área com vários polos de atuação sob o ponto de vista profissional. Encontra-se subdividida por várias áreas clínicas de intervenção, e os seus profissionais são seguidores de várias modelos de intervenção psicoterapêutico, tornando-se difícil por vezes obter consensos quando à legitimação e o seu papel na sociedade. (Pilgrim & Chesshire, 2004)

As normas relativas ao estágio de psicólogos clínicos foram publicadas pela APA em 1974 trabalho conjunto com a Instituto Nacional para a saúde Mental nos EUA, o que reforça a ideia de que a profissão de psicólogo Clínico é relativamente recente. Mcfall (2006) publicou um extenso trabalho sobre os estagiários na sua monografia. Fez um retrato do que se faz nesta área e quais os pontos a seguir no futuro, no sentido de

melhorar a carreira. Destaca a importância dos estágios para a consolidação das competências e o alargamento da atividade de psicólogo clínico a uma maior número de pessoas. (Tryon, 1999)

As tarefas que um Psicólogo Clínico pode desempenhar variam entre a psicologia clínica infantil, psicologia clínica da saúde, neuropsicologia clínica, psicologia forense e gerontopsicologia, a pesquisa, avaliação, tratamento, ensinamento, consulta e administração no treino de estagiários e na supervisão de outros colegas (Plante, 2005).

Hersen e Gross (2007), referem que nos últimos trinta anos a Psicologia Clínica inovou consideravelmente em áreas muito diversas como a da ética, assuntos legais, psicologia trans-cultural, educação parental, orientação de carreiras profissionais, psiconeuroimunologia, tratamento cognitivo-comportamental e psicofarmacologia.

No site da APA (2014), pode-se ler que o Psicólogo Clínico nos dias de hoje tem como missão fazer a ligação entre mente e corpo, trabalhando em conjunto com outros profissionais de saúde mental e promoverem bem estar geral aos pacientes. Uma nova tecnologia informática está também ao serviço da Psicologia contribuindo para o uma nova geração de Psicólogos. Como exemplo, as aplicações informáticas para estimulação cognitiva.

Breve História da Psicologia em Portugal

Segundo nos relata Jesuino (1994) a Psicologia em Portugal começou a ser lecionada em 1912 na Universidade de Coimbra, mais propriamente na Faculdade de Letras, com

a abertura do 1º laboratório de Psicologia em Portugal, até esta data a Psicologia era estudada nos Cursos de Filosofia e Medicina Psiquiátrica.

Segundo Miguel Siguán, (2003) as contribuições portuguesas do princípio do século XX para a psicanálise devem-se sobretudo ao prof. Egas Moniz (1874-1955) que escreveu em 1915 o seu primeiro trabalho sobre a psicanálise - *As Bases da Psicanálise*, e foi quem primeiro falou de Freud em Portugal. Também Sobral Cid, professor e médico psiquiátrico, escreveu em 1925 um livro chamado *A Vida Psíquica dos Esquizofrénicos*, cujo conteúdo tem incidência analítica.

Na época de 50 surge a orientação psicométrica para orientação profissional (Instituto Orientação Profissional). Em 1963 foi criado o ISPA (Congregação Religiosa) que passou em 1974 a ser uma cooperativa de ensino. Muitos dos psicólogos foram tirar pós graduações na Europa (Bélgica e França).

A Fundação Calouste Gulbenkian na época de 70 abriu estágios para psicólogos, sobretudo na área da investigação aplicada à educação e ao desenvolvimento

Só em 1976, surge a Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, (Lisboa, Porto e Coimbra), seguindo-se a Universidade do Minho e outras. A criação oficial da Licenciatura em Psicologia em Portugal é oficial com o decreto lei nº12/77.

Anterior à formação da Ordem dos Psicólogos, que teve lugar em 2008 houve 3 associações de Psicólogos em Portugal : Sociedade Portuguesa de Psicologia, Associação Portuguesa de Psicologia e Associação de Psicólogos Portugueses.

É referido no site oficial da Ordem dos Psicólogos (2014), que desde a fundação da instituição, os responsáveis tem enveredado esforços para dignificar a Psicologia e os Psicólogos Portugueses e nesse sentido os seus responsáveis têm vindo ao longo dos anos a trabalhar em várias vertentes, nomeadamente:

“...atualização da legislação profissional, angariação de estágios profissionais, cursos e formação, publicações, benefícios para os membros, promoção de estudos relativos aos psicólogos, documentação obrigatória para o exercício da profissão, apoio jurídico, presença em dezenas de eventos de promoção da figura do psicólogo e da psicologia na comunidade e representatividade em organismos/instituições de interesse específico da psicologia”.

O papel do Psicólogo em contexto Psiquiátrico

A American Psychological Association (APA), declarou em 1935 que a Psicologia Clínica tem como desígnio elucidar as capacidades comportamentais e as características do comportamento de um indivíduo através dos métodos de medição, análise e observação e, integrando esses resultados com os provenientes dos exames físicos e história social, fornecendo as recomendações necessárias, tendo em vista o adequado ajustamento do indivíduo no seu meio ambiente. (Ribeiro & Leal, 1996),

De conformidade com o Decreto-Lei n.º241/94, de 22 de setembro de 1994, O psicólogo clínico em Portugal, passou a ser um profissional que desenvolve funções científicas e técnicas de avaliação, psicodiagnóstico e tratamento no campo da saúde,

ficando agregado á carreira de técnico superior de saúde. Assim sendo, a carreira de Psicólogo Clínico exige especificidades próprias nomeadamente uma licenciatura em Psicologia Clínica com elevada qualificação científica e técnica .

A realização do diagnóstico ao doente psiquiátrico requer instrumentos e recursos que garantam resultados confiáveis. Segundo as normas internacionais da OMS (2010) referenciam para a prática da Psicologia Clínica a utilização da seguinte metodologia: entrevista clínica, recolha de dados e o uso de testes psicológicos como complemento e auxiliares de diagnóstico da avaliação psicológica.

Em 2005, a APA reuniu um grupo de cientistas e psicólogos clínicos e elaborou um documento com as principais diretrizes para a Prática da Psicologia Baseada em Evidência (APA Presential Task Force on Evidence Based Practice,2005) A prática da Psicologia Baseada em Evidências (PBE), portanto, não abrange apenas questões relativas à melhor intervenção terapêutica para determinada patologia, mas também questões implicadas no diagnóstico clínico, programas de prevenção e políticas de saúde mental (APA Presidential Task Force on Evidence- Based Practice, 2005). A proposta da APA foi a aplicação dos princípios da psicologia baseada em evidências a diversos campos: clínicos, hospitalares, institucionais (empresas, prisões, clinicas de reabilitação), académicos, ou seja, em qualquer ambiente no qual a tomada de decisão seja necessária (Meyer, Otta & Sampaio, 2012)

Segundo a organização OMS (2010) o diagnóstico da perturbação mental é o ponto de partida para a identificação do transtorno e dessa forma se poder aplicar a intervenção psicoterapêutica assim como a promoção de cuidados e de direitos ao paciente. Dever-

se-á seguir os princípios de não julgar moralmente, mas sim compreender a forma e o conteúdo da doença mental. Estes procedimentos contribuem para que os indivíduos que sejam portadores de perturbação mental e seus familiares ou cuidadores, possam usufruir duma melhor qualidade de vida.

Wolman (1965), citado também no mesmo artigo de Leal e Ribeiro refere que a Psicologia Clínica tem como domínio todas as instituições e consultas nas quais se trabalha a título terapêutico ou profilático com sujeitos doentes, frágeis ou inadaptados, sendo que o Psicólogo Clínico em contexto psiquiátrico, complementa o trabalho do médico psiquiatra.

Contudo o trabalho conjunto entre a psiquiatria e a psicologia clínica nem sempre foi consensual. Segundo a OMS (2001) a partir dos anos oitenta do século passado a comunidade científica ligada aos problemas de saúde mental sentiu necessidade duma prática multidisciplinar ativa em contexto de cuidados de saúde mental. O objetivo fundamental duma intervenção multidisciplinar é o alívio do sofrimento e a promoção do bem-estar psíquico numa perspetiva biológica, psicológica e social. Sendo que o psiquiatria se dedica ao tratamento da doença mental, através da utilização de psicofármacos , enquanto que o psicólogo ajuda o paciente nas suas escolhas e tomadas de decisão.

Tonetto e Gomes (2007) citado por Felício, referem que as equipas multidisciplinares estão cada vez mais a fazer parte do atendimento na área da saúde. É uma tendência que se comprova ser muito eficaz para utentes e familiares. O modo como se relacionam os diferentes profissionais de saúde em contexto hospitalar pode ser interdisciplinar,

multidisciplinar e transdisciplinar. Significa que a interação é interdisciplinar quando os especialistas discutem entre si a situação de um paciente onde possa haver aspetos comuns a mais do que uma especialidade. É multidisciplinar quando existem vários profissionais atendendo o mesmo paciente de maneira independente. É transdisciplinar quando as ações são definidas e planeadas em conjunto. Neste contexto multidisciplinar o papel do Psicólogo Clínico é promover uma maior compreensão da realidade da doença, facilitar a comunicação e apoiar emocional e psicologicamente o utente.

Na CPSJ o papel fundamental dum psicólogo clínico em contexto psiquiátrico passa por reduzir os estados depressivos, facilitar a adaptação à condição patológica, às mudanças na dinâmica familiar, pensar em estratégias facilitadoras de organização e comunicação com outros profissionais de saúde, e bastante importante o da fidelização aos tratamentos. O apoio psicológico, promove a aceitação, a auto-estima, a confiança e novos significados para a vivência patológica. (CPSJ, 2013)

Princípios Éticos

O exercício da Psicologia tem uma finalidade humana e social, com objetivos que envolvem o bem-estar, a saúde, a qualidade de vida e a plenitude do desenvolvimento das pessoas. (Ordem dos psicólogos)

A comissão de ética da APA estabeleceu os princípios éticos para a profissão em 1953, e incluem aspetos como a competência, respeito, confidencialidade, consentimento informado e justiça social. O motivo principal prende-se com o facto deste tipo de profissão ter um impacto significativo na vida das pessoas. Um Psicólogo Clínico que esteja a exercer psicoterapia, confronta-se com as mais diversas vulnerabilidades do

seu cliente, e nesse sentido este profissional deve ter a responsabilidade de proteger os dados clínicos e pessoais do seu cliente. Assim como, os psicólogos que estejam a trabalhar na área do ensino e investigação científica devem respeitar os dados de outros colegas. Esta organização fez uma atualização das normas de ética em 2002, e que continuam a ter por base o tratado de Hipócrates de à 2.500 anos atrás. (Plante, 2011)

Em Portugal, foi publicado o Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos no Diário da República, em 20 de abril de 2011, cujos princípios gerais se regem pelos deveres de: competência, dignidade e direitos da pessoa, responsabilidade, integridade, beneficência e não- maleficência. (Ordem dos Psicólogos)

Referem-se por psicólogos qualquer pessoa que obtenha formação específica em Psicologia concordante com as normas em vigor (Art.º 51 da Lei nº 57/2008, de 4 de Setembro) e que exerça um papel profissional em qualquer área ou contexto da Psicologia. Para o exercício da sua prática é obrigatória a inscrição enquanto membro, ou membro-estagiário, no exercício da atividade profissional supervisionada, da Ordem dos Psicólogos. A pertença à Ordem dos Psicólogos obriga ao cumprimento dos princípios estabelecidos no Código Deontológico. (*Idem*)

É importante salientar contudo que em situações legais, sempre que haja solicitação legal para a divulgação de informação confidencial sobre o cliente (registos, relatórios, outros documentos ou pareceres), é fornecida a um destinatário específico, apenas a informação relevante para a situação em causa, tendo em conta os objetivos da mesma. Caso os psicólogos considerem que a divulgação de informação confidencial pode ser

prejudicial para o seu cliente, podem invocar o direito de escusa (de acordo com o disposto no art.º 135.º do Código de Processo Penal). (*Idem*)

A Psicopatologia

Segundo Frances & Ross (2004), a definição mais comum para a perturbação mental é a que foi proposta pela Associação Americana de Psiquiatria no seu manual das perturbações mentais, DSM-IV, em que cada uma das perturbações mentais é conceptualizada como uma síndrome ou padrão comportamental ou psicológico clinicamente considerável que se manifesta num indivíduo e que está articulado com mal-estar atual ou ainda com um aumento significativo do risco de suicídio e que este mal estar cria um défice no funcionamento social , ocupacional e noutras áreas.

Como refere Fazenda (2006) a doença mental pode manifestar-se num determinado momento da vida dum individuo, antes do qual não existiam alterações significativas, abrangendo um leque variado de perturbações que afetam o comportamento emocional, social e intelectual, podendo portanto, em muitos casos ser curada.

A dor psíquica não surge só em contexto psicopatológico, pode ser reativa a um acontecimento de vida inesperado, como também surgir sem qualquer razão aparente e vai romper as defesas habituais do ser humano, trazendo alterações ao seu comportamento, afetando a sua vida quotidiana e daqueles com ele privam. (Leal, 2005)

Segundo Ferreira (2008), o distúrbio psicopatológico é definido através de 4 condições essenciais: 1) Alteração ou quebra do funcionamento cognitivo, emocional ou comportamental do individuo; 2) Existência de sofrimento pessoal acentuado; 3)

Limitação no funcionamento do indivíduo; 4) Resposta atípica ou não culturalmente esperada.

Assim Ferreira (2008) define perturbação psicológica como sendo uma disfunção cognitiva, comportamental e emocional que é inesperada no seu contexto cultural e que está associada a um sofrimento pessoal ou acentuadas limitações funcionais e que representa uma alteração do comportamento normal de um sujeito para além da intensidade e que a duração também é importante. Para compreender a pessoa com perturbação psicológica não importa tanto a realidade objetiva mas o sim o modo com ele vive ou percebe a sua vivência das coisas. Assim para o psicólogo a vivência e o comportamento de um ser humano deve-se enquadrar e só tem significado dentro do seu contexto social.

Psicodiagnóstico

O psicodiagnóstico derivou da Psicologia Clínica e dos primeiros trabalhos psicométricos, como a introdução do estudo das diferenças individuais de Galton, os primeiros testes mentais de Cattell e o exame psicológico na avaliação pedagógica de Binet (Tosin, 2005).

O psicodiagnóstico como prática psicológica, inicialmente colocava o psicólogo como mero aplicador de testes, cumprindo uma solicitação de um psiquiatra ou pediatra, cujo objetivo era investigar uma função, traço ou característica em estudo. A partir da publicação de “A interpretação dos sonhos” de Freud, surgem estudos dos conteúdos dinâmicos, ocorrendo a difusão da psicanálise no âmbito universitário e sua adoção como marco de referência. Unindo-se à vontade de muitos psicólogos que trabalhavam

com psicodiagnóstico de abandonar o lugar de “testadores”, a psicanálise serviu de modelo de trabalho diante dessa necessidade de identificação profissional (Tosin, 2005).

O psicodiagnóstico, é uma avaliação psicológica feita com propósitos clínicos, que pretende identificar forças e fraquezas no funcionamento psicológico com um foco na existência ou não de psicopatologia. (Cunha, 2000)

O psicodiagnóstico tradicional pode ser operacionalizado da seguinte forma: a) Determinar os motivos do encaminhamento; b) Solicitar informações sobre dados de natureza psicológica, social, médica, profissional, escolar sobre o sujeito e pessoas significativas; c) Recolher dados sobre a história pessoal; d) levantar hipóteses iniciais e definir objetivos; e) estabelecer um plano de avaliação; f) estabelecer um contrato terapêutico; g) administrar testes ou outros instrumentos; h) Selecionar, organizar e integrar todos os dados significativos; i) comunicar resultados, propor soluções, orientar; j) encerramento do processo

Existem pacientes com dificuldades para conversar espontaneamente sobre a sua vida e seus problemas. O Psicólogo deve favorecer a comunicação, contribuindo para a tomada *de insight*, ou seja para que o paciente possa adquirir a consciência de sofrimento suficiente para aceitar cooperar na consulta. (Arzeno, 1995)

Continuando a referir Arzeno, o motivo da consulta será o motivo manifesto, o que está mais próximo da consciência e aquilo que o paciente prefere mencionar em primeiro lugar, tem um aspeto fenomenológico que deve ser explorado até se descobrir qual o benefício secundário para o paciente e o que ele perderia no caso de o abandonar. Isso pode ajudar a medir as resistências que o paciente colocará para a superação do mesmo.

Porém, sob o ponto de vista da psicanálise existe o motivo latente ou inconsciente da consulta. Este só irá surgir à medida que se vá progredindo nas sessões.

Entrevista clínica

A entrevista é a prática que permite o acesso às representações mais pessoais dos sujeitos: história, conflitos, representações, crenças, sonhos, fantasmas, acontecimentos vividos, etc. É um instrumento indispensável no domínio das ciências humanas e ainda no domínio da Psicologia, em que há que tentar compreender a origem de diferentes psicopatologias (Oliveira, 2005).

Para Bleger (1987, p.12, cit. in Oliveira, 2005) a *“entrevista psicológica é uma relação, com características particulares, que se estabelece entre duas ou mais pessoas. O específico ou particular dessa relação reside em que um dos integrantes é um técnico da psicologia que deve atuar nesse papel, e o outro ou os outros, necessitam de sua intervenção técnica. Porém, isso é um ponto fundamental, o técnico não só utiliza em entrevista seus conhecimentos psicológicos para aplicá-los ao entrevistado, como também esta aplicação se produz precisamente através de seu próprio comportamento no da entrevista. Para sublinhar o aspeto fundamental da entrevista poder-se-ia dizer, de outra maneira, que ela consiste em uma relação humana na qual um dos integrantes deve procurar saber o que está acontecendo e deve atuar segundo esse conhecimento. A realização dos objetivos possíveis da entrevista (investigação, diagnóstico, orientação, etc.) depende desse saber e da atuação e acordo com esse saber”*

A entrevista clínica apresenta diferentes objetivos e formas - avaliação psicológica, apoio psicológico e psicoterapia. Aplicada em diferentes contextos – adultos, pessoas com doença física, idosos, adolescentes e famílias. (Bénony & Chahraoui, 2002) Estes

autores referem a importância que Rogers deu à entrevista, pois para ele só o paciente sabe onde e como sofre, há portanto que ter confiança nele e escutá-lo plenamente numa atitude compreensiva. A arte de entrevistar adquire-se com bastante experiência, supervisão, e talento natural. A par da entrevista o clínico deve observar os seguintes pontos segundo Séchaud (1999): 1) a personalidade do sujeito através da observação dos seus sintomas. 2) a especificidade da sua história através da observação da linguagem, do discurso verbal. 3) aquilo que estas observações despertam de específico no paciente (aspirações, motivos, limites) e qual a sua capacidade de análise às suas reações afetivas para que na relação clínico se possa trabalhar

A entrevista estruturada ajuda a obter um maior número de informação possível. Pretende-se obter numa entrevista de recolha de dados, as informações mais relevantes do cliente: dados pessoais, lista de sintomas atuais, história clínica, antecedentes familiares, habilitações literárias, situação laboral, história de vida (traumas, etc) antecedentes psiquiátricas (Plante 2011).

Avaliação do estado psicopatológico

Nas sessões, para além do levantamento de dados, o Psicólogo deve poder formular o estado psicopatológico por meio da observação de vários campos de funcionamento do paciente. Deve saber a presença ou ausência de sintomas como: perturbações da consciência, orientação, atenção e memória, perturbações formais do pensamento, receios e compulsões, delírio, alterações da percepção, perturbações da afetividade, psicomotricidade, perturbações do sono, apetite (Scharfetter, 2005)

Tendo em conta que abordar todas as psicopatologias seria muito extenso, apenas foram selecionadas as mais relevantes mediante o contacto com as mesmas durante a

realização do estágio, neste sentido, abordo as Perturbações do Humor, Ansiedade e a Demência.

Perturbações de Humor

A principal característica das Perturbações de Humor é o distúrbio patológico ao nível do humor que pode variar entre a depressão grave e a euforia exagerada (mania), incluindo distúrbios a nível do pensamento e do comportamento que podem compreender sintomas psicóticos como alucinações e delírios. As perturbações do humor são também chamadas perturbações afectivas. *Afectivo* significa *estado emocional* expresso através de gestos e de expressões faciais. Pode-se então afirmar que nas Perturbações de Humor existe uma alteração da energia do indivíduo e da forma de sentir, pensar e se comportar. Acontecem como crises únicas ou cíclicas, oscilando ao longo da vida podendo incluir episódios de depressão, mania ou dos dois. A depressão e a mania representam assim os polos opostos da perturbação afetiva. (Craddock & Forty, 2006).

O termo depressão “unipolar” é usado para caracterizar uma situação em que os doentes experienciam o lado depressivo, enquanto na perturbação bipolar, vivenciam em ocasiões diferentes ambos os polos da alteração do humor (mania e depressão). Embora a depressão e mania possam ocorrer conjuntamente (estado misto de humor), a mania pode, ocorrer classificando-se como hipomania, ou pode variar tão rapidamente entre mania e depressão designando-se como ciclo rápido (Stahl, 2000). O DSM-IV-TR partindo desta distinção subclassifica a Perturbação Bipolar em Perturbação Bipolar I e Perturbação Bipolar II. Na primeira surgem episódios de mania, enquanto na segunda os episódios de mania são mais suaves (hipomania) (DSM-IV-TR, 2000).

Deste modo, a designação de Perturbações do Humor inclui uma ampla panóplia de situações que vão desde ligeiras e comuns alterações de humor até os episódios psicóticos mais severos (Craddock & Forty, 2006).

Incluídas no grupo de perturbações do humor encontram-se as perturbações depressivas – Perturbação Depressiva Major, Perturbação Distímica e Perturbação Depressiva sem Outra Especificação e as Perturbações Bipolares (do tipo I, II, Perturbação Ciclotímica e Perturbação Bipolar sem Outra Especificação) (DSM-IV-TR, 2000).

A Perturbação Depressiva *Major* caracteriza-se por um ou mais episódios depressivos *major* que apresentam como critérios de diagnóstico principais o 1) humor depressivo; 2) diminuição do interesse ou prazer em atividades; 3) perda de peso; 4) insónia ou hipersónia; 5) agitação ou lentificação psicomotora; 6) fadiga ou perda de energia; 7) sentimentos de desvalorização ou culpa excessiva ou inapropriada; 8) diminuição da capacidade de pensamento ou concentração, ou indecisão e 9) pensamentos recorrentes acerca da morte, ideação suicida recorrente ou tentativa de suicídio. De modo geral, todos estes critérios apresentam uma frequência de ocorrência relativa a todos ou quase todos os dias (idem, 2000).

De acordo com a DSM – IV-TR (2000), na Perturbação Distímica estão presentes, pelo menos, dois anos de humor depressivo durante mais de metade dos dias acompanhado por sintomas depressivos adicionais que não preenchem os critérios para episódio depressivo major. Para o seu diagnóstico é necessário existirem dois ou mais dos seguintes sintomas: 1) apetite diminuído ou aumentado; 2) insónia ou hipersónia; 3) fadiga ou pouca energia; 4) baixa auto-estima; 5) dificuldades de concentração ou em tomar decisões e 6) sentimentos de falta de esperança. Na perturbação bipolar I ocorrem

um ou mais episódios maníacos ou mistos acompanhados por episódios depressivos *major*.

O Episódio Maníaco caracteriza-se por um período distinto de humor com a duração de, pelo menos, uma semana estando presentes três, ou mais, dos seguintes sintomas: 1) auto-estima aumentada; 2) diminuição das necessidades de dormir; 3) mais falador do que o habitual; 4) fuga de ideias ou experiência subjetiva de aceleração do pensamento; 5) distraibilidade; 6) aumento da atividade dirigida para determinados objetos ou agitação psicomotora e 7) envolvimento excessivo em determinadas atividades agradáveis que potencialmente podem ter consequências desagradáveis. No episódio misto são preenchidos os critérios para episódio maníaco e para episódio depressivo *major* quase todos os dias durante, pelo menos, uma semana. A Perturbação Bipolar II caracteriza-se por um ou mais Episódios Depressivos *major* acompanhados pelo menos por um Episódio Hipomaníaco. O Episódio Hipomaníaco caracteriza-se por um período distinto de humor elevado com a duração de, pelo menos, 4 dias sendo que três ou mais dos seguintes sintomas equivalentes aos presentes no episódio maníaco têm que estar presentes. (ibidem, 2000).

A perturbação bipolar era anteriormente chamada de maníaco-depressivo, compreende efetivamente uma perturbação do foro afetivo, como a depressão unipolar mas que envolve vários graus de agitação, euforia, impulsividade, irritabilidade, e ideação paranoide. Este coletivo de sintomas são chamados de hipomania e mania. (Beck et al, 2013)

A perturbação ciclotímica caracteriza-se por, pelo menos, 2 anos com períodos de sintomas hipomaníacos que não preencham os critérios para episódio maníaco e

numerosos períodos de sintomas depressivos que não preencham os critérios para Episódio Depressivo *major* (DSM-IV-TR, 2000).

Sendo assim, a Tabela 2 pretende sintetizar o quadro das perturbações de humor constante no manual de diagnóstico DSM-IV

Tabela 3:

Tipos de Perturbações de Humor (DSM-IV-TR,2000).

| Perturbações Depressivas ou Unipolares | Perturbações Bipolares | Perturbações Baseadas na Etiologia |
|--|--|--|
| Perturbação depressiva major | Perturbação bipolar I | Perturbação do humor devida a um estado físico geral |
| Perturbação distímica | Perturbação bipolar II | Perturbação do humor induzida por substância |
| Perturbação depressiva sem outra especificação | Perturbação ciclotímica | |
| | Perturbação bipolar s/ outra especificação | |

Na perspetiva do psicólogo é importante ter uma consciencialização de todos estes especificadores de doença, no sentido em que vai facilitar o trabalho no processo de recuperação de cada doente levando a que o resultado final e a perceção aprofundada da pessoa sejam fundamentais para obter uma intervenção eficaz. Adicionalmente, o DSM-IV, compreende um conjunto de especificadores que podem ser usados para ampliar a especificidade do diagnóstico, criar subgrupos mais homogéneos, ajudar na escolha do tratamento e melhorar a previsão do prognóstico. Destacam-se os especificadores de

intensidade/psicótico/remissão; de características catatónicas, melancólicas e atípicas; especificador com início no período pós-parto; especificador para descrever a evolução de episódios recorrentes; especificadores longitudinais da evolução e de padrão sazonal.

Perturbações de Ansiedade

Em psicopatologia é de extrema importância fazer a distinção entre o normal e o patológico. Numa primeira estância, o medo e a ansiedade constituem reações normais a situações de perigo ou adversas: se o medo fizer que uma pessoa se afaste de uma situação de risco, este é uma resposta normal e adaptativa. O mesmo acontece com a ansiedade, que assume um papel protetor baseado na antecipação do estímulo ameaçador. No entanto, quando ambos deixam de ser adaptativas, passamos ao campo da patologia, fazendo sentido falar-se de sintomas e/ou perturbações de ansiedade (Crujo & Marques, 2009).

A ansiedade patológica é uma resposta disfuncional e inadequada a um estímulo, tendo em conta a sua duração e intensidade (Kaplan, Sadock & Grebb, 1997 cit. in Angélico, 2009). Quando a ansiedade e o medo são muito intensos, o funcionamento social, profissional e académico ficam seriamente comprometidos.

A sensação de ansiedade caracteriza-se por um sentimento desagradável e difuso de apreensão, geralmente acompanhado por: cefaleias, taquicardia, tremores, palpitações, hiperidrose, formigamento nas extremidades, desconforto abdominal, entre outros. A ansiedade patológica produz confusão e distorções da realidade interferindo na capacidade de aprendizagem, reduzindo a concentração e a memória. Esta panóplia de sintomas varia consoante a pessoa (Kaplan, Sadock & Grebb, 1997 cit. in Angélico, 2009).

Segundo o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais , DSM-IV-TR, (2000) são várias as perturbações decorrentes da ansiedade e do medo patológico: Perturbação de Pânico com ou sem Agorafobia; Agorafobia sem História de Perturbação de Pânico; Fobias Específicas; Fobia Social; Perturbação Obsessivo-compulsiva, Perturbação Pós-stress Traumático; Perturbação Aguda de Stress; Perturbação de Ansiedade Generalizada; Perturbação da Ansiedade Secundária a Um Estado Físico Geral; Perturbação de Ansiedade Induzida por Substâncias e Perturbação de Ansiedade sem Outra Especificação.

É importante também referir os Ataques de Pânico que ocorrem no contexto de qualquer Perturbação de Ansiedade, bem como noutras perturbações mentais (por exemplo, nas Perturbações de Humor) e a Agorafobia que ocorre no contexto da Perturbação de Pânico com Agorafobia e na Agorafobia sem História de Perturbação de Pânico. O Ataque de Pânico diz respeito a um período discreto no qual se inicia de modo súbito, uma intensa apreensão, medo ou terror, frequentemente associados com sensações de catástrofe iminente. Durante os Ataques de Pânico são frequentes os seguintes sintomas: falta de ar, palpitações, sensação de sufoco, medo de “enlouquecer” ou de perder o controlo. A Agorafobia é a ansiedade ou o evitamento de lugares ou situações nos quais a fuga pode ser difícil ou embaraçosa ou nos quais possa não ter ajuda no caso de ter um Ataque de Pânico ou sintomas semelhantes ao pânico. A Perturbação de Pânico sem Agorafobia caracteriza-se por Ataques de Pânico inesperados e recorrentes acerca dos quais existe uma preocupação persistente. Já a Perturbação de Pânico sem Agorafobia é caracterizada por Ataques de Pânico inesperados e recorrentes e por Agorafobia .A Agorafobia sem História de Perturbação de Pânico caracteriza-se pela presença de Agorafobia e de sintomas semelhantes ao pânico, sem história de Ataques de Pânico inesperados (iden,2000)

A Fobia Específica é caracterizada por ansiedade clinicamente significativa provocada pela exposição a uma situação ou a um objeto temido, que conduz frequentemente ao comportamento de evitamento (DSM-IV-TR, 2000). Os exemplos mais comuns de Fobias são o medo de animais (por exemplo cobras ou aranhas), alturas, lugares fechados, medo de ver sangue, entre outros. A Fobia Social é caracterizada por ansiedade clinicamente significativa provocada pela exposição a certos tipos de situações sociais ou de desempenho que frequentemente conduzem ao comportamento de evitamento (DSM-IV-TR, 2000).

As pessoas com Perturbação Obsessiva-compulsiva têm pensamento ou imagens persistentes e preocupantes que as levam a fazer a mesma coisa inúmeras vezes. Os pensamentos ou imagens preocupantes são chamadas *obsessões* enquanto que as *compulsões* são as ações que se repetem inúmeras vezes para afastar tais pensamentos, provocando um breve alívio na ansiedade sentida. (Frances & Ross, 2004)

A Perturbação Pós-stress Traumático caracteriza-se pela reexperiência de um acontecimento extremamente traumático (como por exemplo: guerra, tortura, violação, desastre natural, entre outros) acompanhado por sintomas de ativação aumentada e pelo evitamento de estímulos associados com o trauma. As pessoas com Perturbação Aguda de Stress experienciam um acontecimento muito stressante e extremamente traumático. Os sintomas são semelhantes aos da Perturbação de Pós-stress Traumático mas ocorrem imediatamente ao acontecimento traumático (iden, 2004)

A Perturbação da Ansiedade Generalizada é caracterizada por pelo menos 6 meses de ansiedade e preocupação persistentes e excessivas. A Perturbação da Ansiedade Secundária a Um Estado Físico Geral é caracterizada por sintomas de ansiedade proeminentes que são considerados uma consequência fisiológica direta a um estado

físico geral. A Perturbação da Ansiedade Induzida por Substâncias é caracterizada por sintomas de ansiedade proeminentes que são considerados como consequência fisiológica direta do abuso de drogas, medicamentos ou exposição a tóxicos ((DSM-IV-TR, 2000).

Por fim, a Perturbação da Ansiedade sem Outra Especificação é incluída para codificar as perturbações com ansiedade ou evitamento fóbico proeminentes que não preenchem os critérios de nenhuma das perturbações referidas anteriormente segundo refere Frances & Ross (2004) citando o DSM-IV-TR.

De referir ainda que, segundo um artigo publicado no Diário de Notícias em 2010, as perturbações psiquiátricas mais frequentes entre a população portuguesa são as Perturbações da Ansiedade com uma incidência de 16,5%. A perturbação mais comum é a da Fobia Específica (8,6%), que, na sua maioria, não são graves.

É importante que o psicólogo tenha em conta todas as diferenças existentes dentro do espectro das Perturbações da Ansiedade, de modo a que o processo de recuperação e cura do doente seja facilitado através de uma intervenção eficaz.

Demências

A demência é hoje o problema de saúde mental que mais rapidamente cresce em importância e número, sobretudo devido ao envelhecimento populacional. A prevalência aumenta exponencialmente com a idade, passando de 5% entre aqueles com mais de 60 anos para 20% naqueles com idade superior a 80 anos. A incidência anual de demência também cresce sensivelmente com o envelhecimento, de 0,6% na faixa dos 65-69 anos para 8,4% naqueles com mais de 85. É fundamental, portanto, que os

profissionais de saúde mental estejam capacitados para diagnosticar a evolução dos sintomas desses pacientes (Forlenza et al, 2005)

A Demência pode ser definida como sendo um síndrome caracterizado pela deterioração cognitiva persistente que interfere com a capacidade do indivíduo em levar a cabo as suas atividades profissionais e sociais. É normalmente causada por uma doença que afeta o sistema nervoso central. Esta síndrome é independente da presença de mudanças ao nível da consciência, ou seja, não ocorre devido a delírio ou a um estado de confusão mental (Nitrini & Brucki, 2012).

Na Demência existe o declínio da memória associado ao défice de pelo menos uma outra função cognitiva como a linguagem, gnóscias, praxias ou funções executivas, interferindo, como foi dito anteriormente no desempenho social ou profissional do indivíduo. Por isso o seu diagnóstico exige a ocorrência do comprometimento da memória, embora essa função possa estar relativamente preservada nas fases iniciais de algumas formas de Demência (Caramelli & Barbosa, 2002).

A Demência pode ser causada por inúmeras doenças. Apesar de, geralmente, a Demência ter uma evolução lenta, progressiva e irreversível, esta pode-se instalar de maneira aguda e ser reversível com o tratamento específico da doença que a causa, quando este está disponível e é administrado precocemente (Nitrini & Brucki, 2012).

Segundo o DSM-IV-TR (2000) para se fazer o diagnóstico de Demência têm que estar preenchidos os seguintes critérios:

A. Desenvolvimento de défices cognitivos múltiplos manifestados por: 1) Diminuição da memória (diminuição da capacidade para aprender novas informações ou recordar informação aprendida previamente); 2) Pelo menos uma das seguintes perturbações cognitivas: a) Afasia (perturbação da linguagem); b) Apraxia (diminuição da capacidade

para desenvolver atividades motoras, apesar da função motora permanecer intacta); c) Agnosia (incapacidade em reconhecer ou identificar objetos, ainda que a função sensorial se mantenha intacta); d) Perturbação do funcionamento executivo (isto é, planeamento, organização, sequenciamento e abstração).

B. Os défices cognitivos indicados nos critérios A1 e A2 têm de causar alterações significativas no funcionamento social e ocupacional da pessoa e representam um declínio significativo em relação a um nível prévio de funcionamento.

C. Tem de existir evidência clara a partir da história clínica ou de exames complementares de que a perturbação é a consequência fisiológica direta de uma afeção médica geral.

D. Os défices não se manifestam exclusivamente durante a evolução de um estado de confusão mental.

Pode-se dividir as etiologias que dão origem à Demência em dois grandes grupos: 1) doenças degenerativas, que geralmente são progressivas e irreversíveis e 2) doenças não degenerativas, que são potencialmente evitáveis ou reversíveis. Nas doenças degenerativas destaca-se a doença de Alzheimer, que representa mais de 50% dos casos de demência e algumas perturbações neurológicas como a demência dos corpos de Lewy, a doença de Parkinson, a doença de Pick e a doença de Huntington (Guerra, 2012). Nas doenças não degenerativas podemos destacar a demência vascular, que representa 20% dos casos de demência, a depressão, o uso de fármacos, infeções (como o VIH), perturbações da nutrição e tumores cerebrais (Guerra, 2012).

Os fatores suscetíveis de provocar demência aumentam com a idade à medida que o declínio da reserva funcional do cérebro diminui a capacidade para tolerar desarranjos fisiológicos (Spar & La Rue, 2005).

Como a perda progressiva de memória é um dos critérios principais da Demência, torna-se importante referir também as Perturbações Mnésicas que se incluem neste grupo. Estas perturbações caracterizam-se por uma perturbação da memória que é devida aos efeitos fisiológicos diretos de um estado físico geral ou aos efeitos persistentes de uma substância (drogas de abuso, medicamento ou exposição a tóxicos) (DSM-IV-TR, 2000).

É de extrema importância que o psicólogo consiga fazer a distinção entre estes dois tipos de perturbações, que apesar de terem a perda de memória como critério essencial para o seu diagnóstico, estas são muito diferentes, tanto etiologia, como em evolução da doença como em tratamento.

O modelo Cognitivo-Comportamental

O modelo cognitivo comportamental concentra-se nos sintomas e pensamentos como sendo o núcleo do distúrbio mental. Observa como se formam e desenvolvem os sintomas e assim mudar comportamentos. O modelo cognitivo descreve como geralmente indivíduos angustiados, apresentam uma percepção distorcida e pensamentos espontâneos, quer verbais ou imaginários, que vão influenciar os seus comportamentos inclusive com reações fisiológicas e emocionais. Este modelo de intervenção permite aos pacientes aprenderem a identificar e avaliar os seus pensamentos automáticos de forma que possam vir a corrigir o seu pensamento. Ao fazê-lo a sua angústia diminui e o seu comportamento é mais funcional, a sua excitação fisiológica diminui. (Tyrer & Steinberg, 2005)

As técnicas do modelo cognitivo são amplamente aplicadas em psicoterapia específica para a depressão, segundo este modelo o substrato psicológico da depressão explica-se por: 1) a tríade cognitiva, 2) esquemas e 3) erros cognitivos. (Beck, et al 1982). A tríade cognitiva consiste na maneira como o paciente se vê a si próprio, o seu futuro e as suas experiências de uma forma idiossincrática. Tudo gira em torno duma visão negativa de si próprio, e não acredita que tem atributos essenciais à obtenção de felicidade. Conceptualizou esquemas específicos negativos. Os erros sistemáticos no pensamento da pessoa deprimida preservam crenças erradas em organizar a realidade.

Este modelo difere bastante dos modelos biológico, psicodinâmico e social. O modelo biológico é normalmente utilizado pela psiquiatria, vê o sintoma como o indicador da patologia, logo o intuito é eliminar ou diminuir o sintoma. O modelo psicodinâmico vê

o sintoma como algo que não deve ser visto como patologia mas sim como uma chamada de atenção para problemas localizados no inconsciente. De nada serviria tratar o sintoma sem ir á raiz do problema. O modelo psicodinâmico foca-se sucintamente na análise do modo de sentir do paciente e como este projeta para a pessoa do analista, as suas emoções, processo chamado de transferência, que por sua vez são devolvidas pelo terapeuta ao paciente, num processo chamado de contratransferência. A vida mental tem um ritmo e uma constância própria, fornecidos por imagens internas, sentimentos e atitudes que compõe a nossa personalidade que por sua vez se alimentam do exterior pela percepção de acontecimentos variados (normais, traumáticos ou terapêuticos). Para estes autores, a clínica deveria aproveitar este modelo para fazer parte duma conexão entre o modelo social e biológico. Sendo que o modelo social em doença mental vê os fatores sociais como sendo os maiores responsáveis pelas causas precipitantes do distúrbio. A título de exemplo, o distúrbio que aparece em reação a um acontecimento traumático de vida. (Tyrer & Steinberg, 2005)

Terapia Cognitivo-Comportamental

Derivada do Modelo Cognitivo-Comportamental, encontra-se a Terapia Cognitivo-Comportamental.

Originalmente esta terapia foi desenvolvida por Beck e os seus colaboradores, em 1979 para o tratamento da depressão unipolar. Tendo em conta as observações realizadas conduzidas com os seus pacientes deprimidos, Beck propôs que os sintomas de depressão deveriam ser entendidos como sendo interpretações enviesadas e irreais do próprio individuo em relação a si mesmo (Knapp & Beck, 2008). Beck acredita na forte influência do pensamento Piagetiano na origem das crenças erróneas. Para este autor o intervalo de tempo entre a formação dos conceitos concretos e abstratos no

desenvolvimento dos indivíduos é, em grande medida, responsável pela criação de crenças irracionais e disfuncionais. Durante os primeiros anos de vida, nas primeiras fases da infância, o ser humano apreende uma grande quantidade de conceitos, recebendo essas informações de forma passiva visto que os conceitos lógico-abstratos ainda não se encontram completamente desenvolvidos (Greenberg & Padesky, 1995). Estes esquemas apreendidos na infância são acionados mais tarde como forma de resposta ao meio. No entanto, em determinadas situações como numa depressão ou numa perturbação ansiosa estes esquemas favorecem a manutenção dos sintomas negativos e o agravamento do quadro clínico (Greenberg & Padesky, 1995).

No tratamento com Terapia cognitivo-comportamental o terapeuta busca, com a colaboração do paciente, identificar os seus esquemas cognitivos envolvidos no quadro da perturbação. Em seguida, e por meio de várias técnicas cognitivas e comportamentais, o terapeuta procura de modo ativo e diretivo facilitar uma abordagem racional ao pensamento do paciente face aos problemas (Clark, 1986).

Sistematizando, a terapia cognitiva-comportamental deriva da junção da terapia cognitiva e da terapia comportamental. A terapia cognitiva tem como principal objetivo a identificação de pensamentos distorcidos, a sua averiguação na realidade e a correção dos mesmos com o intuito de atingir a mudança de crenças disfuncionais que se encontram subjacentes a estes pensamentos distorcidos e irracionais. Para tal utiliza-se diversas técnicas cognitivas, como por exemplo a reestruturação cognitiva e a distração (Wilson & Branch, 2012). Já a terapia comportamental utiliza os princípios de aprendizagem, estabelecidos experimentalmente, para enfraquecer e eliminar comportamentos inapropriados e mal adaptativos. São utilizadas diversas técnicas comportamentais como por exemplo, a exposição ao vivo, dessensibilização sistemática e a prevenção da resposta, etc (Wilson & Branch, 2012). A terapia cognitiva-

comportamental é a designação para a junção da terapia cognitiva e da terapia comportamental. Segundo o modelo cognitivo-comportamental, a psicoterapia deverá atuar sobre os pensamentos originados por uma dada situação estimulante, uma vez que tais pensamentos geram os sentimentos e os comportamentos que caracterizam a relação do indivíduo com o ambiente que o cerca.

Vários estudos e pesquisas mostram que as pessoas recorrem cada vez mais à Terapia cognitiva-comportamental para a resolução de vários tipos de problemas – em particular, para a depressão e a ansiedade. Outros estudos mostram que estas pessoas permanecem saudáveis e livres de perturbação mais tempo quando utilizam esta terapia, o que na prática significa que estas pessoas têm recaídas com menos frequência do que aquelas que optam por outras formas de psicoterapia ou que recorrem apenas ao uso de fármacos. Este resultado positivo é obtido em parte devido aos aspetos psicoeducativos da Terapia Cognitiva-comportamental, já que as pessoas que fazem esta terapia recebem uma boa quantidade de informação que devem ser usadas posteriormente para que cada um se torne no seu próprio terapeuta (Wilson & Branch, 2011).

Devido a estes factos, a popularidade deste tipo de terapia aumenta consideravelmente, onde cada vez mais médicos, psiquiatras e psicólogos são adeptos desta terapia, indicando aos seus doentes este método para a superação dos seus problemas com resultados positivos. Por ser uma terapia tão abrangente, os problemas que esta pode ajudar a superar incluem (Wilson & Branch, 2011): a) Dependência de Substâncias; b) Dificuldade no controlo de Raiva; c) Ansiedade; d)- Perturbação Dismórfica Corporal; e) Síndrome de Fadiga Crónica; f) Dor Crónica; g) Depressão; h) Perturbações Alimentares; i) Perturbação Obsessiva-Compulsiva; j) Síndrome de Pânico; l) Perturbações de Personalidade; m) Fobias; n) Perturbação de Pós-stress Traumático; o) Perturbações Psicóticas; p) Problemas de relacionamento; q) Fobia Social.

Para se perceber de que forma a Terapia cognitiva-comportamental funciona, veja-se o exemplo da Perturbação Bipolar. Esta terapia é uma das mais estudadas e testadas para o tratamento da Perturbação Bipolar. Segundo Neto (2004) os objetivos da Terapia Cognitiva-comportamental para o tratamento de pessoas com Perturbação Bipolar são: 1) Educar pacientes, familiares e amigos sobre a Perturbação Bipolar, o seu tratamento e dificuldades associadas à doença; 2) Ajudar o paciente a ter um papel mais ativo no seu tratamento; 3) Ensinar métodos de monitorização da ocorrência, gravidade e direção dos sintomas maníaco-depressivos; 4) Facilitar a cooperação com o tratamento; 5) Oferecer técnicas não farmacológicas para lidar com pensamentos, emoções e comportamentos problemáticos; 6) Ajudar a controlar sintomas leves sem a necessidade de modificar a medicação; 7) Ajudar a enfrentar fatores de *stress* que podem interferir no tratamento ou precipitar episódios maníacos ou depressivos; 8) Estimular o paciente para que este aceite a doença; 9) Diminuir trauma e estigmas associados à doença; 10) Aumentar o efeito protetor da família; 11) Ensinar habilidades para lidar com problemas, sintomas e dificuldades.

Terapeutas Cognitivos, intervindo junto a indivíduos em processo de envelhecimento, enfatizam a necessidade de uma mudança de perspetiva, inferindo dados a cerca do funcionamento cognitivo, por meio de escutas das suas histórias de vida, que poderão trazer benefícios e melhoras significativas na recuperação afetiva. A velhice e os seus problemas devem ser compreendidos ao mesmo tempo que são explicados. Neymeyer (1987) citado por Gonçalves (2000)

Em contexto hospitalar, onde a permanência do internamento é relativamente curto, torna-se conveniente, aplicar ao paciente uma abordagem focada na solução do

problema. Isto significa o uso de entrevistas estruturadas, de modo que o trabalho com o paciente comece a evidenciar desenvolvimentos psicoterapêuticos logo a partir da primeira sessão. As técnicas da Terapia Breve Orientada para as Soluções (TBOS), ajuda a pessoa a desenvolver uma imagem desejada do futuro em que o problema está resolvido. Explora e amplifica as exceções, forças e recursos do indivíduo para construir um percurso específico da pessoa de modo a tornar a imagem desejada em realidade. Ao longo das sessões estabelece-se uma relação de ajuda tendo como propósito auxiliar numa adaptação mais satisfatória do indivíduo no contexto em que se encontra, otimiza-se os seus recursos pessoais respeitando e seguindo o seu próprio ritmo. Dum modo geral, as principais finalidades passam por promover o bem-estar psicológico, a autonomia pessoal, desenvolvimento de *insight* e estratégias de *coping* (Shazer, 1988)

O processo de *coping* implica um conjunto de estratégias, através das quais os indivíduos irão empreender esforços cognitivos e comportamentais para administrar (reduzir, minimizar ou tolerar) as exigências internas ou externas que surgem da sua interação com o ambiente (Antoniazzi et al., 1998).

O processo de *coping* focado no problema pode ser definido como um esforço desenvolvido pelo indivíduo para alterar ou gerir uma situação que impeça ou bloqueie o caminho para determinados objetivos e que criem *stress*. A função desta estratégia é modificar a relação entre o indivíduo e o ambiente que está a causar situações indutoras de *stress*. (Folkman & Lazarus, 1984).

Shazer (1988) considera a procura das exceções ao problema como uma estratégia de *coping*, são momentos em que o problema não se manifesta ou que, manifestando-se a pessoa consegue lidar melhor com ele. O papel do terapeuta consiste em sinalizar esses

momentos, e ajudar o paciente a aumentar a frequência das exceções. É importante que o paciente veja as exceções como algo deliberado e dentro do seu controlo.

As acções de *coping* podem ser direccionadas internamente ou externamente para reduzir o *stress*. Quando o *coping* focado no problema é dirigido externamente, inclui estratégias tais como negociar para resolver um conflito interpessoal, solicitar ajuda de outras pessoas e procurar informações. Quando o *coping* focado no problema é dirigido internamente, geralmente inclui reestruturação cognitiva, como por exemplo, a redefinição do elemento *stressor* (Antoniazzi et al., 1998).

Por outro lado, o *coping* focado na emoção pode ser definido como um esforço para regular o estado emocional que é associado ao *stress* ou que é resultado de eventos *stressantes* (Lazarus & Folkman, 1984).

A terapia cognitiva de Beck, apresenta uma síntese de alguns dos aspetos da psicanálise e da terapia comportamental clássica. Da parte da psicanálise vem o interesse pela identificação dos temas latentes no pensamento do doente, a identificação das interações entre afetos e comportamentos e a génese histórica dos esquemas cognitivos. Da terapia comportamental, vem a estruturação das sessões, a definição de objetivos terapêuticos. Mas a transferência, no sentido estrito do termo, não é um elemento essencial no processo terapêutico e, caso ocorra, é, em geral, desencorajada ou ignorada, uma vez que, inclusive, se arrisca a perturbar o desenrolar do tratamento.(Cotraux & Matos, 2007)

A terapia Cognitiva-Comportamental foi concebida para ser breve e de tempo limitado. Para tal são estabelecidos objetivos muito concretos e datas para os atingir. O objetivo do terapeuta é estimular o paciente para que seja o mais autónomo possível na resolução dos seus problemas à medida que as sessões avançam. (Allen, 1999)

Metodologia

Toda a intervenção psicológica nos pacientes deverá ser acompanhada por um método e prática clínicos, que serão ajustados às necessidades de cada um, e contribuirão para o melhoramento do estado emocional e psíquico. (Aguiar, 2001)

Em Psicologia Clínica, permite-se constituir o corpo de saber da disciplina, viabilizando a aplicação desse saber no nível do diagnóstico e da intervenção. Aguiar (2001) citando Huber um psicólogo belga, que contextualiza a intervenção psicológica, como em toda ciência genuinamente aplicada, fazendo-se em dois tempos distintos. No primeiro nível situa-se a pesquisa: 1) o estudo de caso, 2) o estudo correlacional, 3) o estudo normativo, 4) a experimentação, 5) as estatísticas e os planos experimentais. No segundo nível situa-se o diagnóstico e a avaliação clínica, ele cita 1) a entrevista diagnóstica, 2) os testes mentais, 3) a observação. (*iden*)

Participantes

A intervenção psicológica individual realizada no decorrer do estágio académico abrangeu três pacientes do género feminino, duas senhoras com a idade de 75 anos e uma outra de 63, internadas à data na CPSJ, na Unidade 2 destinada ao curto internamento. Na descrição das sessões constam nomes fictícios das participantes de modo proteger a respetiva identidade e privacidade.

Procedimento

Os casos apresentados neste relatório estão enquadrados num processo terapêutico de sessões individuais enquadrado no modelo da Teoria Cognitivo-Comportamental e que incluem as seguintes etapas: a) Contacto inicial - estabelecimento de uma relação de colaboração (uma aliança terapêutica): identificação de problemas emocionais, cognitivos e comportamentais que motivam a procura pelo doente, a identificação do “pedido terapêutico”; b) Diagnóstico psicopatológico - classificação segundo o DSM-IV-TR (APA, 2000); c) estudo dos objetivos e da motivação para o tratamento - o terapeuta tem de identificar os motivos pelos quais o doente vem à consulta e o que ele deseja modificar na sua vida pessoal e relacional. O terapeuta deve também avaliar motivação para a mudança. d) Análise funcional -avaliar as interrelações entre comportamento, emoção e cognição, bem como as relações sociais do doente e sua importância na situação problema; e) Escalas de Avaliação f) Partilha do processo terapêutico - Explicação do problema psicológico e das técnicas que serão utilizadas para assegurar a mudança dos comportamentos, das emoções, dos pensamentos e das relações sociais. g) Hipóteses - estabelecimento de hipóteses com o doente sobre o(s) problema(s) e estabelecer prioridades (por onde começar). h) Processo gradual - estabelecimento de uma hierarquia dos níveis do(s) problema(s), utilizando unidades subjectivas de perturbação. Pode p.ex. estabelecer-se um “termómetro” do medo que vá de 0 a 100 e que permita ao doente situar-se e classificar o seu medo face a uma determinada situação e isso vai permitir que o doente seja envolvido no processo do seu tratamento; i) Autonomia, participação e competência individual - desenvolvimento de competências de auto-cura, auto-gestão, auto-controlo, auto-

monitorização; j) Avaliação - avaliação dos resultados do tratamento face a uma linha de base. Sempre que possível, o doente é também envolvido nessa avaliação, e, por vezes, a sua família. l) Manutenção e generalização - preconizam-se programas de manutenção, monitorização, generalização e acompanhamento a curto, médio e longo prazo (durante pelo menos um ano). (Cottraux & Matos, 2007)

A Entrevista

O modelo de entrevista que foi aplicado nos estudos de casos apresentados neste relatório, esta subjacente ao modelo Cognitivo Comportamental conforme é referido por Gonçalves (2000) , o tipo de questões são fechadas e/ou semi diretivas, para avaliar três áreas distintas :1) a razão da consulta, expectativas do sujeito e relação estabelecida. 2) avaliação do funcionamento global, funcionamento familiar, educacional, profissional, de saúde, tarefas desenvolvimentais, competências sociais 3) A área problemática avaliando os antecedentes e consequentes e conceptualização comportamental.

O Diagnóstico psicopatológico é centrado nos parâmetros do DSM-IV. No final é apresentado ao paciente um plano terapêutico. Este modelo tem a vantagem de se obter numa maneira mais rápida uma avaliação standardizada. Os objetivos da intervenção bem como o plano da mesma são definidos consoante a particularidade do caso A entrevista pode diferir se o contexto for uma intervenção na crise. Neste caso a entrevista decorrerá no sentido de acalmar o cliente e devolver o discernimento e a entrevista deverá ser mais diretiva. (*Iden*)

Instrumentos

Nesta Instituição a avaliação psicológica utilizando provas psicológicas, efectua-se em caso de necessidade ou quando solicitada pelo médico psiquiatra de referência do utente, pretendendo assim avaliar *deficits* psicológicos e determinar a sua natureza. Na elaboração dum diagnóstico pretende-se saber qual a origem ou o tipo de problemas de foro psicológico que afectam o utente asseverando ou refutando as hipóteses iniciais, para assim garantir um plano terapeutico adequado. Neste sentido passa-se a descrever os instrumentos utilizados nas intervenções efectuadas :

SCL 90

O *Symptom Checklist-90 – Revised* (SCL-90-R) de Derogatis (1977, 1983), é um questionário de autorrelato de natureza multidimensional que tem como objetivo fazer uma avaliação direcionada para os padrões de sintomatologia clínica. (Derogatis, 1983 cit in Soares, 2007).

Este instrumento foi desenvolvido por Leonard Derogatis a partir de estudos anteriores usando um outro instrumento de avaliação, o *Hopkins Sympton Cheklist* de Derogatis, Lipman, Rickels, Unlenhuth e Covi (1974) e foi publicada a primeira vez em 1975 (Laloni, 2001).

O SCL-90-R tem sido usado por psiquiatras e psicólogos clínicos na área da saúde mental, em ambientes médicos e educacionais e com pressupostos de investigação científica e pesquisa. Pode ainda ser utilizado como um instrumento de avaliação, ou seja, para medir o grau de intensidade do sintoma e a sua dimensão de forma a documentar altas e avaliações pré e pós terapêuticas (Laloni, 2001).

O SCL-90-R foi concebido para refletir o nível dos sintomas psicopatológicos dos pacientes. As características do teste são medidas dos níveis de sintomas psicopatológicos atuais, não se tratando de uma medida de personalidade (Laloni, 2001).

Este instrumento é composto por 90 afirmações que descrevem sintomas ou queixas diversas. É um inventário de autorresposta que tem como objetivo avaliar os sintomas psicológicos em populações médicas e psiquiátricas mas também em populações onde não existe qualquer tipo de perturbação emocional. O SCL-90-R tem sido utilizado no estudo das perturbações psiquiátricas e pretende avaliar a presença de psicopatologia e mal-estar psicológico (Machado, Gonçalves, Machado, Henriques, Brandão, Roma-Torres, 2005).

O SCL-90-R é constituído por 90 itens que são cotados recorrendo a uma escala de *Likert*, de cinco pontos, que vai do zero (correspondente a “Nunca”) até quatro (“Extremamente”), que diz respeito aos diferentes níveis percebidos de mal-estar. A cotação e a interpretação do SCL-90-R é feita tendo em conta nove dimensões primárias e três índices globais. As nove dimensões primárias são: somatização (12 itens), obsessões/compulsões (10 itens), sensibilidade interpessoal (9 itens), depressão (13 itens), ansiedade (10 itens), hostilidade (6 itens), ansiedade fóbica (7 itens), ideação paranoide (6 itens) e psicoticismo (10 itens). Para além destas medidas, o SCL-90-R apresenta três índices globais de gravidade que são medidas complementares que se relacionam com aspetos do mal-estar psicológico e o estatuto psicopatológico geral, representando aspetos diferentes de psicopatologia. Assim, o *Índice geral de sintomas* (IGS) combina a informação do número de sintomas com a sua intensidade, o *Número de Sintomas positivos* (NSP) indica o número de sintomas presentes e o *Índice de*

sintomas positivos (ISP) é uma medida da intensidade ajustada para o número de sintomas presentes.

Segundo Laloni (2001), a escala deve ser introduzida ao indivíduo de uma maneira positiva e informativa de modo a mostrar a importância da avaliação psicológica e a relevância dos dados para a apreciação da saúde individual e do potencial tratamento. Tendo em conta o manual do SCL-90-R, este instrumento deve ser apresentado ao paciente por entrevistadores clínicos treinados, enfermeiros ou técnicos. A sua apresentação deve ser breve (1 ou 2 minutos) e o aplicador o instrumento deve ser capaz de lidar facilmente com qualquer questão que possa surgir por parte do indivíduo.

No que diz respeito as características psicométricas do SCL-90-R, e de acordo com Degoratis & Lazarus (1994, cit. in Soares, 2007), este apresenta uma boa consistência interna, apresentando níveis de consistência interna avaliados pelo alfa de *Cronbach*, que variam entre 0.84 (sensibilidade interpessoal) e 0.90 (depressão). A estabilidade temporal avaliada pelo método de teste-reteste, num intervalo de uma semana, apresentou valores de correlação que variaram entre 0,80 (Hostilidade) e 0,90 (Ansiedade) (Degoratis & Lazarus, 1994, cit. in Soares, 2007).

A versão portuguesa deste questionário foi feita por Baptista (1993), tendo o estudo psicométrico obtido valores elevados de consistência interna, o Alfa de *Cronbach* variou entre 0.74 e 0.97, e a consistência teste-reteste os coeficientes alfa encontrados foram de 0.78 e de 0.90. Verificou-se assim a estrutura dimensional derivada clinicamente e foi demonstrada a sua invariância através do sexo (Derogatis & Cleary, 1977, cit in Baptista, 1993). Assim, e a nível global, pode-se afirmar que o instrumento apresenta uma boa consistência interna a nível global.

WAIS-III

A WAIS, Escala de Inteligência de Wechsler para Adultos foi editada pela primeira vez em 1958 por David Wechsler (Nascimento, 1998)

Esta escala tem como objetivo investigar o desempenho intelectual de adolescentes e adultos.

Antes de explicar com mais pormenor este instrumento é necessário descrever a noção de inteligência para o seu autor. Para Wechsler a inteligência refere-se à capacidade conjunta ou global que o individuo tem para agir com um propósito, pensar racionalmente e lidar de forma efetiva com o meio que o rodeia. Considerava a inteligência como sendo global por ser composta de habilidades qualitativamente diferentes, mas não sendo inteiramente independentes entre si (Nascimento, 1998).

Esta prova é constituída por onze sub testes, divididos em duas escalas: escala verbal com seis testes e escala de realização com cinco testes, sendo que estas duas escalas podem ser aplicadas em conjunto ou separadamente com tempo médio de aplicação de 90 minutos.

É cotando o desempenho do individuo em cada teste que se acede ao Q.I. verbal, o Q.I. de realização e o Q.I. total.

Lopes, Wendt, Rathke, Senden, Silva & Argimon, 2012 descrevem da seguinte maneira cada um dos sub testes da Escala Verbal: a) Informação: esta prova foi elaborada com base nas ideias de que a informação é um indicador de capacidade intelectual; os indivíduos mais inteligentes possuem uma gama de interesses mais ampla, maior curiosidade e procuram maior número de estímulos mentais. Este sub teste é útil para o diagnóstico de dimensões de personalidade. Além disso, tem como função a retenção, a associação e organização da experiência; b) Memória imediata de números: nesta prova

o examinando tem que repetir várias séries de números depois de as ouvir uma vez. O comprimento das séries varia entre três e oito números (ordem inversa) e nove dígitos (ordem direta). Este sub teste é utilizado na detecção da deficiência mental. Fraca memória de dígitos, principalmente na ordem inversa, aparece, normalmente, em pessoas que não são capazes de manter a atenção necessária quando deparados com problemas mais complicados; c) Vocabulário: este sub teste é constituído por quarenta palavras ordenadas em ordem crescente de dificuldade. A partir desta prova podem ver-se os processos de pensamento (profundidade de análise, subtilezas de significado, antecedentes culturais, definições bizarras) e, nalguns casos, sentimentos, emoções e valores; d) Aritmética: com esta prova pretende-se avaliar o “estado de alerta mental”. Segundo Weschler os conhecimentos necessários, para realizar este tipo de prova, são elementares; e) Compreensão: este sub teste é constituído por situações problema, relativamente às quais o examinando deve compreender todos os aspetos implicados e fornecer respostas adequadas aos problemas propostos. O êxito deste sub teste parece estar associado ao grau de informação que a pessoa possui e à aptidão para avaliar e utilizar a experiência. Este tipo de prova visa avaliar os processos de pensamento, emoções e sentimentos dos examinandos; f) Semelhanças: neste sub teste há doze conjuntos de palavras emparelhadas, que o examinando tem que dizer quais as palavras de cada par que são semelhantes.

Os mesmos autores, sistematizam da seguinte maneira os testes para a Escala de Realização (Lopes *et al.* 2012): a) Completamento de Imagens: nesta prova há quinze cartões, cada um com uma gravura incompleta num pormenor. O examinando tem que apontar para cada gravura o detalhe que falta. Algumas figuras são muito simples para uma pessoa vulgar, no entanto, há outras em que as deficiências são mais subtis; b) Ordenação de Imagens: aqui há oito séries de gravuras. Cada uma das séries é

apresentada ao examinando de forma desordenada, e é-lhe pedido que ordene as gravuras de forma a representarem uma história. Este tipo de teste mede a aptidão de compreensão e de análise de uma situação total, sem recorrer à linguagem; c) Cubos: nesta prova há oito cubos todos iguais, que são utilizados para reproduzir determinados desenhos. Nos cubos duas faces são vermelhas, duas brancas, duas metades brancas e duas metades vermelhas. Esta divisão está feita em diagonal. O desempenho nesta prova é facilitado e superior quando o examinando é capaz de verbalizar as suas análises e as suas sínteses; d) Montagem de Objetos: para a realização desta prova são necessários quatro cartões que representam objetos familiares cortados em vários bocados. O examinando tem que juntar os vários pedaços dos objetos para obter um todo. Para a realização desta prova é necessário requerer perceção das partes para a sua construção num todo significativo; e) Código: aqui há nove retângulos divididos. Na parte superior de cada retângulo há um dígito e na inferior um símbolo. O examinando tem que, nesta prova, inscrever o símbolo correspondente a cada algarismo. Este teste requiere a associação de símbolos, implica velocidade e precisão de realização e memória visual. Devido a riqueza de testes, que abarcam um grande número de fatores de inteligência, pode-se afirmar que o WAIS é um dos testes mais importantes para a avaliação clínica da capacidade mental de adultos com idades compreendidas entre os 16 e os 89 anos.

MMSE

O *Mini-Mental State Examination* (Teste de Estado Mental Cognitivo) foi desenvolvido por Folstein et al. (1975) sendo um dos instrumentos mais utilizados no rastreio do declínio cognitivo em pacientes geriátricos. Este teste investiga a orientação temporal e espacial, a memória de curto prazo (imediate ou atenção) e evocação, o cálculo, praxia e habilidades de linguagem e viso-espaciais. É importante referir que apesar deste ser

teste ser utilizado para aceder ao declínio cognitivo dos doentes, este não pode ser utilizado para diagnosticar demência (Gonçalves, 2006)

A sua aplicação é relativamente fácil e rápida, geralmente entre os cinco e os 15 minutos e consiste num questionário de avaliação do funcionamento cognitivo cotando as funções já referidas em cima. Este instrumento é composto por 30 questões, às quais é atribuído um ponto por cada resposta correta, perfazendo um total final máximo de 30 pontos (Gonçalves, 2006).

Para a orientação espacial e temporal (habilidade de situar-se corretamente no tempo e no espaço onde se encontra) pode-se dar o exemplo da pergunta *em que data estamos?*; para a retenção e memória a curto prazo e consolidação de informações novas pede-se um seguinte exercício: *vou dizer 3 palavras e gostava que as repetisse*; para a atenção e cálculo (a capacidade de atingir um grau de concentração para responder a perguntas de cálculos e memória operacional) pede-se que o cliente faça o seguinte exercício: *peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3*; a evocação, que diz respeito à capacidade de ir buscar informação à memória, consistindo assim num esforço intelectual: *veja se consegue dizer as palavras que disse à pouco*; para a área da linguagem, onde a memória semântica, o conhecimento geral sobre o mundo, dos fatos e das palavras é acedido, costuma-se colocar, por exemplo, a seguinte questão: *como se chama isto?* (apontando para um objeto do dia-a-dia); e por fim a habilidade construtiva que é a operação cognitiva da perceção, pede-se ao doente que, por exemplo, *copie um desenho*.

O ponto de corte usado com mais frequência para sugerir défice cognitivo é 24 pontos (Tombaugh & McIntyre, 1992). No entanto o ponto de corte passou a ser adaptado conforme o grau de escolaridade, pois pessoas com baixa escolaridade não podem ser comparadas com indivíduos com escolaridade mais elevada (Spar e La Rue, 2005) de

modo a não se gerar falsos positivos em indivíduos com escolaridade mais elevada (Murden, McRae, Kaner, & Bucknam, 1991).

A adaptação para a população portuguesa foi realizada em 1994 por Guerreiro e seus colaboradores. Para a população portuguesa os pontos de corte encontrados para se considerar estar perante alguém com um défice cognitivo, ocorrem quando a pontuação é menor ou igual a 15 pontos para iletrados, 22 pontos para indivíduos com 11 anos ou menos de escolaridade e 27 pontos para indivíduos com mais de 11 anos de escolaridade (Gonçalves, 2006). Apresenta um alfa de Cronbach de 0,89 (Guerreiro et al., 1994) e uma elevada fidedignidade teste-reteste e boa concordância inter-avaliadores. (Guerreiro, 2010)

CASOS CLÍNICOS

A intervenção psicológica individual realizada no decorrer do estágio, abrangeu três pacientes do género feminino, internadas na Unidade 2 da CPSJ, destinada ao curto internamento. Na descrição das sessões constam nomes fictícios das participantes de modo proteger a respetiva identidade e privacidade

Estudo de Caso (A) - Unidade 2

Dados Pessoais

Nome: Célia (Nome fictício); Idade: 75 anos; Escolaridade: sabe ler e escrever; Naturalidade: Norte de Portugal; Profissão: reformada; Estado civil : casada; Filhos: 3 (2 rapazes e 1 rapariga)

Número de Sessões Efectuadas: 6 com duração de uma hora cada

Motivo do internamento: Internada à 1 mês na CPSP, sendo este o segundo internamento nesta Clínica. Sente-se muito triste, sem forças para nada. Dificuldade em manter o sono, sempre com a sensação de não ter dormido bem. Não lhe apetece limpar a casa, não quer sair de casa, nem lhe apetece tomar banho. Sente um grande vazio interior. Quando tem muitas dores grita compulsivamente. A família e vizinhos ficam bastante perturbados. Também têm osteoartroses nas pernas o que lhe provoca dores e muito mal estar quer sentada quer em pé. Desde a adolescência que se sente sempre muito ansiosa e sempre preocupada com a vida. Está medicada com anti-depressivos, analgésicos e anti-inflamatórios. O discurso é coerente, com poucas falhas de memória. Chorou várias vezes durante a consulta.

1ª Sessão

Objetivos: Apresentação e recolha de dados

Exame Psicopatológico:

Aparência: cuidada

Atitude: bastante ansiosa e preocupada

Consciência: vigília

Orientação: dentro dos parâmetros normais

Atenção: alguma diminuição na atenção ativa

Memória: sem alterações significativas

Pensamento: organizado

Discurso: normal mas de conteúdo auto-depreciativo, manifestando inquietude em relação á sua saúde e sem esperança no futuro, apesar de preferir morrer do que sentir o vazio interior que a faz “paralisar”, não mostra intenção suicida.

História Clínica:

De acordo com informações recolhidas no seu processo clínico, a paciente está diagnosticada com perturbação depressiva major. Os sintomas depressivos surgiram após o casamento, fez dois internamentos, um deles por ter ingerido grande quantidade de analgésicos. Depois da morte do filho, tudo pareceu sem sentido, num turbilhão de emoções onde a irritabilidade e a retroversão tornaram-se os meios comunicação referenciais. Fez um terceiro internamento. Há três anos que sofre de colite de origem

nervosa associada a uma dor crónica com ausência de resposta ao tratamento. A sua persistência, provoca-lhe um aumento da ansiedade e da tensão associadas à dor, o que pode implicar uma consequente perda de controlo e esperança. Em 2010, fez o quarto internamento psiquiátrico sendo este o primeiro na CPSJ, com queixas de muitas dores abdominais e sentimentos de muita tristeza que a impossibilitavam de fazer a sua vida normal diária.

História de Vida:

É a quinta filha de nove irmãos. Teve uma infância com carências económicas, trabalhava no campo, nunca pode frequentar a escola. Aos 16 anos veio para Lisboa trabalhar como empregada doméstica, mas não se adaptou e voltou para a terra natal, lembra-se da mãe ser uma pessoa doente, mas não soube dizer qual o tipo de doença. Aos 19 anos conhece o marido e casa aos 26 anos, vem viver para Lisboa onde aprende a ler escrever e fazer contas mas não se sente muito à vontade nesta área. Teve 3 filhos. O filho do meio morreu há 14 anos, tinha 33 anos e deixa dois filhos órfãos. Acha que já não anda a fazer nada neste mundo.

Dados da família significativa:

A morte do filho foi uma tragédia difícil de superar, Tem muito apoio do marido, que está atualmente reformado, diz que é um “santo”. Gosta muito dos filhos e tem muito apoio deles. Estão ambos a trabalhar. Não gosta da nora, porque trata mal o filho. Gosta muito dos 9 netos, mas não tem paciência para eles, fazem muito barulho quando vão lá a casa e deixam tudo desarrumado. Quanto ao relacionamento com os irmãos diz que é bom mas não os pode ir visitar porque se cansa muito quando anda de automóvel. Telefonam-se várias vezes.

Atividades e lazer:

Não vê televisão, porque não pode estar sentada muito tempo por causa das dores; Gosta de música principalmente fados, mas não ouve rádio, o barulho incomoda-a . É católica, gosta de rezar o terço mas acompanhada; Gosta de fazer tricot, vai fazendo pouco porque as osteoartroses nas mãos não permitem. Nas atividades ocupacionais da clinica não gosta de trabalhos manuais porque treme muito das mãos e «enerva-se»;

Expectativas

Perante a minha questão sobre o que esperava do internamento a paciente manifestou o desejo de: a) Deixar de sentir as dores para poder ajudar os filhos nalgumas tarefas; b) Deixar de sentir o grande vazio interior;

Diagnóstico

Segundo o manual DSM-IV-R, (2000) os sintomas depressivos apresentados por esta Utente apontam para um diagnóstico de depressão distímica que se vem prolongando no tempo mas também com aparecimento de vez enquanto de sintomas depressivo major, associada a uma personalidade ansiosa e de preocupação excessiva.

Objetivos Terapêuticos: a) Reconhecer, aceitar e lidar com a ansiedade e sentimentos depressivos; b) Promover os recursos existentes; c) Reorganização emocional em relação á perda do filho; d) Desenvolver padrões cognitivos e crenças saudáveis que a levem ao alívio de sintomas e ajudem a prevenir a recaída de sintomas depressivos.; e) Preparar a alta

Evolução terapêutica:**2ª sessão**

Objetivos : a) Estabelecer a relação terapêutica; b) Avaliar as dificuldades da gestão dos sintomas;c) Discutir as vantagens das sessões de psicologia;

Perguntei como tem passado ao longo da semana e a Utente refere que não há momentos do dia específicos em que os receios não estão presentes

“ eu já não presto para nada, nem a roupa consigo passar a ferro ”

Nesta sessão falou-se do “papel de doente” visando aliviar a paciente das obrigações de dona de casa, percebidas como acima de suas capacidades durante o episódio depressivo, evitando que se sinta ainda mais culpada por não as poder desempenhar como antes da doença. A paciente identificou algumas actividades que pode fazer em casa em alternativa a ir para a cama, sentiu a necessidade de se reorganizar para que possa tirar resultados positivos na sua vida.Preparamos a paciente para o primeiro fim de semana em casa, falando dos pontos altos e baixos que poderá enfrentar.Fez-se um treino de respiração abdominal, como técnica a recorrer sempre que surgirem sintomas de ansiedade.

3ª sessão

Objetivos: a) Fazer uma avaliação do fim de semana passado em casa; b) Identificar as relações interpessoais mais significativas na vida do paciente.

“os meus filhos e os netos foram almoçar gostei de os ver mas não consegui fazer nada em casa e eles não percebem que eu já não posso...”

E agora vou ter mais um neto no fim do ano, como vai ser a vida do meu filho?... E eu que não o posso ajudar!...

A paciente falou também do filho que perdeu, da dor que ainda sente e quanto isso abalou a estrutura familiar.

“a minha filha também sofre de depressão só que ela é mais forte do que eu....”

Pedi à paciente que verbalizasse essa dor, ao facilitar a expressão dos sentimentos associados à perda visa-se uma melhor elaboração da perda e validei o seu sentimento de angústia.

Perguntei à paciente como têm decorrido os dias aqui na Clínica:

“Tenho vontade de gritar quando acordo de manhã com dores no corpo, mas reconheço que isso não me vai tirar as dores....”

Fez-se um longo silêncio a seguir a esta afirmação, pois o silêncio neste momento vai permitir à paciente refletir interiormente sobre aquilo que disse.

A sessão acabou com a paciente menos ansiosa

4ª sessão

Objetivos:

Começar a preparar a alta da paciente

A pedido da orientadora, confrontar a paciente com a “pergunta do milagre”

Nesta sessão a paciente voltou ao registo das preocupações e ansiosa. Disse que não foi a casa no fim de semana, porque não estava em condições para estar com os netos e

vem descrente em relação à medicação que está a fazer na clínica, pedi que se explicasse melhor:

“Acho que os medicamentos não são os mesmo, pois do primeiro internamento em 2010, saí como nova e tinha muita esperança de agora acontecer o mesmo , mas não está acontecer” ...

Confrontei a paciente com a “pergunta do milagre”. Esta pergunta permite ajudar os pacientes a identificar soluções e recursos que já possuem, assim como definir objetivos realistas para eles próprios e para a terapia. Através desta pergunta, os clientes vão usar a sua imaginação para descrever, com algum detalhe, como serão as suas vidas na ausência do problema (Shazer, 1988)

- D. Célia suponha que acontece um milagre na sua vida e um dia acorda sem nenhuma dor, o que acha que mudaria na sua vida?

“...não ia acontecer nada porque ia ficar à mesma com a colite ...”

Perante esta resposta verifica-se quanto a paciente está longe de querer colaborar para uma solução. Reformulei a resposta e devolvi à paciente:

- D. Célia esta a querer dizer que não acredita em milagres e que é a senhora por si que vai conseguir dar a volta!...

“Vale mais morrer, que eu não tenho coragem para me matar mas se Deus me levasse era um favor que me fazia”

Em quase todas as sessões proferia esta frase.

Pedi-lhe para que se foque nas sensações corporais, na localização física da sua ansiedade relatando os pensamentos e sentimentos que surjam (Wolfe, 2005).

Culpabiliza-se por não poder ajudar em casa como fazia dante, as dores não deixam.

Propus algum trabalho de casa para trabalharmos na próxima sessão: refletir sobre a importância do empenho pessoal para que possam surgir progressos terapêuticos.

5ª sessão e 6 sessão

Objetivos: a) Preparar a alta; b)Prever aspetos positivos e negativos da alta ; c)reflexão sobre soluções para as possíveis dificuldades que venham a surgir.

Identificamos alguns problemas de comunicação entre ela e o marido e reformulamos a maneira de como melhorar a comunicação. Validamos os aspetos positivos das relações interpessoais e familiares salientando quanto é importante a retoma da afetividade para os que lhe são queridos. Realçamos a importância do empenho pessoal nos progressos terapêuticos.

Na última sessão pedi que fizesse um balanço dos progressos feitos ao longo do internamento. Foi feita a pergunta da escala em relação às suas expectativas com o internamento desde que veio para a clínica. Respondeu que foi positivo. Identificamos atitudes que tem na clinica e não tem em casa (Exceções) Foram feitos elogios aos progressos feitos uma vez que a paciente tem noção do que pode ser melhorado.

Resultado da Intervenção e conclusões:

Neste caso em particular não houve necessidade de aplicar nenhum dos instrumentos para rastreio do declínio cognitivo,

Na evocação de memórias de história de vida procura-se identificar exceções aos problemas e deste modo incentivar a amplificação das exceções ao problema, contribuindo para o processo de formação e consolidação das soluções conforme refere Shazer, (1988), qualquer mudança ou diferença no comportamento pode ser suficiente para que o indivíduo fique mais satisfeito. Além disso, qualquer mudança pode levar, progressivamente, a mais mudança e satisfação.

.Ao longo das sessões o discurso da paciente apresentava cognições negativas que segundo Beck (1979) são explicadas pela ativação de crenças disfuncionais subjacentes, aprendidas, construídas e mantidas, de forma inconsciente, desde a infância. Foi difícil a adesão da paciente às sessões de psicologia, apresentou uma postura de desresponsabilização do seu próprio tratamento assumindo que o mesmo se fundamenta essencialmente na toma de fármacos. Apresentou resistência á aceitação do vínculo da doença com aspetos emocionais pelo que foi proposto a continuação dum suporte psicoterapêutico após a alta.

Estudo de Caso (B) - Unidade 2**Dados Pessoais:**

Nome: Delfina (Nome fictício); Idade: 75 anos ; Escolaridade: Licenciatura em Românicas; Naturalidade: Açores; Profissão : reformada, Estado civil : viúva; Filhos: 2 filhas (44 e 39 anos) tevemais dois filhos que morreram á nascença.

Número de Sessões: 16 sessões com duração de uma hora cada

Motivo do internamento:

Internada há 1 semana na CPSJ com o diagnostico de perturbação bipolar.Sente-se muito triste e não sabe qual a razão. No fim do ano transato fez uma cirurgia para ablação dos ovários. Os sintomas depressivos agravaram-se após a intervenção cirúrgica. Esteve uma semana sem falar.Deu uma queda em casa e tem queixas de dores na zona da anca.A filha mais nova (solteira) desempregou-se para cuidar da mãe, mas está a entrar em *burnout.*, segundo diz, a mãe é muito apelativa. Este internamento foi a pedido da filha com intuito de aliviar a pressão a que tem estado sujeita como cuidadora.

Exame Psicopatológico:

Aparência: cuidada

Atitude: olhar vago e apático

Consciência: vigília

Orientação: alguma desorientação temporal e espacial.

Atenção: diminuição na atenção ativa

Memória: com algumas alterações na memória recente e na evocação

Pensamento: lentificado

Discurso: conteúdo auto depreciativo, manifestando inquietude em relação á sua saúde contudo não mostra intenção suicida.

Marcha: dificuldade na marcha

História Clínica:

É seguida na consulta de psiquiatria há vários anos desde que lhe foi diagnosticado uma perturbação bipolar . Toma medicação adequada à perturbação. Tem distúrbios do sono, nomeadamente dificuldade em adormecer e sono agitado. Há dois anos fez exames neuropsicológicos e um TAC crânio encefálico .Os resultados foram normais. Foi operada aos ovários em Dezembro e no pós operatório ficou sem falar durante uma semana. Não lhe foi dado uma explicação para esta situação. Ficou muito afetada psicologicamente. Até ser operada fazia a sua vida normal. Agora esta muito dependente da filha mais nova. Na clínica não gosta de socializar com outras utentes e isola-se no quarto sempre que pode.

História de Vida:

Nasceu nos Açores, no seio duma família de classe média-alta. É filha única. Tirou um curso superior de Letras em Lisboa e nesse tempo viveu numa residência universitária. Começou a dar aulas de Francês. Não se lembra com que idade casou. O marido era diplomata. Tem 2 filhas uma de 44 anos outra de 39. Teve mais dois filhos que morreram à nascença. Viveu em vários países por causa da profissão do marido. Tem 8 netos da filha mais velha que vive no Brasil. A mais nova é solteira e sem filhos

e vivem juntas na zona da grande Lisboa. Ficou viúva há 8 anos. Há seis anos que a filha mais velha não vem a Portugal. Contudo falam-se via Skype. Os primeiros episódios depressivos surgiram quando soube que o marido lhe era infiel, na época vivia no Brasil (Rio de Janeiro). Sofreu em silêncio porque não tinha ninguém em quem confiar e estava longe da família. Não soube dizer o ano em que este episódio ocorreu. Voltou-se para as medicinas alternativas, vegetarianismo e praticas de Tai-Chi e Yoga, que a faziam sentir-se “*fantástica*” e “*cheia de energia*”

Dados da família significativa:

O marido faleceu há 8 anos. Os pais também já faleceram não soube dizer quando. A Filha mais velha tem 44 anos é casada, tem 8 filhos e vive no Rio de Janeiro, não é muito dada a afetos, sai ao Pai segundo o relato da Utente. A filha mais nova tem 39 anos, solteira sem filhos, agora está desempregada, sempre viveu com a Mãe. Também é vegetariana, pratica Yoga e pertence a uma associação ambientalista.

Expectativas da Utente

Perante a minha questão sobre o que esperava do internamento e das sessões de apoio psicológico a paciente manifestou o desejo de: 1) Voltar rápido para casa porque não vê razão para o internamento. Sente que está diferente e muito triste mas acha que é uma situação passageira motivada pela cirurgia aos ovários; 2) Queria saber qual a razão porque deixou de falar no pós-operatório em dezembro passado, acontecimento muito *misterioso* e que a deixou muito angustiada.

Hipótese de Diagnóstico:

A utente parece apresentar os critérios para uma perturbação Bipolar II, segundo o manual DSM-IV-R, observa-se no historial clínico mais do que um episódio

depressivo major, assim como episódios hipomaníacos. A perturbação do humor e a mudança de funcionamento são observáveis pelos outros. Contudo ao longo das sessões observou-se uma lentificação psicomotora associada, que convém ser mais explorada, conforme se pode ver na tabela 3.

Tabela 3:

Caraterísticas clínicas que contribuem para o diagnóstico diferencial entre depressão com défices cognitivos e demência (Forlenza & Nitrini, 2001)

| Demências com sintomas depressivos | Depressão com défices cognitivos |
|---|----------------------------------|
| Início insidioso | Início Agudo |
| Sintomas geralmente de longa duração | Sintomas de curta duração |
| Flutuações do humor e de comportamento | Humor persistentemente deprimido |
| Justificativas dos erros cometidos | Respostas tipo “não sei” |
| Minimização dos défices pelo paciente | (Hiper) valorização dos défices |
| Défices cognitivos relativamente estáveis | Flutuação dos défices cognitivos |

Objetivos Terapêuticos:

Face ao exposto e seguindo a metodologia já mencionada, foi proposto à Utente: 1) Recuperar afetividade e auto – estima; 2) Promover os recursos existentes; 3)Resgatar e recuperar memórias valorizando as suas histórias pela narração da memória autobiográfica; 4) Aplicar os instrumentos de avaliação MMSE , SCL-90 R , e TDR; 5) Preparar a alta

Evolução terapêutica

1ª e 2ª sessão

Objetivos: Apresentação e recolha de dados

A recolha de dados foi uma tarefa difícil e demorada, devido à lentificação do pensamento e do discurso, juntamente com a relutância que a paciente demonstrou em falar da sua vida pessoal.

3ª sessão:

Objetivos:

- Aplicar instrumentos; MMSE, SCL-90 R e TDR- teste do desenho do relógio

Tanto a depressão quanto a demência causam lentificação psíquica, apatia, irritabilidade, descuido pessoal, dificuldades na concentração e memória, e mudanças no comportamento e personalidade. Além disto, a depressão pode ser um sintoma da demência e, não raramente, ambas as situações coexistem (Raskind, 1998) citado por Forlenza (2005).

O psicólogo clínico poderá sentir necessidade de aplicar provas psicológicas ao sujeito, para obter um maior conhecimento do paciente, confirmar as hipóteses de diagnóstico e vir a construir um plano de objetivos terapêuticos, melhor fundamentados. (Guillevic & Vautier, 2001), neste sentido houve necessidade de aplicar a esta paciente as seguintes provas: 1) MMSE- Mini-Mental State Examination (Teste de Estado Mental Cognitivo) foi desenvolvido por Folstein et al. (1975) sendo um dos instrumentos mais utilizados

no rastreio do declínio cognitivo em pacientes geriátricos; 2) SCL-90-R Symptom Checklist-90 – *Revised* (SCL-90-R) de Derogatis (1977, 1983), é um questionário de autorrelato de natureza multidimensional que tem como objetivo fazer uma avaliação direcionada para os padrões de sintomatologia clínica. (Derogatis, 1983 cit in Soares, 2007). Com este instrumento de avaliação, podemos medir o grau de intensidade do sintoma e a sua dimensão de forma a documentar altas e avaliações pré e pós terapêuticas (Laloni, 2001); 3) TDR - teste do desenho do relógio. Este teste avalia as funções frontais e fronto temporais nomeadamente a compreensão verbal do comando, planeamento, memória visual, habilidade visuo-espacial, programação e execução motoras, conhecimento numérico e pensamento abstrato.

Resultados da Avaliação Psicológica

No teste MMSE a utente obteve uma pontuação de 18. Para uma pontuação inferior ao valor de referência (27) e tendo em conta a sua idade e escolaridade, considera-se que a Uteute está em presença dum declínio moderado da memória e doutras funções cognitivas: a) defeito para a orientação temporal e local e atenção; b) defeito na recordação; c) defeito na capacidade visuo-espacial construtiva; d) efeito no uso e compreensão da linguagem escrita

No gráfico 1 e 2 pode-se comparar os resultados do teste SCL-90 nos dois momentos da aplicação 1) Índice Geral de Sintomas: 67; 2) Número de Sintomas Positivos: 70; 3) Índice de Sintomas Positivos: 63

No segundo momento houve uma ligeira diminuição na ansiedade fóbica. Contudo estes valores indicam um sintomatologia de rigidez do pensamento, isolamento e estilo de

vida esquizóide, falta de motivação e diminuição de energia, medo da perda de autonomia e delírios.

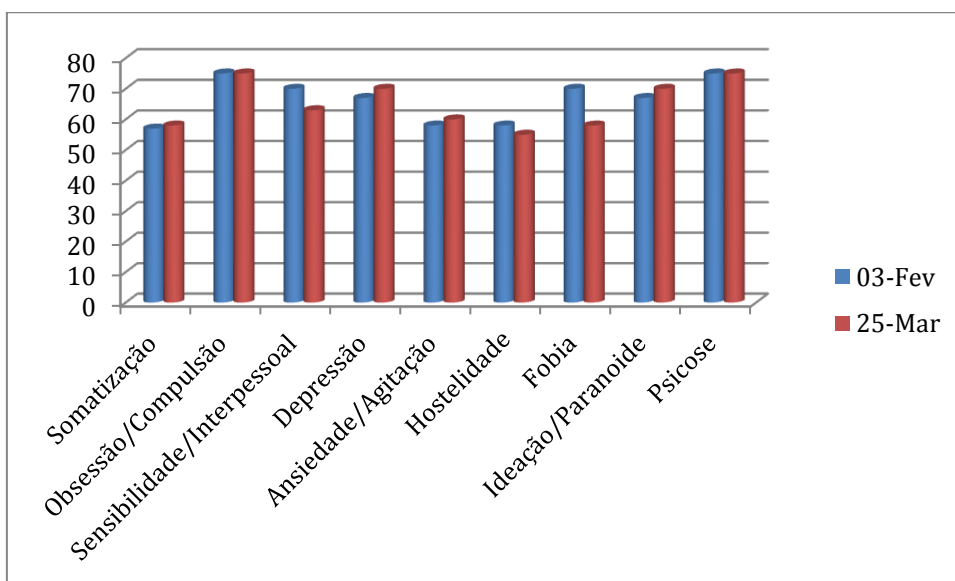


Gráfico 1 - SCL-90-R - Resultados das duas avaliações

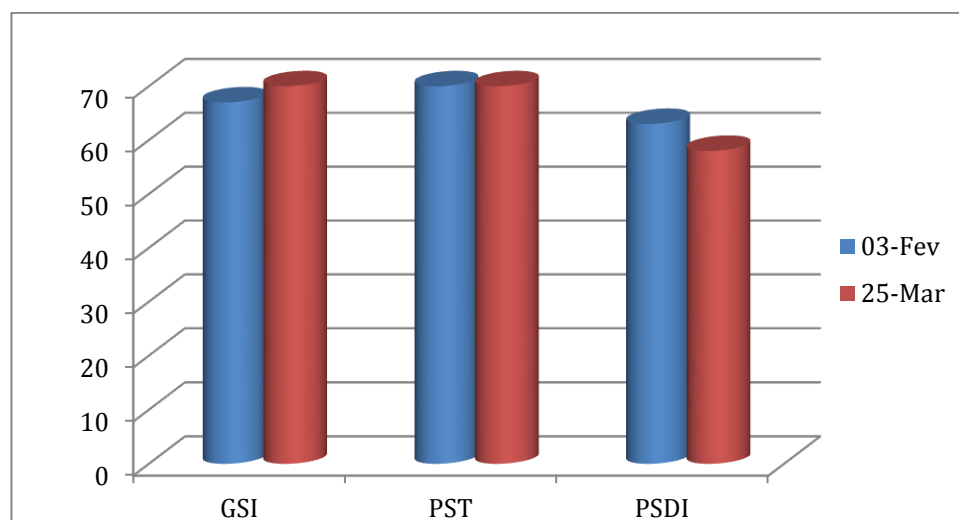


Gráfico 2 - SCL-90-R - Resultados T

Quanto ao resultado do TDR- teste do desenho do relógio: a prova apresenta-se incompleta no que diz respeito á numeração das horas no relógio. A Utente apresenta um valor de 4 pontos o que é um indicador dum comprometimento cognitivo . Enquanto

se aplicava os testes pode-se observar: um grande tremor das mãos, manifestou cansaço cerebral e pediu para se retirar para o quarto.

4ª até 12ª sessão:

Objetivos: a) Proporcionar alívio sintomático; b) Promover os recursos existentes; c) Recuperar memórias; d) Desenvolver estratégias adequadas de resolução de problemas;

Progressão terapêutica:

À medida que as sessões decorriam a utente apresentava uma atitude mais afável e recetiva. Contudo continuou com o mesmo registo no que diz respeito à dificuldade na marcha, as mãos a tremer (esconde as mãos nos bolsos), não consegue escrever a direito, confusão temporal, (nunca sabe em que dia e o mês em que estamos) problemas invocação de memória a curto prazo, (ainda não conseguiu memorizar o meu nome nem os dias em que temos as sessões), o discurso continua pobre. Foi relatando episódios significativos da sua vida mas com dificuldade.

Em sessão a utente comentou como gostaria de voltar a fazer caminhadas. Antes da cirurgia fazia-o quase todos os dias. Disse também que já teve episódios de depressão, mas nunca um como a este. Demonstra constantemente o desejo, de voltar para casa o mais rápido possível.

Tenho muita preocupação com o meu futuro e o da minha filha, pensei que me ia sentir melhor... mas não... ..estou na mesma....

Os pacientes diagnosticados com perturbação bipolar apresentam sintomas contrastantes com os unipolares, mostram grande diferença no modo de pensar, ou são

exageradamente geniais na fase maníaca ou são uns falhados na fase depressiva (Newman *et al* 2013)

A “desesperança” que a utente vem manifestando é reativa à limitação da sua motricidade e lentificação do pensamento que por sua vez lhe causa angustia de se ver assim. Estes factos estão a causar grande sofrimento e a impedir de fazer coisas que gostava : como nadar, fazer caminhadas, ler e escrever ou até mesmo concentrar-se para ver um programa de televisão.

Procurou-se transmitir a utente alguma serenidade em relação ao futuro uma vez que tem na clinica a oportunidade de aprender algumas habilidades para tornar a sua vida em casa o mais independente possível.

Procurou-se também incentivar a utente a praticar alguns exercícios de relaxamento que conhece bem do Ioga e do Tai-Chi, em alternativa as caminhadas que de momento não esta em condições de fazer.

Realcei a importância de socializar com as utentes e de frequentar os ateliers da clinica afim de evitar o seu isolamento no quarto.

13ª sessão

Objetivos: analisar as emoções relativas á visita da filha mais velha que veio do Brasil

- Como se sentiu quando viu a sua filha mais velha?

Fiquei muito contente, fomos almoçar e foi muito divertido!.

- E como estavam os seus netos?

Vi só dois netos, eles andaram de patins e foi muito divertido!

- Sabe quando a sua filha volta para o Brasil?

Vai-se embora no próximo fim de semana!

- Ela vai voltar aqui para se despedirem?

Já nos despedimos,ela vai para Fátima fazer um retiro e depois vai embora!

Validei a importância do momento em que a família esteve reunida e como deve ter sido importante a vinda da filha a Portugal para se reunir à família e em especial à mãe.

Por outro lado a filha disse-nos que levaram a mãe a casa ela não reconheceu o seu quarto, o que deixou toda a família preocupada.

As respostas da paciente sobre este evento foram lacónicas, o rosto permaneceu sem emoção alguma, o conteúdo do discurso manifestou-se com uma pobreza afetiva quase insensível, para quem não via a filha e netos há alguns anos.

Existe um empobrecimento afetivo sintomático, ou seja insuficiente capacidade de resposta afetiva e mobilidade de sentimentos em alguns doentes que foram submetidos a tratamento com neurolépticos e também com lítio. (Scharfetter, 2005)

14ª a 16ª sessão

Objetivos: a) Promover os recursos existentes; b) Preparar a alta

Confrontada com a hipótese depois da alta, poder vir a frequentar um centro de dia, a paciente não achou muito bem:

... não vou encontrar pessoas com o mesmo nível cultural e isso poderá ser muito aborrecido...

Quando regressar a casa a Utente manifestou vontade de voltar a frequentar o grupo espiritual , no qual que se sente muito bem, contudo não conseguiu descrever em que é que consiste este grupo.

Na última sessão foram aplicadas novamente as três provas aplicadas no início do internamento iniciais para comparação dos resultados.. O Teste SCL-90 teve resultados idênticos ao do primeiro momento exceto nos sintomas de somatização e ansiedade, cujos valores refrediram ligeiramente, conforme se pode verificar pelos gráficos apresentados. Foi feita a pergunta da escala em relação às suas expetativas com o internamento desde que veio para a clínica. Respondeu que foi positivo

Resultado da Intervenção e conclusões:

Ao longo das sessões procurou-se ajustar os recursos internos existentes da paciente a projetos mais realistas com a sua nova condição física.

A aprendizagem do doente sobre a doença revela-se um passo importante para a sua estabilidade e melhor cumprimento da medicação. A intervenção psicoterapêutica educativa e corretiva tem como objetivo principal integrar a pessoa socialmente ,é em geral, demorada no tempo e deve ser sempre associada à terapia farmacológica. (Cordioli, 2008)

A paciente apresentou melhoras pouco significativas em relação ao modo como encara a doença (somatização e ansiedade). Os problemas psicomotores e a lentificação em várias áreas cognitivas, limitaram os progressos terapêuticos. Vai precisar de avaliações complementares no domínio neurocognitivo.

A lentificação psicomotora consiste num estado de diminuições dos movimentos que se tornam mais lentos com inexpressividade mímica, aumento do tempo de latência nas

respostas verbais e motoras, lentificação do pensamento e redução da atividade motora.(Scharfetter, 2005)

Podem também estar relacionados com: a)Estados Depressivos: a lentificação é uma manifestação frequente nas depressões em contexto de humor deprimido, lentificação de pensamento e baixa-auto-estima, podendo chegar a quadros de inibição intensa no caso de depressões psicóticas; b)Perturbações mentais Orgânicas: a lentificação motora é comum em encefalites, doença de Parkinson; c)Intoxicações Agudas: em particular com substâncias depressoras do sistema nervoso central e tumores cerebrais. As depressões em idades mais avançadas estão frequentemente associados a problemas de saúde físicos o que torna os sintomas depressivos a causas médicas, daí os sintomas serem diferentes daqueles apresentados no DSM-IV-R (Ferreira et al, 2012)

O facto do ser humano possuir memórias de longa duração consolidadas, não vai facultar o acesso a elas sempre que deseja, já que isso implica mecanismos inconscientes e outros. No trabalho com recurso à memória autobiográfica observa-se como as marcas que as sensações internalizadas, re-elaboradas subjetivamente e vividas num certo meio cultural transformaram-se num saber próprio, auto-referenciado. Considera-se assim, que toda a memória é conhecimento, como processo de aprender-ensinar-construir. Fazer, desfazer, refazer , permite identificar os constructos ou estruturas organizativas do funcionamento cognitivo dos clientes. (Gonçalves, 2000)

Na sessões de preparação para a alta foi transmitido à utente palavras de encorajamento para o modo como vai ter que enfrentar a sua vida quotidiana indentificando as dificuldades que apresenta. Aconselhou-se também uma ida a uma consulta de neuropsicologia para uma avaliação no domínio neurocognitivo.

Estudo de Caso (C) - Unidade 2

Nome: Manuela (Nome fictício) ; **Idade:** 63 anos; **Escolaridade:** 9º ano;
Naturalidade: Angola (filha de pais portugueses); **Profissão :** desempregada; **Estado civil :** solteira; **Filhos:** sem filhos

Número de Sessões: 4 sessões com duração de uma hora cada

Motivo do internamento:

Internada por ter feito uma tentativa de suicídio com ingestão de raticida. Apresenta os seguintes sintomas: a) Afetivos: desalento, baixa auto-estima, perda de gratificação, períodos de choro e perda de reação e de alegria; perda de motivação para executar uma série de atividades, baixo nível de atividades e desejo de suicídio; b) Cognitivos: baixa auto-estima, expectativas negativas, sentimentos de culpa c) Sintomas Fisiológicos: perda de apetite distúrbios do sono e fadiga; d) Sintomas Comportamentais: passividade, evitação, isolamento;

História Clínica:

Está medicada com anti-depressivos, sofre de Depressão Major desde que lhe foi diagnosticado um cancro na mama em 1994. Em 1996 foi operada ficou sem a mama esquerda. Nunca fez Psicoterapia nem teve apoio psicológico nesta fase da vida. A seguir à cirurgia fez a primeira tentativa de suicídio. Nos últimos meses recusou-se a fazer qualquer medicação oncológica e não foi ao IPO fazer o check-up anual.

História de vida :

Nasceu em Angola, é a terceira de quatro filhas. Solteira , sem filhos. Aos 7 anos veio com uma das irmãs de Angola para a Covilhã, para casa duns tios, para começar na escola, frequentou o colégio Doroteias como aluna interna. Sentiu muito com esta mudança de vida. Os pais vinham todos os anos nas férias ver as filhas. Aos 18 anos mudou-se para Lisboa para viver com as três irmãs. Todas tiraram um curso superior menos ela. Não quis estudar mais do que o 9º ano e arranjou trabalho. Trabalhou em vários sítios, nunca esteve muitos anos no mesmo emprego. Vive sozinha e neste momento não trabalha. Tinha automóvel mas deixou de conduzir em 1996, agora sente-se muito dependente dos outros quando precisa de ir ao médico. Tem um bom relacionamento com as irmãs, tem 3 sobrinhos e 4 sobrinhos netos. Tem dois gatos em casa.

Atividades e lazer: Só gosta de ler e trata dos gatos

Exame Psicopatológico:

Aparência: cuidada

Atitude: apática, vontade de estar sozinha

Consciência: vígil

Orientação: dentro dos parâmetros normais

Atenção: alguma diminuição na atenção ativa

Memória: sem alterações significativas

Pensamento: organizado

Discurso: conteúdo auto-depreciativo, manifestando inquietude em relação á sua saúde e sem esperança no futuro, prefere morrer.

1ª sessão

Objetivos: Apresentação e recolha de dados

Ao longo da sessão manifestou sintomas depressivos que descreveu como ausência de vontade de agir, pensamentos ruminantes relativos a sentir-se inútil, desmotivação perante a vida, ausência de vontade de viver e isolamento em casa surgem aos 44 anos, após o diagnóstico de cancro da mama.

Durante a sessão entiu-se muito cansada e manifestou a intensão de não voltar a mais nenhuma sessão. Manifestei à paciente a minha compreensão para com seu problema e na próxima sessão teríamos com certeza oportunidade para esclarecer as suas dúvidas em relação às sessões de Psicologia.

Segundo o conceito da tríade cognitiva de Beck, (1979) o paciente deprimido apresenta três aspetos cognitivos principais: conceitos negativistas sobre si mesmo, o mundo e o futuro.

Com estes padrões de pensamento a paciente vê o mundo como ambiente hostil, sentindo-se sem recursos para enfrentar problemas do quotidiano, fazendo projeções de um futuro em que tudo continua na mesma maneira e antecipando cada vez mais dificuldades.

2ª sessão:

Objetivos: 1) Proporcionar alívio sintomático; 2) Promover recursos existentes; 3) Desenvolver intervenções breves e incisivas com vista à diminuição do risco de recaída da sintomatologia

Nesta sessão pedi à Utente que me falasse um pouco mais de si e quais os projetos que gostaria de ter para a sua vida

...Tenho medo de envelhecer , a velhice traz muito sofrimento e doenças, tenho muita falta de esperança .Gostava de poder conduzir novamente mas acho que o melhor é desistir desta ideia...

A partir das ideias que me transmitiu tentamos identificar alguns pensamentos automáticos. Passamos a falar sobre algumas alterações nas atitudes negativas e também projetamos alternativas para o desempenho e concretização de objetivos nas áreas familiar, saúde, auto estima e profissional.

3ª e 4ª sessão

Objetivos: Preparar o período pós alta.

Continuamos nestas duas últimas sessões a trabalhar para o planeamento de realização de objetivos nas áreas familiar, saúde, auto estima e profissional. A paciente já falou com a família e pensa viver durante algum tempo com uma irmã que vive sozinha. Vai fazer um *check-up* no IPO de Lisboa que andava a adiar há algum tempo. Pensa vir a ter algumas aulas de condução e vai tratar da sua reforma à segurança Social. Foi feita a pergunta da escala em relação às suas expectativas com o internamento desde que veio

para a clínica. Respondeu que foi positivo e que se tivesse dinheiro continuaria a fazer psicoterapia.

Resultado da Intervenção e conclusões :

À partida, este caso clínico não seria incluído na realização de um relatório essencialmente pelo número reduzido de sessões. Contudo decidimos analisá-lo precisamente pelas dificuldades, desafios e aprendizagem que suscitou

Não realizámos a aplicação de nenhum teste de avaliação psicológica uma vez que se tratou de uma intervenção terapeutica imediata de poucas sessões tendo em vista a identificação de conflitos, adaptação ao contexto de internamento hospitalar e gestão dos sintomas psicopatológicos pelo que nos restringimos à história e observação da Utente.

A paciente esteve internada duas semanas, as sessões foram 4, no nosso entender escassas para a problemática apresentada. Contudo houve muita colaboração e entendimento mútuo durante as sessões. A sintomatologia depressiva desta Utente incluíam várias áreas de funcionamento: afetivos, motivacionais, cognitivos, fisiológico . Segundo Beck (1979) Os sintomas agudos da depressão são enfrentados com o uso de técnicas comportamentais e verbais (identificação, enfrentamento e desafio das cognições negativas). As intervenções têm como alvo desafiar as crenças disfuncionais mais arraigadas e assim, tentar diminuir a vulnerabilidade do paciente a episódios futuros s e comportamentais. Precisaria de mais apoio psicoterapêutico no pós-alta.

Na última sessão senti-se uma mudança na Utente no que respeita ao aumento do comprometimento, envolvimento e responsabilização no plano terapêutico e desenvolvimento de estratégias de *coping* adequadas para gestão de sintomatologia

CONCLUSÃO

O estágio desenvolvido foi pautado por objetivos que incluíram não apenas o espectro profissional e prático como também pessoal .

A intervenção do psicólogo clínico em contexto psiquiátrico passa por promover o bem-estar psicológico, a autonomia pessoal, desenvolvimento de *insight* e estratégias de *coping*. Na CPSJ são solicitadas pelo do psiquiatra que acompanha determinado caso clínico sendo estes distribuídos pelos três psicólogos residentes que, por sua vez, repartem pelos respetivos estagiários. Os principais objetivos propostos para as sessões de intervenção psicológica foram cumpridos, conforme refere Bloch (1999) a maior parte dos pacientes entra para a terapia com bloqueios que impedem a comunicação livre com o terapeuta. O êxito para enfrentar e ultrapassar estes obstáculos encontram-se na entrevista inicial onde se pode decidir a entrega do paciente á terapia.

Para a elaboração deste relatório foi necessário realizar muitas horas de estudo dedicado a uma revisão de literatura sobre três importantes áreas da Psicologia Clínica: a) O trabalho desenvolvido pelo psicólogo clínico em contexto psiquiátrico; b)As diversas abordagens teóricas que suportam a sua prática profissional; c)As diferentes intervenções consoante o contexto. Esta pesquisa bibliográfica revelou-se crucial na compreensão da psicopatologia em termos gerais e em particular o contributo da Teoria Cognitivo-Comportamental para a reabilitação de pacientes internados numa instituição psiquiátrica

A intervenção feita individualmente e em grupo foram em casos bastante diferentes, que exigiram grande flexibilidade. Contudo todos eles têm em comum o sofrimento

psíquico, desamparo e a impossibilidade de resolverem por si só essa angústia. A população de utentes com quem tive oportunidade de contactar eram na sua grande maioria com idades superiores a 60 anos, e como refere Alves (2010), as licenciaturas em Psicologia, na sua esmagadora maioria, ainda não possuem unidades curriculares de envelhecimento. Também na investigação científica, ensaios clínicos e instrumentos de investigação e avaliação usam na sua maioria participantes jovens, o que resulta em baixos níveis de provas clínicas para a população idosa e na baixa acessibilidade de instrumentos adaptados para essa população os problemas do quotidiano. .

Outro objetivo importante alcançado neste estágio foi a aprendizagem da aplicação de testes para avaliação psicológica, ela representa uma parte primordial do trabalho do psicólogo pelo que a sua realização aquando do estágio revelou-se muito satisfatória contribuindo para o desenvolvimento de conhecimentos essenciais relativos à interpretação dos resultados.

As reuniões semanais de orientação de estágio, com a Dra Catarina Janeiro e as colegas estagiárias, foram momentos de muita aprendizagem. Estas sessões têm o propósito de orientar o estágio, de modo geral, focando-se essencialmente, na apresentação de casos, discussão dos mesmos e planeamento da intervenção representando, assim, uma ferramenta indispensável na concretização de um estágio bem-sucedido.

Todos os técnicos com quem me cruzei nas diversas Unidades na CPSJ permitiram-me compreender a realidade da doença mental. O seu espírito humano e compreensivo, aliado ao profissionalismo e anos de experiência, contribuíram para o processo de integração na Instituição e para a aquisição de mais e melhor conhecimentos

Reflexão Final

A razão que me levou a escolher o estágio na Clínica Psiquiátrica de S. José, foi o interesse por trabalhar em saúde mental. Este relatório de estágio pretendeu dar ênfase a todo o trabalho desenvolvido ao longo de nove meses de estágio na CPSJ. O estágio é um momento fundamental e indispensável do processo de aprendizagem, para a prática profissional.

Procurei neste estágio cumprir com os objetivos propostos, e espero que as minhas intervenções tenham contribuído de algum modo para aliviar sofrimentos tão complexos e muitas vezes incompreendidos.

Deparei-me no local de estágio com patologias psiquiátricas graves, permitindo-me contactar com uma população até então desconhecida a viabilizando-me uma experiência única..

Sobre a saúde mental em Portugal o relatório da Direção Geral de Saúde (2013) refere:

“...as perturbações psiquiátricas têm um efeito indireto com outras situações clínicas e de estilos de vida disfuncionais, tais como as doenças cardiovasculares, as doenças metabólicas, os consumos de substâncias psicoativas indutoras de dependência, os acidentes de viação e os acidentes laborais.

Em consequência verifica-se um impacto significativo sobre a vida familiar, as redes de suporte social, desempenho profissional e emprego, bem como de sofrimento com o estigma, a discriminação e a exclusão social. De facto, há provas fiáveis de que em vários locais os direitos humanos básicos podem ser negados a pessoas com problemas de saúde mental.”

Neste sentido destaco dois pontos importantes na intervenção que é feita no departamento de psicologia da CPSJ e que tive oportunidade de observar: a) diminuir o impacto negativo das perturbações mentais na vida pessoal, familiar e social dos utentes. b) a importância dada à prática psicológica com adultos idosos relacionados com a problemática do envelhecimento.

Este estágio deu-me oportunidade de aprender e desenvolver algumas atividades na área da Psicogerontologia. Até então foi uma área de trabalho desconhecida ,mas que gradualmente fui-me integrando positivamente. Gostei da experiência e penso num futuro próximo vir adquirir uma formação específica nesta vertente de intervenção.

Em todas as etapas em que me envolvi o impacto não foi apenas no âmbito de trabalho clínico mas também da esfera pessoal. Numa fase em que ainda sinto alguma inexperiência senti em alguns momentos que as experiências das utentes tocam com as nossas, sendo ainda necessária uma gestão adequada, para pôr de lado esses sentimentos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aguiar, F. (2001). Método Clínico: Método Clínico? *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 14 (3), 609-616.

Allen, N.B. (1999). Psicoterapia cognitiva in *uma introdução às psicoterapias*. (ed. Sidney Bloch) pp. 179. Lisboa. Climepsi Editores.

Almeida, O. (1998) Mini Exame do Estado Mental e o Diagnóstico de Demência no Brasil. *Arq Neuropsiquiatria*, 56 (3), 605-612.

Alves, J.F. (2010) Prática psicológica com pessoas idosas: uma leitura substanciada das orientações da APA. *Universidade do Minho*. Braga

American Psychological Association (2000). DSM-IV-TR: *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (4ªEd.), texto revisto. Lisboa: Climpesi Editores.

Angélico, A. (2009). *Transtorno de ansiedade social e habilidades sociais: estudo psicométrico e empírico*. Dissertação de Doutoramento, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, Brasil.

Antoniazzi, A., Dell’Aglia, D. & Bandeira, D. (1998). O conceito de *coping*: Uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia*, 3, 273-294.

Arzeno, M.E (1995). *Psicodiagnóstico clínico, novas contribuições*. Porto Alegre: Artmed.

Barbosa, A.L., Cruz J., Figueiredo D., marques, A. & Sousa, L. (2011) Cuidar de idosos com demência em instituições: competências, dificuldades e necessidades

percepcionadas pelos cuidadores formais. *Psicologia, Saúde & Doenças*. V.12n.1
ISSN 1645-0086: Lisboa

Baptista, A. (1993). *A génese da perturbação de pânico: A importância dos factores familiares e ambientais durante a infância e adolescência*. Dissertação de Doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar - Universidade do Porto, Portugal.

Bechelli, L. & Santos, M. (2004). Psicoterapia de Grupo: como surgiu e evoluiu. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12 (2), 242-249.

Beck, A., Rush, A., Shaw, B. & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford Press.

Bénonny, H. & Chahraoui K. (2002) *A entrevista clínica*. Lisboa: Climepsi Editores.

Caramelli, P. & Barbosa, M. (2002). Como diagnosticar as quatro causas mais frequentes de demência? *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24(1), 7-10.

Cardoso, C.M. (2002). *Os caminhos da esquizofrenia*. 1ª ed. Climepsi Editores: Lisboa

Cheshire K. & Pilgrim D. (2004). *A short Introduction to Clinical Psychology*. Londres: Sage Publications Ltd.

Clark, D. (1986). A cognitive approach to panic. *Behav Res Ther*, 24(4), 461-70.

Cottraux, J & Matos, M.G (2007). Modelo europeu de formação e supervisão em Terapias Cognitivo-Comportamentais (TCCs) para profissionais de saúde mental. *Rev. Brasileira .ter. cogn. v.3 n.1 Rio de Janeiro*

Craddock, N. & Forty, L. (2006). Genetics of affective (mood) disorders. *European Journal of Human Genetics*, 14, 660-668.

Crujo, M. & Marques, C. (2009). As Perturbações Emocionais – Ansiedade e Depressão na criança e no adolescente. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 25, 576-582.

Cunha, J. A. (2003). *Psicodiagnóstico – V*. 5ª ed., Artmed Editora: Porto Alegre:

Dalgalarrodo, P. (2008). *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. São Paulo: Artmed.

Diário da Republica. Decreto-Lei n.º241/94, de 22 de setembro de 1994

Fazenda, I. (2006). *Saúde Mental: do Hospital à comunidade, dos cuidados à cidadania*. Lisboa: SNRIPD.

Felício, F.W. (2012) *A Psicologia e a Multidisciplinaridade na Saúde*. Psicologia.pt: Portal dos Psicólogos

Ferreira, C. (2008). *Psicopatologia II*. [Sebenta de Psicopatologia II da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra]. Coimbra: UC.

Forlenza, O.V., Gallucci, N. J. & Tamelini, M. G. (2005). Diagnóstico diferencial das demências. *Revista Psiquitria. Clínica*. 32 (3); 119-130. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Frances, A. & Ross, R. (2004). *Casos clínicos DSM-IV-TR guia para o diagnóstico diferencial*. Lisboa: Climepsi.

Folstein, M., Folstein, S., McHugh, P. (1975). "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician". *Journal of psychiatric research*, 12 (3), 189–98.

Gonçalves, D. C. (2006). *Estimulação e promoção de memórias autobiográficas específicas como metodologia de diminuição de sintomatologia depressiva em pessoas idosas*. Dissertação de Mestrado não publicada. Minho: Universidade do Minho.

Gonçalves, O. (2000) *Terapias Cognitivas – teorias e práticas* . 3ª ed. Edição Afrontamento: Porto

Greenberg, D. & Padesky, C. (1995). *A Mente Vencendo o Humor*. Lisboa: Artmed.

Guerra, S. (2012). *Demência e Intervenção Familiar: Visão Sistémica e Desenvolvimental*. Dissertação de Mestrado da Secção Autónoma de Ciências da Saúde – Universidade de Aveiro, Portugal.

Guerreiro, M., Silva, A., & Botelho, M. (1994). Adaptação à população portuguesa na tradução da “Mini Mental State Examination” (MMSE). *Revista Portuguesa de Neurologia*, 1 (9), 9-10.

Guerreiro, M. (2010). Testes de Rastreio de defeito cognitivo e demência: Uma perspectiva prática. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 26, 46-53.

Guillevic C. & Vautier S. (2001). *Diagnóstico e testes psicológicos*. 1ª edição. Lisboa: Climepsi.

Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus (2010). *Identidade e Missão. Carta de Identidade da instituição*. Lisboa: Província de Portugal.

Jesuino, J. (1994). *O que é Psicologia*. Lisboa: Difusão Cultural.

Knapp, P. & Beck, A. (2008). Cognitive therapy: foundations, conceptual models, applications and research. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(2), 54-64.

Laloni, D. (2001). *Escala de Avaliação de Sintomas-90-R: Adaptação, Precisão e Validade*. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia e Fonoaudiologia – Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Brasil.

Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing Company.

Lopes, R., Wendt, G., Rathke, S., Senden, D., Silva, R. & Argimon, I. (2012). Reflexões Teóricas e Práticas sobre a interpretação da Escala de Wechsler para Adultos. *Acta Colombiana de Psicologia*, 15 (2), 109-118.

Machado, B., Gonçalves, O., Machado, P., Henriques, M., Brandão, I. & Roma-Torres, A. (2005). Anorexia Nervosa e Construção de Significado: Validação divergente de uma narrativa protótipo. *Revista de informação e divulgação científica do NDCA*, 2 (4), 1-12.

Massano J. (2009). *Escalas de avaliação e sua utilização em Neurologia*. Porto: Universidade Fernando Pessoa.

Meyer S., Otta E. & Sampaio M. (2012) Psicologia Baseada em Evidências: Provas Científicas da Efetividade da Psicoterapia. *Bol. Acad. Paulista de Psicologia*, 31 (81), 553-570.

Murden, A., McRae, D., Kaner, S., & Bucknam, E. (1991). Mini-Mental State Exam scores vary with education in blacks and whites. *Journal of the American Geriatrics Society*, 39, 149-155.

Newman C.F. Beck, A.T. Gyulai, L. Harrington N. & Leahy,R.L. (2013) *Bipolar disorder: a cognitive therapy approach*. APA.eletronic ed. published. Washington DC

Nascimento, E. (1998). Adaptação da terceira edição da escala de Wechsler de inteligência para adultos (WAIS-III) para uso no contexto brasileiro. *Temas em Psicologia*, 6 (3), 263-270.

Neto, F. (2004). Terapia Comportamental e Cognitiva para Pessoas com Transtorno Bipolar. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26 (3), 44-46.

Nitrini, R. & Brucki, S. (2012). Demencia: Definición & Clasificación. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatria y Neurociencias*, 12(1), 75-98.

Oliveira, F. (2005). *Entrevista Psicológica – O caminho para aceder ao outro*. Trabalho de Licenciatura – Universidade Lusíada do Porto, Portugal.

Plante, T. (2011). *Contemporary Clinical Psychology*. New Jersey: John Wiley & Sons Edition Hoboken.

Ribeiro, L.O., Ferreira, R.R., & Lima, M.P. (2012) *Positividade: intervenção com pessoas idosas*. Positivagenda, ed Periodicas e Multimédia: Porto

Scharfetter, C. (2005) *Introdução à psicopatologia geral*. 3ª edição. Lisboa. Climepsi Editores.

Shazer, S (1988). *Clues- Investigating Solutions in Brief Therapy*. Nova York: WW Norton & C^a.

Siguán, M. (2003). Curso de Psicologia. *A psicologia na atualidade*, 7, 41.

Soares, M. (2007). *Parar, pensar e avaliar a psicoterapia – contribuições da investigação de díades de terapeutas e clientes portugueses*. Tese de Doutoramento, Universitat Ramon Llull, Barcelona, Espanha.

Spar, E. & La Rue, A. (2005). *Guia Prático de Psiquiatria Geriátrica*. Lisboa: Climepsi.

Stahl, S.(2000). *Essential psychopharmacology: neuroscientific basis and practical applications*. Cambridge: Cambridge University Press.

Stephanie, J. & Visser, P. (2013). Preclinical Alzheimer's disease and its outcome: a longitudinal cohort study. *The Lancet Neurology*, 12 (10), 957 – 965.~

Tombaugh, T.N. & McIntyre, N.J. (1992). The Mini-Mental State Examination: A Comprehensive Review. *Journal of the American Geriatrics Society*, 40, 922-935.

Tosin, A. (2005). *O Psicodiagnóstico e as abordagens sistêmico-familiares*. Trabalho final para a obtenção do grau de especialista em Terapia Familiar e de Casal – Familiar e Instituto Sistêmico, Florianópolis, Brasil.

Tryon W. (2007). History and Theoretical Foundations in *Handbook of clinical Psychology vol 1. (adults)*. New Jersey: John Wiley & Sons Inc. Hoboken.

Tyrer, P. & Steinberg, D. (2005). *Models for Mental Disorder*. Chichester: Wiley Ed.

Wilson, R. & Branch, R. (2011). *Terapia Cognitivo-comportamental para leigos*. Rio de Janeiro: Alta Books.

Wolfe, B. E. (2005). *Understanding and treating anxiety disorders: an integrative approach to healing the wounded self*. Washington DC: American Psychological Association

Young, J. E. (2003). *Terapia cognitiva para transtornos de personalidade: uma abordagem focada em esquemas* (3ª ed.) Porto Alegre: Artmed

ANEXOS

Outras Atividades desenvolvidas no local de Estágio

Atividades efetuadas na Unidade 1

Esta unidade é destinada à psicogeriatrica, com capacidade para doze Utentes, é utilizada para utentes idosas, com quadros demenciais e limitações que as impedem de viver de forma independente.

As minhas atividades nesta Unidade consistiram na aplicação da WAIS-III para avaliação de três utentes e aplicação do MMSE em nove utentes. No segundo semestre participei juntamente com a minha orientadora, numa atividade de grupo.

Na avaliação psicológica feita às utentes utilizei os testes MMSE e WAIS a sua aplicação processou-se nas seguintes etapas: realização de uma entrevista clínica, administração, cotação e interpretação dos testes; integração e conceptualização da informação obtida nos resultados dos testes na entrevista clínica, nos comportamentos observados ; realização de um relatório de avaliação psicológica, em conjunto a minha orientadora, e devolução de *feedback* à fonte de referência.

A avaliação psicológica efetua-se quando solicitada tendo como objetivo principal a elucidação do diagnóstico ou seja, qual a origem ou o tipo de problemas de foro psicológico que afetam o utente asseverando ou refutando as hipóteses iniciais; permite aos psicólogos clínicos determinar o grau de severidade da situação, garantir um plano terapêutico adequado, avaliar *deficits* psicológicos e determinar a sua natureza.

(Guillevic & Vautier, 2001). Neste caso as avaliações tiveram como objetivo perceber a evolução do quadro clínico das utentes.

A escolha a WAIS-III prende-se com a necessidade de avaliar as aptidões intelectuais e cognitivas. As Escalas de *Wechler* têm sido abarcadas entre os instrumentos mais conhecidos para a aferição do QI embora sirvam também a outros intentos. Estas escalas têm sido investigadas como uma possível ajuda no diagnóstico psiquiátrico afirmando que o dano cerebral, a deterioração psicótica e as dificuldades emocionais podem afetar algumas funções intelectuais. (Cunha, 2003)

Quanto ao MMSE, este teste investiga a orientação temporal e espacial, a memória de curto prazo (imediate ou atenção) e evocação, o cálculo, praxia e habilidades de linguagem e viso-espaciais. É importante referir que apesar deste ser teste ser utilizado para aceder ao declínio cognitivo dos doente, este não pode ser utilizado para diagnosticar demência (Gonçalves, 2006)

Em anexo apresento um exemplo de relatório das avaliações da WAIS-III

No segundo semestre iniciou-se uma atividade semanal de 45 minutos cada, a que se chamou sessões de Psicologia, onde participaram as 12 utentes residentes na Unidade 1. O tema em discussão nas sessões, foi sempre deixado ao critério das utentes.

Assim, a abordagem psico-educativa, associada a uma abordagem de reabilitação, focalizada na maximização das capacidades do idoso com demência e na interacção idoso-cuidador é determinante para a promoção e manutenção da mobilidade, da funcionalidade e da estimulação dos idosos (Oswald, Gunzelmann, & Ackermann, 2007), e para a diminuição da sobrecarga física e psicológica dos cuidadores formais (National Collaborating Centre for Mental Health [NCCMH], 2007). Para além disto, estes programas integrados, de apoio psico-educativo e de reabilitação, permitem

construir, junto com os profissionais e no seu ambiente de trabalho, um projecto com o qual se identifiquem e no qual possam aumentar os seus conhecimentos e competências. Esta abordagem integrada é considerada fundamental, pois permite responder às necessidades dos idosos e cuidadores, contribuindo para a melhoria do bem-estar de ambos e para a prestação de cuidados de qualidade (NCCMH, 2007), citado por Barbosa *et al* (2011)

Houve também lugar para uma intervenção, que se realizou uma vez por mês chamada “Reunião Comunitária”. Esta reunião é gerida pela Enfermeira- Chefe e um Psicólogo e tem como objetivos, o estabelecimento de regras, gestão do tempo, participação em atividades recreativas e de lazer, aferição de conflitos e estratégias de resolução dos mesmos.

Atividades efetuadas na Unidade 3

A unidade 3 - unidade cuidados integrados -UCI, aloja um projeto de reabilitação psicossocial, de curto ou médio internamento, tem capacidade para 14 utentes de ambos os sexos.

A reunião da manhã na UCI, consiste numa atividade de grupo que ocorre diariamente durante a manhã sob a orientação dum Psicólogo. Participei nesta atividade uma vez por semana ao longo de todo o estágio.

Esta atividade visa a descrição dos acontecimentos do dia anterior, o planeamento do próximo, reconhecimento dos melhores e piores momentos, verbalização de emoções e ponderação sobre os mesmos. Esta atividade permite a apreciação das competências dos utentes; o incitamento às relações interpessoais; incentivo à partilha, à verbalização; estimulação da memória, da capacidade de organização; redução de sentimentos de

confusão; procura de soluções e estratégias individuais que promovam a autonomia e o bem-estar.

A verbalização é uma das componentes desta atividade, ela representa um impacto positivo no melhoramento da performance nos indivíduos com doença mental grave, em particular com a esquizofrenia. (Cardoso, 2002)

A minha participação nesta atividade foi muito importante, pois permitiu-me compreender das dificuldades, particularidades e aptidões dos utentes.

Atividades efetuadas na Unidade 4

A unidade 4, destina-se à gerontopsiquiatria de longo internamento, predominam utentes com quadros de demência, com capacidade para 30 utentes do sexo feminino

Os idosos com demência perdem progressivamente as suas capacidades cognitivas e motoras, originando, em estados mais avançados da doença, um elevado sentimento de sobrecarga na família. Esta situação leva à necessidade de institucionalização das pessoas idosas (Schulz et al., 2004). Segundo Kuske et al. (2009), cerca de 60% das pessoas institucionalizadas em países industrializados apresenta um quadro demencial. O esperado aumento da prevalência de utentes com esta doença coloca novos desafios às instituições de terceira idade, particularmente aos cuidadores formais (Kuske et al., 2007) citados por Barbosa *et al* (2005).

Esta atividade desenrolou-se ao longo de vinte e duas semanas, com a participação de oito utentes, sendo 65 anos a média geral de idades. Teve como objetivo principal incentivar o bem estar psicológico, diminuindo alguma sintomatologia depressiva concomitante com os quadros demenciais registados. As atividades foram diversas como contar fábulas, anedotas, adivinhas, provérbios, poemas, lendas ou ouvir música.

Era solicitado às utentes que descrevessem algumas memórias sobre o tema da sessão.. Estes exercícios tiveram sempre em conta as limitações cognitivas do grupo e o grau de colaboração de cada uma delas.

No que concerne à saúde mental, existem evidências empíricas, que sugerem que as intervenções psicoterapêuticas e psicossociais destinadas a pessoas mais velhas melhoram significativamente o seu bem estar psicológico, especialmente quando se tratam de idosos institucionalizados. (Pinquart & Sorensen, 2009) citados por Ribeiro et al (2012), a memória e a capacidade de pensamento tende a degradar-se naturalmente como parte integrante da própria patologia bem como devido aos efeitos da medicação.

Outras atividades desenvolvidas ao longo do ano letivo

Participação em Conferências, Seminários e Congressos, Workshops e Formação

9 de outubro de 2013

1) “CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE COACHING”

Auditório do CECOA em Lisboa

Testemunhos de coaching: O Coaching pessoal objetiva a capacitação das pessoas na sua auto-realização, pelo alcance de suas metas, alinhando-as para uma vida equilibrada com seus valores, missão e propósito de vida. A meta a ser trabalhada pode estar em qualquer área da vida da pessoa, como saúde, relacionamentos, espiritualidade, finanças, carreira, administração do tempo, família, etc. O *coach* vai apoiar o *coachee* (cliente) na definição da meta, na estratégia para alcançar os resultados almejados e também na superação dos desafios que aparecerem ao longo do caminho. Durante o processo de coaching, o foco é no presente e no futuro, e o *coach* trabalhará para manter o *coachee* em ação para que, ao final, ele realize o que se propôs.

1e 2 de Novembro 2013

2) IX Congresso Nacional de Psiquiatria no Estoril : Emoções e Psicopatologia em psicossomática

Luto e Adoecer – Complicações do processo de luto e incidências somáticas

Dr. António Barbosa: Fibromialgia: Quando o corpo fica dor, sem mente (Abordagem psicodinâmica da dormência fibromiálgica) ; Dra Patrícia Câmara: Percursos da Emoção no adoecer. Dra Sílvia Ouakinin: A emoção no corpo das esquizofrenias

Psicopatologia e clínica das perturbações psicóticas transitórias

Dr. Pio Abreu: Fatores em causa nas psicoses transitórias. Dr. José Manuel Jara: Psicoses Atípicas. Dra Inês Cunha :Psicopatologia das psicoses Epiléticas. Dr. António Gamito : Psicoses cicloides e holodisfrenias

10 e Dezembro de 2013

3) I CONGRESSO NACIONAL PSICOGERONTOLOGIA

Universidade Lusíada de Lisboa

A gerontologia dedica-se ao estudo do processo de envelhecimento na sua totalidade. A Psicogerontologia é uma área de especialização da Psicologia Clínica que tem como objetivo desenvolver competências de relacionamento, assertividade e o acompanhamento da pessoa idosa em toda a sua dimensão. Muitos dos problemas da 3ª idade podem ser combatidos através de mudança de estilos de vida, promovendo cuidados adequados, com o fim de prolongar a vida do sénior com mais saúde e bem estar psicológico.

2 e 3 abril de 2014

V Congresso Internacional de Psicologia da Criança e do Adolescente - “Família: Comunicação e Intervenção”

Universidade Lusíada de Lisboa

22 Novembro de 2013

Oficina de Psicologia em Lisboa :

Workshop sobre **Perturbação de Ansiedade Generalizada**

11 de Abril de 2014

Workshop sobre **Perturbação de Pânico e Agorafobia**

Ações de Formação junto da Comunidade

Em conjunto com uma colega da faculdade (Dra. Cátia Gomes) elaboramos duas

Sessões de Psicoeducação:

- 1 de Abril de 2014 - Sessão de Psico-educação na junta de freguesia de Belém
- 2 de Abril de 2014 - Sessão de Psico-educação na junta de freguesia de Alcantâra

Tema: “Alimentação Saudável em Tempo de Crise”

População alvo: população sénior com baixo poder de compra

Objetivo: Fornecer aos participantes informações sobre como planear as compras, a confeção e a conservação de alimentos saudáveis a baixo custo.

Competências a adquirir: Auto - avaliar a qualidade do seu padrão alimentar;

Identificar um padrão alimentar saudável e adequado à faixa etária de cada participante

Duração: 2 horas cada sessão

DIÁRIO DAS ATIVIDADES DE ESTÁGIO

Foram realizadas 481 horas de estágio conforme é discriminado nos quadros em anexo:

OUTUBRO/ 2013

| Dia | Horas | Atividade | Objetivos |
|------------|--------------|---|--|
| 7 | 3 | Primeiro dia de estágio Reunião com a orientadora de estágio e conhecer as outras colegas estagiárias de psicologia | Integração ao local de estágio, |
| | 2 | Faculdade reunião supervisao | |
| 8 | 3 | Participação num inquérito por telefone aos antigos utentes | Obter informação sobre o grau de satisfação do departamento de Psicologia da Clínica |
| 9 | 3 | “Confª. Internacional de Coaching” CECOA- Lisboa | Compreender a tomada de decisão nos processos de mudança |
| 14 | 3 | Reunião semanal com a orientadora e o grupo de estagiárias | Conhecer o plano da primeira semana de estágio |
| | 2 | Participação num inquérito por telefone aos antigos utentes Faculdade reunião supervisao | |
| 16 | 2 | Reunião Clínica da Unidade 2 | <ul style="list-style-type: none"> - Discutir aspectos clínicos dos pacientes; - Fazer um balanço do trabalho semanal; - Abordar áreas propostas pelos técnicos |
| 17 | 3 | Passagem de Turno – Gabinete dos Enfermeiros da UND | Receber informação clínica sobre os utentes da UCI |
| | 3 | | |

| | | | |
|--------------|------------|---|---|
| | | Reunião da manhã - UCI | Estimular a orientação temporal a capacidade mnésica dos utentes da UCI |
| 21 | 2 | Reunião semanal com a orientadora e o grupo de estagiárias | Planear a Semana de estágio; |
| | 2 | Faculdade reunião supervisao | Apresentação à Direção da CPSJ; |
| 22 | 1 | Observação de Treino de Aptidões Sociais na UCI | Treinar competências sociais utilizando a técnica de roll play |
| 23 | 2 | 1ª sessão de acompanhamento Psicológico com utente da Unidade 2 | Anamnese |
| | 2 | Preparação de Actividades | |
| | 1 | Reunião com a Responsável do Departamento do Serviço Social | Conhecer as ações desenvolvidas no serviço de ação social |
| 24 | 2 | Passagem de Turno – Gabinete dos Enf ^{os} da UND 3 | |
| | | Reunião da manhã – UCI | |
| | | Reunião semanal de orientação | Proporcionar alívio sintomático; |
| | | 2ª Sessão com a Utente da Unid 2 | Desenvolver intervenções breves e incisivas com vista à diminuição do risco de recaída da sintomatologia; |
| 28 | 5 | Faculdade- reunião supervisao | Promover os recursos existentes; |
| 30 | 2 | Reunião com a Terapeuta Ocupacional | Conhecer as atividades desenvolvidas com os utentes |
| | 2 | Gab enf Receber e transmitir informação clinic da utente Unid 2 | |
| | | Preparação de atividades | |
| 31 | 3 | Passagem de Turno – Gabinete dos Enf ^{os} da UND 3 | Proporcionar alívio sintomático; |
| | | Reunião da manhã – UCI | |
| | | 3ª Sessão com a Utente da Unid 2 | |
| Total | 45H | | |

NOVEMBRO/ 2013

| Dia | Horas | Atividade | Objetivos |
|------------|--------------|---|--|
| 1 | 3 | Congresso de Psiquiatria no Estoril | |
| 2 | 3 | Congresso Psiquiatria no estoril | |
| 4 | 3,30 | Reunião semanal de orientação | Proporcionar alívio sintomático; |
| | 2 | 4ª Sessão com a Utente da Unidade 2 Gab enfª Receber e transmitir informação clínica da utente | Promover os recursos existentes |
| | | Faculdade reunião supervisão | |
| 6 | 2 | Entrevista com duas utentes Unidade 1 | |
| | 2 | Preparação de Actividades | |
| 7 | 3 | Passagem de Turno – Gabinete dos Enfªs da UND 3 e Reunião da manhã - UCI | Estimular a orientação temporal a capacidade mnésica dos utentes da UCI |
| 12 | 3 | Reunião semanal de orientação 5ª Sessão com a Utente da Unidade 2 | Proporcionar alívio sintomático; Promover os recursos existentes |
| 13 | 3 | Avaliação de duas utentes da UNID 1 | |
| | 2 | Preparação actividades | |
| 14 | 3 | Passagem de Turno – Gabinete dos Enfªs da UND 3 Reunião da manhã – UCI 6ª e última sessão Utente UND2 | Estimular a orientação temporal a capacidade mnésica dos utentes da UCI Proporcionar alívio sintomático; Promover os recursos existentes Preparar a Alta |
| 18 | 2 | Reunião semanal de orientação | Verificar a percepção dos utentes em relação ao seu processo de recuperação |
| | 2 | Unid 3-Termómetro da Esperança na Recuperação | |
| 20 | 2 | Avaliação de duas utentes da Unidade 1 | |
| | 2 | Preparação Atividades | |
| 25 | 3 | Reunião semanal de orientação Gab Enfermagem Unid 4 | |
| | 4 | Faculdade Reuniao | |

| | | |
|--------------|---------------|--------------------------------------|
| | | Preparação de apresentação |
| 27 | 2 | Avaliação de uma utente da Unidade 1 |
| | 2 | Preparação actividades |
| Total | 48,30H | |

DEZEMBRO/ 2013

| Dias | Horas | Atividade | Objetivos |
|------|-------|--|--|
| 2 | 2,30 | Reunião semanal de orientação | |
| | 3 | 1ª Sessão com as utentes da Unidade 4 Faculdade reunião supervisão | Apresentação às utentes |
| 4 | 3 | Avaliação de duas utentes da Unidade 1 | |
| | 3 | Preparação de Atividades | |
| 5 | 2 | Unidade 1 continuação da avaliação | |
| | 2 | Cotação de Provas | |
| 6 | 2 | Preparação de Atividades | |
| 9 | 2,30 | Reunião semanal de orientação | Dinamizar a actividade. |
| | 2 | 2ª Sessão com as utentes da Unidade 4 Faculdade - reunião supervisão | Partilhar sentimentos acerca da semana que passou Estimular a orientação temporal |
| 11 | 5,30 | Unidade 1 – avaliação de utentes 1º Cong Nacional Psicogerontologia (Lusiada) | |
| 12 | 2,30 | Passagem de Turno – Gabinete dos Enfºs da UND 3 Reunião da manhã - UCI | Estimular a orientação temporal a capacidade mnésica dos utentes da UCI |
| 13 | 2 | Observ da Preparação de fim de semana na Unid 3 | |

| | | | |
|--------------|----------------|---|---|
| | 2 | Preparação de atividades | |
| 16 | 3 | Reunião semanal de orientação 3ª Sessão com as utentes da Unidade 4 | Dinamizar a actividade. |
| 18 | 2,30 | Unidade 1 – avaliação de utentes | |
| 19 | 3 | Passagem de Turno – Gabinete dos Enfºs da UND 3 Reunião da manhã – UCI | |
| 20 | 2 | Unidade 4 (leitura de conto de natal) Gab Enfermeiros Unid 4 | Mobilizar a capacidade mnésica das utentes; |
| Total | 44,30 H | | |

JANEIRO /2014

| Dias | Horas | Atividade | Objetivos |
|-------------|--------------|--|---|
| 6 | 3 | Reunião semanal de orientação 4ª Sessão com as utentes da Unidade 4 | Dinamizar a actividade |
| | 3 | Faculdade Reunião supervisão Preparação do relatorio | Mobilizar a capacidade mnésica das utentes; |
| 8 | 2 | Unidade 1 | Cont avaliação Utentes |
| | 2 | Cotação de Provas | |
| 9 | 4 | Passagem de Turno – Gabinete dos Enfermeiros da UND 3 Reunião da manhã - UCI | Estimular a orientação temporal a capacidade mnésica dos utentes da UCI |
| 13 | 3 | Reunião semanal de orientação | |
| | 3 | Faculdade Reunião supervisão Preparação do relatorio 5ª Sessão com as utentes da Unidade 4 | |
| 15 | 2 | Unidade 1 | Aval Mini Mental |

| | | | |
|--------------|---------------|--|--|
| 16 | 4 | Passagem de Turno – Gabinete dos Enfermeiros da UND 3 e Reunião da manhã – UCI Observação da “ Actividade eu e o Mundo”- UCI | Estimular a orientação temporal a capacidade mnésica dos utentes da UCI |
| 20 | 2,30 | Reunião semanal de orientação 6ª Sessão com as utentes da Unidade 4 2 Faculdade reunião Preparação de relatórios | |
| 22 | 2,30 | Unidade 1 Cotação de provas | WAIS |
| 23 | 4 | Passagem de Turno – Gabinete dos Enfermeiros da UND 3 e Reunião da manhã – UCI Tarde- Observação da Activ ”Eu e o Mundo”- UCI | Estimular a orientação temporal a capacidade mnésica dos utentes da UCI |
| 27 | 4,30 | Reunião semanal de orientação 7ª Sessão com as utentes da Unidade 4 Preparação de Actividades | Dinamizar a actividade |
| 29 | 2 | Unidade 1 Reunião comunitária Resolução de conflitos entre utentes e/ou utentes e equipa técnica; | WAIS (cotação) Esclarecimento dos utentes relativamente ao funcionamento do programa e suas regras. |
| 30 | 3 | Passagem de Turno – Gabinete dos Enfermeiros da UND 3 e Reunião da manhã – UCI 1ªsessão – Utente Unidade 2 | Estimular a orientação temporal a capacidade mnésica dos utentes da UCI Anamnese |
| Total | 47,30H | | |

FEVEREIRO/ 2014

| Dias | Horas | Atividade | Objetivos |
|------|-------|---|------------------------|
| 3 | 3 | Reunião semanal de orientação E 8º Sessão com as utentes da Unidade 4 | Dinamizar a actividade |

| | | | |
|-----------|----------|---|--|
| | 2 | 2ª sessão Utente Unidade 2 Preparação relatório | Proporcionar alívio sintomático; Promover os recursos existentes |
| 5 | 3 | Reunião com orientadora Receber e transmitir informação clinica da utente Gab enfª Unid 2 | |
| 6 | 3 | Passagem de Turno – Gabinete dos Enfermeiros da UND 3 e Reunião da manhã – UCI 3ªsessão – Utente Unidade 2 | Estimular a orientação temporal a capacidade mnésica dos utentes da UCI Proporcionar alívio sintomático; Promover os recursos existentes |
| 7 | 3 | Preparação de Atividades Preparação relatorio | |
| 10 | 3 | Reunião semanal de orientação E 9ª Sessão com as utentes da Unidade 4 | Dinamizar a actividade |
| | 3 | 4ª sessão Utente Unidade 2 Faculdade reunião supervisão Preparação Relatório | Proporcionar alívio sintomático; Promover os recursos existentes |
| 12 | 3 | Gab –enfª Unid 2 Biblioteca Tecnica CPSJ | |
| 13 | 3 | Passagem de Turno – Gabinete dos Enfermeiros da UND 3 e Reunião da manhã – UCI 5ªsessão – Utente Unidade 2 | Estimular a orientação temporal a capacidade mnésica dos utentes da UCI Proporcionar alívio sintomático; Promover os recursos existentes |
| 17 | 3 | Reunião semanal de orientação 10ª Sessão com as utentes da Unidade 4 | Dinamizar a actividade |

| | | | |
|-----------|-------------|--|---|
| | | Faculdade – reunião supervisão | |
| | | Mediateca | |
| 18 | 3 | Unidade 1 – apresentação de nova atividade | Promover competências de leitura, escrita, atenção e reflexão; |
| | | 6ª sessão Unidade 2 | Proporcionar alívio sintomático; Promover os recursos existentes |
| | | Reunião com Dra Manuela | Discutir aspectos clínicos da paciente MLP |
| 20 | 3 | Passagem de Turno – Gabinete dos Enfermeiros da UND 3 e Reunião da manhã – UCI | Estimular a orientação temporal a capacidade mnésica dos utentes |
| | | 7ª sessão – Utente Unidade 2 | Proporcionar alívio sintomático; Promover os recursos existentes |
| 24 | 3 | Reunião semanal de orientação | Dinamizar a atividade |
| | 2 | 11ª Sessão com as utentes da Unidade 4 | Preparação da |
| | | Faculdade – reunião Actividade Junta Fregª | atividade |
| 25 | 2 | 8ª sessão Unidade 2 (MLP) | Proporcionar alívio sintomático; |
| | | Receber e transmitir informação clinica da utente | Promover os recursos existentes |
| | | Gab enf | |
| 27 | 3,30 | Passagem de Turno – Gabinete dos Enfermeiros da UND 3 | Estimular a orientação temporal a capacidade mnésica dos utentes |
| | | Reunião da manhã – UCI | |
| | | Reunião Comunitaria – UNID 1 | Resolução de conflitos entre utentes e/ou utentes e equipa técnica; |
| | | 9ª sessão – Utente Unidade 2 | Proporcionar alívio sintomático; Promover os recursos existentes |

| | |
|--------------|--------------|
| Total | 47,30 |
|--------------|--------------|

MARÇO/2014

| Dias | Horas | Atividade | Objetivos |
|-------------|--------------|---|--|
| 3 | 3 | Reunião semanal de orientação | Dinamizar a actividade |
| | 3 | 12ª Sessão com as utentes da Unidade 4 | Proporcionar alívio sintomático; |
| | | 10 sessão Utente Unidade 2 Faculdade - Pesquisa Mediateca | Promover os recursos existentes |
| 5 | 2 | Receber e transmitir informação clinica da utente Unid 2 | |
| | | Cotar Provas SCL-90 R | |
| 6 | 4 | Passagem de Turno – Gabinete dos Enfermeiros da UND 3 | Estimular a orientação temporal a capacidade mnésica dos utentes |
| | | Reunião da manhã – UCI | |
| | | Preparação de Actividades | |
| 7 | 3 | Biblioteca técnica CPSJ | |
| | | Receber e transmitir informação clinica da utente | |
| | | Gab enf-Unid 2 | |
| 10 | 3 | 13ª Sessão com as utentes da Unidade 4 | Dinamizar a actividade |
| | | Preparação de Actividades | |
| 11 | 3 | 11ªsessão – Utente Unidade 2 | Proporcionar alívio sintomático; |
| | | Receber e transmitir informação clinica da utente | Promover os recursos existentes |
| 13 | 4 | Passagem de Turno – Gabinete dos Enfermeiros da UND 3 | Estimular a orientação temporal a capacidade mnésica dos utentes |
| | | Reunião da manhã – UCI | |
| | | Reunião – UNID 1 | Proporcionar alívio sintomático; |
| | | 12ªsessão – Utente Unidade 2 | |

| | | | | |
|--------------|---------------|---|--|---|
| | | | Promover os recursos existentes | |
| 17 | 3 | 14ª Sessão com as utentes da Unidade 4 Reunião semanal de orientação | Dinamizar actividade | a |
| 18 | 3 | 13ª sessão – Utente Unidade 2 Gab de Enfermagem Receber e transmitir informação clinica da utente | Proporcionar alívio sintomático; Promover os recursos existentes | |
| 20 | 3,30 | Passagem de Turno – Gabinete dos Enfermeiros da UND 3 Reunião da manhã – UCI Reunião – UNID 1 14ª sessão – Utente Unidade 2 | Estimular a orientação temporal a capacidade mnésica dos utentes | a |
| 24 | 3 | Reunião semanal de orientação | Dinamizar actividade | a |
| | 3 | 15ª Sessão com as utentes da Unidade 4 Faculdade- Reunião e Pesquisa na Mediateca | | |
| 25 | 3 | 15ª sessão-Utente Unidade 2 | Aplicação de testes SCL-90 | |
| | 3 | Receber e transmitir informação clinica da utente Reunião e Preparação de apresentação Junta de Freguesia | | |
| 27 | 3,30 | Passagem de Turno – Gabinete dos Enfermeiros da UND 3 Reunião da manhã – UCI Reunião – UNID 1 16ª sessão – Utente Unidade 2 (ultima) | Estimular a orientação temporal a capacidade mnésica dos utentes Promover os recursos existentes; preparar a alta | |
| Total | 49,30H | | | |

ABRIL /2014

| Dias | Horas | Atividade | Objetivos |
|-------------|--------------|---|--|
| 1 | 3 | Acção Psicoeducação Junta freguesia de Belém | |
| 2 | 3 | Congresso Internacional Psicologia Da Criança e do Adolescente | |
| | 3 | Acção psicoeducação Junt Freguesia De Alcantara | |
| 3 | 3 | Passagem de Turno – Gabinete dos Enfermeiros da UND 3 | Estimular a orientação temporal a capacidade mnésica dos utentes |
| | 3 | Reunião da manhã – UCI Reunião – UNID 1 | Comunitária |
| | | Congresso (Workshop Terapia de Familiar) | |
| 4 | 3 | Biblioteca técnica CPSJ Preparação de atividades | |
| 7 | 3 | Reunião semanal de orientação 16ª Sessão com as utentes da Unidade 4 | Dinamizar a actividade |
| | 3 | Faculdade- Reunião e Pesquisa na Mediateca | |
| 8 | 3 | Sessão indiv.-Anamense Unidade 2 Gab enfermagem Receber e transmitir informação clinica da utente | Anamense |
| 10 | 4 | Passagem de Turno – Gabinete dos Enfermeiros da UND 3 Reunião da manhã – UCI Reunião – UNID 1 1º sessão MLG –Unid 2 | Estimular a orientação temporal a capacidade mnésica dos utentes Interp do texto de JLPeixoto Promover os recursos existentes; preparar a alta |
| 11 | 7 | Formação Perturbação de Panico Oficina de Psicologia | |

| | | | |
|--------------|----------------|---|---|
| 14 | 3 | Reunião semanal de orientação | Dinamizar a actividade |
| | 2 | 17ª Sessão com as utentes da Unidade 4 | |
| | | Faculdade- Pesquisa na Mediateca | |
| 15 | 3 | 2ªsessão – Utente Unidade 2 (MLG) | Promover os recursos existentes; preparar a alta |
| | | Gab enfermagemReceber e transmitir informação clinica da utente | |
| 16 | 2 | Biblioteca técnica CPSJ | |
| | | Preparação de Actividades | |
| 21 | 3,30 | Reunião semanal de orientação | Dinamizar a actividade |
| | | 18ª Sessão com as utentes da Unidade 4 | |
| | | Gab Enfª – unid 4 | |
| 24 | 3 | Passagem de Turno – Gabinete dos Enfermeiros da UND 3 | Estimular a orientação temporal a capacidade mnésica dos utentes da UCI |
| | 2 | Reunião da manhã – UCI | |
| | | Reunião – UNID 1 | |
| | | Faculdade- Pesquisa na Mediateca | |
| 28 | 2 | Reunião semanal de orientação | |
| | 2 | Faculdade- Reunião e Pesquisa na Mediateca | |
| Total | 60,30 H | | |

MAIO / 2014

| Dia | Hora | Atividade | Objetivos |
|------------|-------------|--|--|
| 5 | 3 | 19ª Sessão com as utentes da Unidade 4 | Dinamizar actividade |
| | 3 | Preparação de actividades | |
| | | Faculdade –Reunião | |
| | | Preparação relatorio | |
| 8 | 4 | Reunião semanal de orientação | Estimular a orientação temporal a capacidade mnésica |
| | | Passagem de Turno – Gabinete dos | |

| | | Enfermeiros da UND 3 | dos utentes da UCI | |
|--------------|--------------|---|--|---|
| | | Reunião da manhã – UCI | | |
| | | Reunião – UNID 1 | | |
| 12 | 4 | 20ª Sessão com as utentes da Unidade 4 | Dinamizar actividade | a |
| | | Preparação de Atividades | | |
| 14 | 3 | Faculdade Mediateca–Preparação relatorio | | |
| 15 | 3,30 | Reunião semanal de orientação | Estimular a orientação temporal a capacidade mnésica dos utentes | a |
| | | Passagem de Turno – Gabinete dos Enfermeiros da UND 3 | | |
| | | Reunião da manhã – UCI | | |
| | | Reunião – UNID 1 | | |
| 19 | 3 | 21ª Sessão com as utentes da Unidade 4 | Dinamizar actividade | a |
| | | Preparação de actividades | | |
| | | Faculdade –Reunião e Preparação relatorio | | |
| 22 | 4,00 | Reunião semanal de orientação UNID 1 | | |
| | | Reunião e Avaliação de Utentes | | |
| 26 | 4 | 22ª Sessão com as utentes da Unidade 4 | Dinamizar actividade | a |
| | | Unid 1 – Avaliação de Utentes | | |
| | | 3 Cotação de Provas | | |
| | | Faculdade –Reunião e Preparação relatorio | | |
| 28 | 3 | Biblioteca Tecnica CPSJ | | |
| 29 | 3,30 | Reunião semanal de orientação | Estimular a orientação temporal a capacidade mnésica dos utentes | a |
| | | Passagem de Turno – Gabinete dos Enfermeiros da UND 3 | | |
| | | Reunião da manhã – UCI | | |
| | | Reunião – UNID 1 | Dinamizar actividade | a |
| Total | 44,0H | | | |

JUNHO/2014

| Dias | Horas | Atividades | Objetivos |
|--------------|--------------|--|-------------------------|
| 2 | 4 | Faculdade/ reunião supervisão /mediateca | Preparação do relatório |
| 3 | 3 | Faculdade /mediateca | Preparação do relatório |
| 4 | 3 | Faculdade /mediateca | Preparação do relatório |
| 5 | 3 | Faculdade /mediateca | Preparação do relatório |
| 9 | 3 | Faculdade /mediateca | Preparação do relatório |
| 11 | 3 | Faculdade /mediateca | Preparação do relatório |
| 12 | 3 | Faculdade /mediateca | Preparação do relatório |
| 16 | 3 | Faculdade /mediateca Reunião supervisão | Preparação do relatório |
| 17 | 3 | Faculdade /mediateca | Preparação do relatório |
| 18 | 3 | Faculdade /mediateca | Preparação do relatório |
| 19 | 5 | CPSJ - Reunião orientação Und1 sessão Psicologia Faculdade Mediateca | Dinamizar a actividade |
| 23 | 3 | Faculdade /mediateca Reunião supervisão | Preparação do relatório |
| 25 | 3 | Faculdade /mediateca | Preparação do relatório |
| 26 | 3 | Faculdade /mediateca | Preparação do relatório |
| 30 | 4 | Faculdade /mediateca Reunião Supervisão | Preparação do relatório |
| Total | 48H | | |


 Certifica-se que _____, participou na Conferência Internacional da **International Coaching University**, em parceria com o **Centro de Formação Profissional para o Comércio e Afins**.

“Conferência Internacional de Coaching”

Que decorreu no Auditório do CECOA, no dia 9 de outubro, com a duração de 3h.

Em parceria com:



 Isabel Silva Luís, Diretora

Lisboa, 9 de outubro de 2013
International Coaching University

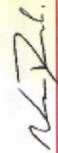

 Sérgio Almeida, Vice-Presidente ICU

Certificação Reconhecida


Certificado de Participação

Para os devidos efeitos certificamos que **Isabel Rodrigues** participou no Workshop de Pânico, organizado pelo LAB da Mindkiddo, Oficina de Psicologia Lda, que se realizou no dia 11 de Abril, num total de 7 horas e dinamizado por Nuno Mendes Duarte, psicólogo clínico.

Lisboa, 16 de Abril de 2014



LAB

by Oficina de Psicologia

Laboratório de Psicologia da Oficina de Psicologia, Lda.
Rua Pinheiro Chagas, nº 48, 4º andar, 1050-179 Lisboa

<http://www.psicologosnlaboratorio.com/> | contacto@oficinadepsicologia.com
210 99 98 70

Certificado de Participação

Para os devidos efeitos certificamos que Isabel Rodrigues
 participou no Workshop Contribuição de Atividades Generalizadas, organizado
 pelo LAB da Mindkido, Oficina de Psicologia Lda, que se realizou no(s)
 dia(s) 22 de setembro de 2013, num total de 8 horas e
 dinamizado por Andrés Cabral.

Lisboa, 22 de setembro de 2013



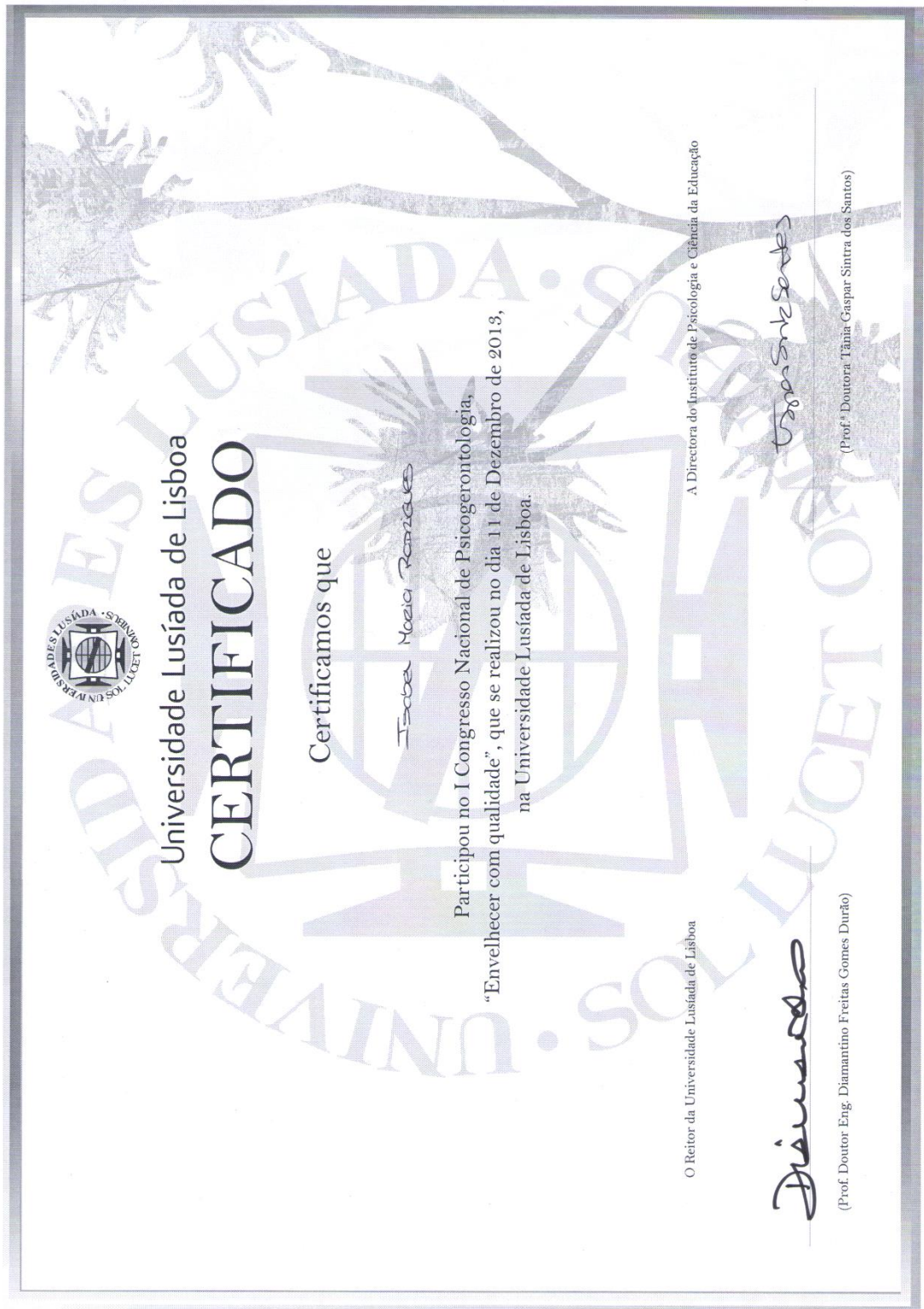
LAB

by Oficina de Psicologia

Laboratório de Psicologia da Oficina de Psicologia, Lda.
 Rua Pinheiro Chagas, nº 48, 4º andar, 1050-179 Lisboa

<http://www.psicologosnolaboratorio.com/> | contacto@oficinadepsicologia.com

210 99 98 70







Irmãs
Hospitaleiras
CLÍNICA PSIQUIÁTRICA DE SÃO JOSÉ

Relatório de Avaliação Psicológica

Elementos de identificação

Nome: L. S.

Idade: 84 anos

Data Nascimento: 29/08/1929

Estado Civil: Solteira

Escolaridade: Doutoramento

Profissão: Reformada

Data de realização

Avaliação: 08/01/2014

Relatório:

Psicólogo

Nome: Isabel Rodrigues (Estagiária Académica) e Catarina Janeiro (OP 2905)

Pedido Inicial/Motivo da consulta

A avaliação foi realizada para avaliar o funcionamento cognitivo da utente e ponderar intervenção específica.

História Relevante e informação contextual

A Sra. D. L.S. foi investigadora na área da medicina veterinária e a sua vida profissional consistiu em leccionar na faculdade. Está reformada dessa actividade e está internada numa unidade de psicogeriatria da CPSJ desde 2003.

A utente apresenta queixas cognitivas flutuantes, sobretudo em alturas de maior instabilidade emocional.

Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus
Azinhaga da Torre do Fato n.º 8, 1600-774 Lisboa
Tel.: (+351) 217 125 110 - Fax: (+351) 217 125 119
www.irmashospitaleiras.pt/cpsj

