

UNIVERSIDADE  
CATÓLICA  
PORTUGUESA

---

BRAGA

## Relatório de Estágio

Apresentado à Universidade Católica  
Portuguesa para obtenção do grau de mestre em  
**Psicologia Clínica e da Saúde**

**Joana Marques Leite**

**Faculdade de Filosofia e Ciências Sociais**

DEZEMBRO 2016



**CATÓLICA**  
**FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS SOCIAIS**

---

BRAGA

## Relatório de Estágio

Local de Estágio: Casa de Saúde do Bom Jesus  
– Irmãs Hospitaleiras

Relatório de estágio apresentado à  
Universidade Católica Portuguesa para  
obtenção do grau de mestre em Psicologia  
Clínica e da Saúde

**Joana Marques Leite**

Sob a Orientação da Prof.<sup>a</sup> Doutora **Armanda Paula  
Cunha Gonçalves**

## **Agradecimentos**

Primeiramente queria agradecer a todas as pessoas que direta ou indiretamente me auxiliaram nesta longa jornada.

À Professora Doutora Armanda Gonçalves, minha orientadora e mediadora, o meu sincero agradecimento, por todo o empenho, profissionalismo, disponibilidade, companheirismo, exigência, compreensão e acompanhamento ao longo deste ano tão difícil. As palavras sábias de toda uma vasta experiência ajudaram, sem dúvida, a minimizar, toda a ansiedade, desmotivação e inquietação desta fase tão importante. Obrigada pela confiança depositada, e por me incentivar sempre a fazer mais e melhor. À Doutora Armanda, o meu MUITO obrigada.

À Doutora Raquel Queiroz e a Doutora Ana Oliveira, obrigada pela disponibilidade, profissionalismo e por me transmitirem os conhecimentos necessários neste fase tão importante, o estágio curricular. Obrigada pela partilha diária de experiências e pelas discussões cruciais dos casos que foram parte fundamental neste estágio. Obrigada.

A todos os utentes que me ajudaram a crescer pessoal e profissionalmente, que me ajudaram a ver o mundo de outra forma. Obrigada por me aceitarem tão bem, e serem tão carinhosas e tão delicadas comigo. Obrigada pela partilha, por todas as nossas conversas, sorrisos e até lágrimas, e por fim pela entrega e aceitação e por me fazerem sentir saudades de cada uma de vocês.

Aos meus pais, as pessoas que mais força e motivação me deram para continuar e nunca desistir de um sonho que é a Psicologia. Obrigada por todo o esforço, todas as palavras de encorajamento, por todos os abraços, por todos os “estamos contigo, força”, obrigada por todas as vezes que me ligavam apenas para dizer “amo-te, estou aqui” e acima de tudo por me manterem nesta tão desejada universidade que passou a ser a minha segunda casa.

Obrigada por nunca me terem deixado desistir, e por estarem sempre do meu lado, mesmo quando o meu humor não era o melhor. MUITO OBRIGADA, aos meus pilares, aos meus exemplos de vida, aos meus TUDO.

Ao meu irmão Jorge, por todos os sorrisos partilhados, por me seguir tão atentamente durante todo este percurso académico, e por me encorajar nos momentos mais difíceis. A ele o meu enorme agradecimento por todo o carinho, por todos os abraços e gestos, por toda a cumplicidade, sem dúvida o meu orgulho.

Ao Alexandre, por toda a paciência, por toda a compreensão, por todo o carinho e amor, e por aturar o meu desassossego e de desânimo, tão difíceis de ultrapassar. Obrigada por seres o companheiro de todas as horas e por nunca desistires de mim. Obrigada por me

motivares diariamente com incansáveis elogios. Obrigada pela excelente pessoa que me fazes ser todos os dias ao longo deste longo percurso, sozinha seria muito mais difícil.

Aos meus avós, por todas as boas palavras, por todo o companheirismo e por todo amor quando mais precisei. Obrigada por tantas vezes me enxugarem as lágrimas, incentivarem a nunca desistir, e por toda a partilha de sentimentos. Aos meus segundos pais e padrinhos, o meu obrigada sincero, por toda a educação partilhada, regras, e por todo o carinho.

À minha tia Orlanda e ao meu tio Rui, obrigada pelas palavras sábias, por toda a partilha de experiências que me ajudaram a nunca baixar os braços, e que me motivaram a continuar, pois o caminho é difícil mas no fim vai compensar. Por serem uma referência a nível académico, pois são o meu exemplo, quis seguir os vossos passos e fazer valer o orgulho que tem em mim. Obrigada pela força incondicional e pela dedicação nesta etapa e sempre.

Muito obrigada Tia, por seres como uma irmã e melhor amiga para mim, por seres um orgulho para mim, por seres tão presente apesar da distância e por tudo o que tens feito por mim, não há palavras.

Aos meus amigos, por me ouvirem diariamente, por aturarem e ajudarem a lidar com todas as situações que foram surgindo.

Às amigas da universidade, o meu mais sincero obrigada pela troca de experiências, por todas as lágrimas mas também sorrisos, por todos os momentos partilhados, por toda a amizade sincera e verdadeira, por toda a lealdade, por estarem sempre do meu lado e por me ajudarem tanto nesta fase, chegarmos todas até aqui e isso é um orgulho enorme para mim.

Às amigas de sempre, obrigada por compreenderem e ajudarem nos meus maus momentos, no meu desespero e nas minhas perturbações momentâneas, por vezes não fui a melhor pessoa nem a mais compreensível e a vocês o meu muito obrigada por estarem sempre lá com um sorriso nos lábios e dizerem “tu és forte, nós estamos aqui e tu vais conseguir”. Obrigada pelo carinho, amor e por seres pessoas tão fantásticas comigo. Obrigada ainda por todas as surpresas e mensagens que só me motivaram e ajudaram a terminar e seguir em frente.

Obrigada a Todos, do fundo do coração!

## **Resumo**

O presente estágio foi realizado na Casa de Saúde do Bom Jesus (CSBJ), esta instituição possui curto e longo internamento de utentes na sua maioria do sexo feminino, com perturbação mental a partir dos 18 anos.

O principal objetivo desta instituição é prestar uma assistência total nas dimensões física, social, psicológica, cultural, ética, relacional e espiritual a doentes psíquicos, idosos, deficientes entre outros, ou seja a pessoas com disfunções a vários níveis, predominantemente do foro psicológico. Para o efeito disponibiliza serviços de psiquiatria, psicogeriatrics, terapia ocupacional, fisioterapia e cuidados paliativos, capazes de atuar em áreas como deficiência mental, toxicoddependência, alcoolismo incluindo assim a reabilitação/integração social aumentando o bem-estar e qualidade de vida dos utentes.

A CSBJ é um contexto potencialmente desafiante mas rico de aprendizagem no exercício da Psicologia, fazendo a ligação entre a teoria e a prática, o estágio teve como objetivos proporcionar a aplicação das diferentes abordagens teóricas aos diversos contextos de prática psicológica, promover o contacto e a aprendizagem de boas práticas de forma a desenvolver competências profissionais adequadas e a autonomia da estagiária. Terá uma intervenção apenas a nível dos utentes, sendo que foram realizadas atividades de forma a potenciar as competências dos utentes. Primeiramente, a atividade de observação, seguidamente intervenção individual, intervenção em grupo e acção de formação. Por fim, o estagio permitiu um crescimento pessoal e profissional e um contributo na melhoria da qualidade de vida dos utentes.

**Palavras-chave:** estagio, psicologia, saúde mental e doença-mental.

## **Abstract**

The internship in discussion took place in Casa de Saúde do Bom Jesus (CSBJ), an institution that provides short and long institutionalization to a population of mostly females, 18-and-up, with mental illness.

Its main purpose is to assist the needs - physical, social, psychological, cultural, ethical, relational and spiritual - of mental patients, the elderly, the disabled, among others. To that effect, the CSBJ provides services in the fields of psychiatry, psychogeriatrics, occupational therapy, physiotherapy and palliative care, intervening in cases of mental disability, drug addiction, alcoholism in order to rehabilitate and reintegrate the patient, improving their well-being and quality of life.

The CBSJ is a challenging context, but rich in possibility of learning the exercise of Psychology by bridging theory and practice. The internship had the goals of allowing the use of different theoretical approaches to different contexts of psychological practice, in order to allow the intern to develop proper professional skills and autonomy. The intervention is solely directed towards the patients, and several activities were developed in order to optimize their skills. First, the observational period will be described, followed by individual intervention, group intervention and training action. It can be concluded that the internship being described allowed for personal and professional growth, and resulted in a significant help towards improving the patients' quality of life.

**Keywords:** internship, psychology, mental health, mental disease

## **Acrónimos**

**CSBJ** – Casa de Saúde do Bom Jesus

**NEAR** – Abordagem Neuropsicológica e educativa para a remediação

**EHS** – Escala de competências sociais

## Índice

|   |           |
|---|-----------|
| Introdução.....   | 10        |
| <b>PARTE I - Caracterização do contexto institucional/organizacional de estágio e o serviço de psicologia .....</b> | <b>11</b> |
| <b>1.Caracterização da instituição .....</b>  | <b>12</b> |
| 1.1.Caracterização da Casa de Saúde do Bom Jesus – Irmãs Hospitaleiras.....   | 12        |
| 1.2. O papel do profissional de psicologia na Casa do Bom Jesus.....  | 13        |
| 1.3. Levantamento de necessidades.....  | 14        |
| <b>PARTE II – Atividades realizadas no contexto de estágio .....</b>  | <b>16</b> |
| <b>2. Atividades desenvolvidas .....</b>  | <b>17</b> |
| 2.1. Atividades de observação.....  | 17        |
| 2.1.1.Observação consultas psiquiatria .....  | 17        |
| 2.1.2 Observação consultas psicologia.....  | 18        |
| 2.1.3 Grupo NEAR – Reabilitação Cognitiva .....   | 19        |
| <b>2.2. Atividades de intervenção psicológica individual.....</b>   | <b>20</b> |
| 2.2.1. Casos clínicos .....   | 20        |
| 2.2.1.1. Caso A. ....   | 20        |
| 2.2.1.2. Caso C. ....   | 26        |
| 2.2.1.3. Caso E.....  | 30        |
| 2.2.1.4. Caso L.....  | 34        |
| <b>2.3. Atividades de intervenção em grupo .....</b>  | <b>41</b> |
| 2.3.1. Competências Sociais – Unidade S. Bento e S. José.....   | 41        |
| 2.3.2. Ação de formação “Empowerment na doença mental grave”.....   | 49        |
| 2.3.3. Sessões de treino de relaxamento muscular progressivo.....   | 51        |
| <b>PARTE III – Reflexão .....</b>   | <b>53</b> |
| <b>3. Reflexão pessoal.....</b>   | <b>54</b> |
| Referências Bibliográficas .....  | 57        |

|  |    |
|--|----|
| Anexos.....  | 58 |
| Anexo I – Guião de entrevista ao serviço de psicologia.....                                      | 59 |
| Anexo II – Guião de entrevista a outros profissionais e utentes.....                             | 60 |
| Anexo III – Relatório do caso observado da utente C.....   | 61 |
| Anexo IV – Exemplo de nota de observação de um caso de psicologia .....                          | 64 |
| Anexo V – Exemplo de duas sessões do grupo de competências sociais.....                          | 67 |
| Anexo VI – Exemplo de relatório de avaliação de uma utente do grupo de competências sociais..... | 73 |
| Anexo VII – Apresentação da ação de formação “ <i>Empowerment</i> ”.....                         | 77 |

## Índice de tabelas

|                 |   |    |
|-----------------|---|----|
| <b>Tabela 1</b> | Análise SWOT.....   | 13 |
| <b>Tabela 2</b> | Casos de observação de acompanhamento psicológico.....                                      | 16 |
| <b>Tabela 3</b> | Competências específicas aplicadas no programa de competências sociais...                   | 41 |
| <b>Tabela 4</b> | Resultados pré/pós avaliação da escala EHS.....   | 42 |
| <b>Tabela 5</b> | Resultados pré/pós da escala <i>face emotion identification test</i> .....                  | 43 |
| <b>Tabela 6</b> | Resultados pré/pós de avaliação da escala avaliação do funcionamento adaptativo social..... | 43 |

## **Introdução**

O presente trabalho relata o percurso de estágio curricular, desenvolvido no âmbito do mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, hipoteticamente a etapa chave de toda a formação académica do futuro profissional de psicologia.

Este estágio foi o primeiro contacto de carácter prático, em que nós enquanto estudantes colocamos em prática todas as metodologias, técnicas e abordagens adquiridas ao longo destes anos de curso. Esta etapa fulcral permitiu-nos adquirir e solidificar novas ferramentas e técnicas relevantes para a preparação para a vida profissional.

O estágio foi realizado na Casa de Saúde do Bom Jesus (CSBJ) – Irmãs hospitaleiras, foi fundado a 30 de Setembro de 1932 e tem vindo a desenvolver a sua missão a favor da pessoa com perturbação mental. O primeiro internamento ocorreu a 6 de Dezembro de 1932 e desde então construíram seis unidades de internamento, de curta, média e longa duração. A Casa de Saúde do Bom Jesus encontra-se localizada na freguesia de Nogueiró, concelho de distrito de Braga.

O presente relatório é constituído por três partes fundamentais, a primeira refere-se à caracterização da instituição, nesta parte do trabalho iremos encontrar além de uma descrição aprofundada da instituição, o papel do psicólogo na CSBJ e ainda o levantamento de necessidades da instituição.

A segunda parte do trabalho, diz respeito às atividades realizadas ao longo do estágio, nomeadamente, a observação de consultas de psicologia e psiquiatria, observação do grupo NEAR, a intervenção psicológica, neste tópico serão descritos os quatro casos acompanhados apresentando a história, diagnóstico clínico e diferencial, a formulação de caso e ainda o plano de intervenção. Ainda nesta segunda parte iremos encontrar a atividade em grupo, o grupo de competências sociais, ação de formação sobre o *empowerment* e ainda as sessões de relaxamento muscular progressivo.

Na terceira e última parte, será apresentada uma reflexão pessoal sobre experiência do contexto de estágio.

---

**PARTE I - Caracterização do contexto institucional/organizacional de estágio e o serviço  
de psicologia**

---

## **1. Caracterização da instituição**

### **1.1. Caracterização da Casa de Saúde do Bom Jesus – Irmãs Hospitaleiras**

A Casa de Saúde do Bom Jesus (CSBJ) foi fundada a 30 de Setembro de 1932 e é um dos 13 centros a nível nacional da Congregação das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus. Todas as instituições desta Congregação, tem vindo a desenvolver a sua missão apostólica a favor das pessoas com perturbação mental com base e duas áreas, a área da Psiquiatria e Saúde Mental, com uma receção e abertura a novas necessidades tanto humanas como sociais.

A CSBJ está dividida em unidades de curto e longo internamento. Nas unidades de curto internamento encontram-se a unidade S. João de Deus e S. Luís Gonzaga. Nas unidades de longo internamento estão as restantes unidades que compõem a instituição que são a unidade de Sagrado Coração, S. Bento, S. José e Nossa Senhora de Fátima.

As diversas unidades que compõem a CSBJ têm dinâmicas e especificidades características de cada uma, consoante as características e diagnóstico de cada utente que dá entrada na mesma. Na unidade de S. João de Deus encontram-se utentes com perturbação mental mas que são independentes, autónomas e ativas, esta unidade é caracterizada e denominada pela unidade de clínica, esta é a unidade da psiquiatria. Na unidade de S. Luís Gonzaga encontram-se utentes com dependência a nível do álcool e/ou drogas que podem ter ou não uma perturbação mental associada, esta é a unidade da toxicodependência e alcoolismo. Nestas duas unidades os utentes estão por norma entre 2 a 3 semanas.

A unidade de Sagrado Coração, encontram-se utentes idosas com perturbação mental associada, esta unidade é dividida em dois sectores o A e o B, em que no A se encontram as utentes mais independentes e no B as utentes mais dependentes de todo um conjunto de cuidados, esta é a unidade da psicogeriatrics. A unidade de S. Bento é a unidade mais complexa pois os utentes além de deficiência mental têm uma perturbação mental associada.

A unidade de S. José é constituída por utentes de idade mista, isto é com utentes mais novas e utentes um pouco mais velhas com perturbação mental porem independentes na sua maioria. A unidade Nossa Senhora de Fátima, é a unidade com utentes muito idosas e a maioria acamadas com demência e perturbações mentais.

A instituição ainda possui de uma residência denominada de Sta. Teresa, que é dentro da instituição, sendo o objetivo desta residência a preparação para a vida em sociedade para posteriormente passarem para um dos três apartamentos terapêuticos que se encontram fora da instituição, na cidade de braga, onde se encontram utentes que já são autónomos, vivem sozinhos porem têm sempre acompanhamento pelos psicólogos da instituição.

## 1.2. O papel do profissional de psicologia na Casa do Bom Jesus

O serviço de psicologia na Casa de Saúde do Bom Jesus desenvolve um serviço especializado e interdisciplinar, adaptado às especificidades de cada unidade e problemáticas apresentadas.

Desta forma, as intervenções tanto podem ter como objetivo o tratamento, visando controlar a doença (processos agudos) – nas unidades de curto internamento, como o acompanhamento nos processos crónicos/graves – nas unidades de longo internamento – que visa adaptar a pessoa à realidade da doença de forma a melhorar a sua vivência do processo (Joyce & Barros, 2005).

Na unidade São João de Deus, o serviço de psicologia, tem como funções, a avaliação psicológica de diagnóstico, avaliação neurocognitiva e acompanhamento psicológico no internamento (psicoterapia individual e/ou familiar), psicoeducação individual e/ou familiar e intervenções de grupo.

Na unidade de São Luís Gonzaga, sendo também uma unidade de curto internamento, o trabalho recai sobre a intervenção psicológica individual e/ou em grupo, distinto das outras unidades. Esta unidade recebe utentes com diferentes diagnósticos, associados a uma história de consumos de álcool e/ou substâncias psicoativas.

Relativamente às unidades de longa duração, o trabalho realizado centra-se no acompanhamento psicológico no internamento, isto é, promoção do suporte social, estratégias para lidar com o problema de saúde, normalização da experiência, aumento do sentido de controlo, estratégias de  *coping* , informações sobre a doença que padece, bem como intervenções de grupo como forma de terapia e partilha de experiências, por exemplo, competências sociais, mediação de “reuniões comunitárias” diárias e promoção de atividades de lazer (p. ex. saídas ao exterior, idas ao café) não só como reforço pelo bom trabalho desenvolvido, como também com o intuito de treinar algumas competências sociais (p. ex. gestão de dinheiro) que possam estar comprometidas.

No âmbito da intervenção, a psicologia desenvolve, similarmente, programas de reabilitação psicossocial, reabilitação sócio ocupacional e reabilitação residencial (Residência Protegida Sta. Teresa e Unidades de Vida Apoiada, e também, apoio domiciliário, unidade móvel – ConSentido).

Neste sentido, o papel do psicólogo na Casa de Saúde do Bom Jesus classifica-se em duas valências: tratamento e reabilitação. O tratamento refere-se às medidas tomadas para sustentar um processo patológico já iniciado, a fim de evitar maiores complicações e sequelas e limitar a incapacidade (Leavell & Clark, 1965). A reabilitação procura minimizar as

consequências (físicas, psicológicas e sociais) da perturbação, restaurando a sua situação anterior ou maximizando o uso das suas capacidades preservadas e evitando recaídas (Menezes, 2007).

Neste momento, todas as utentes da Casa de saúde têm um plano individual de cuidados ou reinserção que consiste, basicamente, num plano com objetivos gerais e específicos para a problemática da pessoa, sendo que cada uma das psicólogas de Serviço é responsável por um conjunto de utentes, o que significa que têm uma ação mais direta e aprofundada dessas mesmas utentes, este modelo está em consonância com a visão hospitalar de centralidade no indivíduo e nas suas carências, necessidades e potencialidades.

### 1.3. Levantamento de necessidades

O levantamento de necessidades baseou-se na realização de entrevistas semi-estruturadas (anexo I – psicologia; anexo II – outros profissionais e utentes), a vários profissionais, 2 psicólogas, 3 profissionais da equipa multidisciplinar e 2 utentes (utentes da unidade de S. José).

No processo de análise deste material sucedeu-se à análise das **Strength** (forças), **Weaknesses** (fraquezas), **Opportunities** (oportunidades), **Threats** (ameaças), ou seja, análise **SWOT** para uma melhor identificação das necessidades da instituição. A análise SWOT é um sistema simples utilizado para analisar o panorama geral de uma dada empresa ou instituição. O modelo de análise SWOT implica alguns dos conceitos básicos em que a investigação das forças e fraquezas centram-se numa análise interna, ou seja os profissionais e as capacidades individuais integradas da restante equipa. Relativamente às oportunidades e ameaças focam-se numa análise externa, isto é, capacidade de selecionar e combinar recursos adequados e mutuamente complementares (Vasconcelos & Cyrino, 2000).

Posto isto, foi possível identificar em termos de forças da instituição: a boa formação dos profissionais, o bom ambiente entre a equipa, os vários projetos realizados pela equipa (sociais e cognitivos), a maioria considera haver uma boa articulação profissional, e ainda apoio psicológico aos profissionais.

No que diz respeito às **fraquezas** pontamos vulnerabilidades como: poucos recursos humanos, pouco apoio individual aos utentes, pouca formação dos voluntários, falta de apoio psicológico à própria equipa de psicologia.

Ainda através desta análise, no que concerne às **oportunidades** foi possível perceber que a instituição Casa do Bom Jesus, poderia ainda inovar, fazendo uma sala de “triagem”. Esta sugestão foi apresentada por uma auxiliar, em que o objetivo seria encaminhar os utentes

para esta mesma sala onde os utentes recorriam sempre que necessitassem de apoio psicológico e quando tivessem uma recaída, sendo que esta seria a equipa de psicologia a organizar e trabalhar. Ainda outras áreas onde esta instituição podia apostar era na formação dos colaboradores; em projetos para utentes menos capacitados e mais dependentes; em retomar sessões de psico-educação a familiares e utentes e voluntariado por parte dos utentes.

Por fim, as **ameaças** apontadas são pouco tempo de intervenção e acompanhamento aos utentes por parte do serviço de psicologia, falta de consenso entre a equipa de psicologia, pequenas quebras no que diz respeito à confidencialidade e direitos dos utentes por parte de alguns colaboradores e demasiada rotatividade na equipa de psicologia (estagiários).

Tabela 1:  
*Análise SWOT*

|                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| <b>Strength – Forças</b>             | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Formação dos profissionais;</li> <li>✓ Bom ambiente entre a equipa;</li> <li>✓ Vários projetos realizados pela equipa (sociais e cognitivos);</li> <li>✓ Maioria considera haver boa articulação profissional;</li> <li>✓ Apoio psicológico aos profissionais.</li> </ul>          |
| <b>Weaknesse - Fraquezas</b>         | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Poucos recursos humanos;</li> <li>✓ Pouco apoio individual aos utentes;</li> <li>✓ Formação dos voluntarios;</li> <li>✓ Falta de apoio psicológico à propria equipa de psicologia.</li> </ul>  |
| <b>Opportunities - Oportunidades</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Sala de “triagem” organizada pela equipa de psicologia;</li> <li>✓ Formação dos colaboradores;</li> <li>✓ Projectos para utentes menos capacitados;</li> <li>✓ Retomas sessões de psico-educação a familiares e utentes;</li> <li>✓ Voluntariado por parte dos utentes.</li> </ul> |
| <b>Threats - Ameaças</b>             | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Pouco tempo de intervenção/acompanhamento;</li> <li>✓ Falta de consenso entre a equipa;</li> <li>✓ Falta de confidencialidade e direitos dos utentes por parte de alguns colaboradores;</li> <li>✓ Demasiada rotatividade entre a equipa (estagiarios).</li> </ul>                 |

---

**PARTE II – Atividades realizadas no contexto de estágio**

---

## **2. Atividades desenvolvidas**

Neste contexto de estágio, foram inúmeras as atividades desenvolvidas, portanto não será possível a caracterização pormenorizada de cada atividade, porém para uma melhor compreensão do que foi desenvolvido durante este percurso será realizada uma pequena síntese das atividades de observação realizadas, designadamente, a observação de consultas de psiquiatria, e observação de dois casos de psicologia. Iremos ainda expor a observação do grupo de neuropsicológica e educativa para a remediação cognitiva (NEAR).

### **2.1. Atividades de observação**

#### **2.1.1. Observação consultas psiquiatria**

A primeira atividade desenvolvida na CSBJ foi a observação das consultas de psiquiatria, esta observação teve início no dia 2 de Março de 2015 tendo o seu fim a 5 de Junho de 2015. A observação das consultas de psiquiatria deviam ter começado mais cedo, porém a psiquiatra tinha outros estagiários nesse período.

As observações das consultas de psiquiatria eram, por norma, às sextas-feiras de manhã e realizavam-se na unidade de curto internamento, ou seja na unidade S. João de Deus. Nesta unidade encontram-se utentes em que na sua maioria foram diagnosticadas com perturbações de humor, demências, dependências e perturbações da personalidade. As consultas, no geral, eram breves, cada consulta tinha a duração entre 5 a 10 minutos, pelo que por cada manhã, a psiquiatra, conseguia atender entre 5 e 6 utentes.

O principal objetivo desta atividade, era os estagiários terem a oportunidade de conhecer na prática as diferentes metodologias utilizadas bem como a prescrição medicamentosa, a elaboração do diagnóstico e o planeamento terapêutico durante o percurso da utente na unidade.

Na CSBJ, em alguns casos mais específicos, a equipa de psiquiatria solicita a ajuda da equipa de psicologia, para assim poderem aprofundar o caso em questão, com o objetivo de uma melhor compreensão da perturbação e das suas consequências na utente.

Foram observados aproximadamente 20 casos, os principais diagnósticos apresentados foram perturbação da personalidade, por exemplo, borderline, perturbação depressiva major, esquizofrenia, esquizoafetiva e alcoolismo. Dos casos observados, cerca de 10 casos foram encaminhados para o serviço de psicologia.

No fim de cada consulta era realizada uma síntese do caso em relação á história clínica e pessoal da utente, realçando alguns aspectos importantes de cada caso, sendo que no fim havia geralmente uma discussão do caso bem como o possível diagnóstico.

Esta observação das consultas de psiquiatria ajudou no crescimento pessoal e profissional do estagiário, pois foi conseguido obter um maior conhecimento ao nível das perturbações e das possíveis causas e consequências das mesmas em diferentes tipos de pessoas bem como a assimilação e percepção da ajuda entre os serviços de psicologia e psiquiatria. Sendo que assim permitiu obter a oportunidade de pôr em prática o que aprendi em anos anteriores de licenciatura e assim tinha a oportunidade de desenvolver e solidificar conceitos anteriormente teóricos. Um aspeto interessante, as famílias eram integradas nas consultas como forma de ajudar a psiquiatra a perceber a utente e os seus comportamentos em contextos privados, os familiares eram parte integrante do tratamento das utentes.

### 2.1.2 Observação consultas psicologia

As observações das consultas de psicologia, tiveram início com a observação de casos clínicos para os quais foi solicitado o acompanhamento psicológico na Unidade de S. João de Deus. Primeiramente observamos as psicólogas da instituição, sendo que foram observados dois casos. Posteriormente iniciou-se as consultas de forma autónoma sendo que na primeira consulta a psicóloga estava presente.

De início, o estagiário observou o acompanhamento psicológico realizado com 2 utentes, a utente F. e a utente C. (Tabela 2). Em anexo apresentamos o relatório detalhado da utente C. (anexo III)

Tabela 2:

*Casos de observação de acompanhamento psicológico*

| Nome                                  | Utente F.   | Utente C.   |
|---------------------------------------|---|---|
| <b>Identificação/História clínica</b> | Casada, tem dois filhos, apresenta sintomatologia depressiva. | Tem 36 anos, divorciada, tem três filhos, costureira apresenta sintomatologia depressiva e ideação suicida. |
| <b>Diagnóstico</b>                    | Perturbação Depressiva Major                                  | Perturbação Depressiva Major  |
| <b>Número de consultas</b>            | 2   | 3   |

Durante este percurso de observação, foi possível perceber que a intervenção, no caso destas utentes observadas, se foca em quatro fases, nomeadamente, a diminuição da sintomatologia depressiva e consequente ideação suicida, posteriormente a isto, quando a psicóloga percebe que a utente já está mais controlada no que concerne aos sintomas, a psicóloga inicia a prevenção de recaída junto da utente, seguindo-se o desenvolvimento de

estratégias e por fim a resolução de problemas. Todas estas fases têm como objetivo principal, ajudar a utente e preparar a mesma para a rotina diária e assim ter alta.

Depois de cada consulta as psicólogas, faziam uma síntese do caso discutindo as possíveis intervenções e diagnósticos atribuir a cada utente. No final de cada sessão com a utente eram realizadas notas de observação (anexo IV).

O trabalho das psicólogas que acompanharam os estagiários foi excepcional pois proporcionaram um maior conhecimento pois aprendeu-se que na prática alguns aspetos são mais rigorosos do que aparentam ser como por exemplo criar empática com a utente, assim desenvolveu-se e consolidou-se as competências fundamentais como observação e intervenção psicológica, bem como a condução de uma entrevista clinica, e a planificação das sessões com o intuito de promover evolução da utente e a consequente alta médica. Posto isto, considerou-se que esta atividade foi fundamental no percurso enquanto estagiária pois possibilitou uma maior proximidade com as várias utentes e com o serviço de psicologia antes de iniciar as consultas de forma autónoma. No entanto, a estagiária considerou que pelo facto de o número de utentes e respetivas sessões terem sido reduzidas, não permitiu adquirir as competências na sua totalidade para posteriormente iniciar as intervenções individuais. Porém, o trabalho e esforço das psicólogas foi importante pois apesar dos poucos casos e das respetivas poucas observações, já foi positivo pelo simples de facto de haver poucos casos na CSBJ, para os psicólogos e estagiários presentes de momento.

### **2.1.3 Grupo NEAR – Reabilitação Cognitiva**

O grupo NEAR, ou seja, a abordagem Neuropsicológica e Educativa para a Remediação Cognitiva, esta abordagem tem como principal público-alvo os pacientes psiquiátricos. O principal objetivo deste grupo é a estimulação cognitiva.

Neste grupo cada utente está num computador individual a realizar os vários testes e aprendizagens que o NEAR proporciona, sendo que cada utente tem o seu ritmo e pode escolher o que estimular em cada sessão, porém deve ser realizado com um grupo de utentes.

O grupo era composto por 8 utentes da unidade de São José, o supervisionamento da atividade era realizado por uma psicóloga e dois estagiários. A observação da atividade iniciou no mês de Novembro, porém apenas quando o estágio não tinha outras atividades é que observava o grupo NEAR, sendo que este grupo terminou em Maio. Nas sessões observadas, o psicólogo estagiário começava com o auxílio aos utentes na relação dos exercícios do programa digital e no fim de cada sessão o psicólogo terminava com uma atividade de estimulação cognitiva.

Esta atividade, como foi das primeiras permitiu um primeiro contacto com as utentes, que facilitou as posteriores intervenções individuais e em grupo com algumas das utentes.

A observação deste grupo, foi enriquecedora e interessante porque é motivador ver as utentes a tornarem-se mais autónomas na realização das várias atividades. As utentes no geral, não sabiam trabalhar com o computador, nem conseguiam estar tanto tempo paradas sem se levantarem, e com este grupo, ao longo das sessões as utentes melhoraram significativamente, e eram as mesmas a aumentar o nível de dificuldade dos exercícios que praticavam. O programa teve um impacto positivo nas capacidades cognitivas e sociais das utentes, fazendo com que as mesmas se tornassem mais independentes e autónomas.

## **2.2. Atividades de intervenção psicológica individual**

### **2.2.1. Casos clínicos**

A intervenção psicológica trata-se de um processo fundamental, no sentido em que permite avaliar cada utente e planear uma intervenção adequada, utilizando técnicas e métodos adaptados, resultando de um aumento do bem-estar bem como um ajustamento pessoal e social que resultara numa melhor qualidade de vida (Buella-Casal e Sierra, 2004; Ferreira & Mousquer, 2004; Leal & Ribeiro, 1996)

As atividades realizadas ao nível individual no local de estágio tiveram como objetivos, primeiramente à avaliação, recorrendo à aplicação da entrevista clínica com o intuito de recolher informação necessária sobre as utentes, seguindo-se do diagnóstico clínico, o diagnóstico diferencial, formulação de caso e por fim com o intuito de promover o bem-estar psicológico desenvolveu-se a planificação da intervenção que implica a prevenção de recaída e a delineação de estratégias de *coping*. Na planificação da intervenção foram aplicados alguns instrumentos como por exemplo, mapa de redes, questionário de esquemas de Young e relaxamento muscular progressiva.

Foram acompanhados 4 casos clínicos, porém, nas utentes A. e C. foram realizadas apenas a avaliação, sendo que se realizou 2 sessões respetivamente e nos casos E. e L. foram realizados a avaliação e intervenção, realizando-se 5 sessões em cada utente.

#### **2.2.1.1. Caso A.**

A. tem 66 anos, vive no distrito de Braga, e é reformada por invalidez. É casada, e vive com o marido e com o filho mais velho de 46 anos. Tem 4 filhos, 3 rapazes e uma rapariga.

A utente A. começa por referir no início da consulta que se sentia “cansada de tudo”, e afirma “cansei-me da vida”, “ a minha cabeça está cansada”. O motivo do internamento da

utente prende-se pelo facto de ser vítima de violência doméstica pelo que apresenta humor deprimido, desespero e medo de voltar a casa. Este é o seu quinto internamento, todos nesta instituição e pelo mesmo motivo.

Em termos de história médica A. teve um cancro do colo útero aos 39 anos, sendo que lhe foi feita a histerectomia total, o que acarretou complicações a nível físico pois desenvolveu uma infeção e teve de ser transferida do hospital, onde realizou a cirurgia, para o IPO do Porto, onde realizou radioterapia, que segundo a A., foi violenta e condicionou a sua qualidade de vida.

Ainda em termos de saúde tem uma prótese em cada coxa, porém já foram ambas substituídas, e a renovação da primeira prótese, segundo a utente será substituída num curto espaço de tempo, pois a utente refere sentir dores na locomoção.

Em termo de história desenvolvimental, a utente nasceu em Portugal, assim como os 2 irmãos e as 2 irmãs. Aos 9 anos foi para Moçambique juntamente com as irmãs e a mãe, pois segundo a utente, o pai e os irmãos já se encontravam neste país. A infância de A. foi feliz, bem como uma boa relação com os pais. A nível académico estudou até ao 4º ano e uns anos mais tarde começou a trabalhar numa cabeleireira.

O pai de A., faleceu com 83 anos e a mãe com 91 anos. Segundo A. este acontecimento marcou a vida da utente de forma significativa dado que tinham uma relação de proximidade e interajuda. Porém, a utente refere que este acontecimento de vida da utente foi marcante principalmente pelo falecimento do pai, pois o mesmo suicidou-se. Com os irmãos mantinha uma relação de proximidade com os irmãos. Porém, com a irmã mais próxima geograficamente (Braga), relata que tiveram um problema por razões monetárias e entretanto não se falaram mais.

A utente refere, que desde o namoro, J. Sempre foi muito ciumento e possessivo: “eu era uma menina e ele achava que todos me cobiçavam e queriam uma menina nova como eu” (sic).

Após o casamento, foram viver para África do Sul. Durante este período, a utente refere que o marido tinha comportamentos violentos quer para si quer para os filhos. Para além da violência física, segundo a utente, sofreu também violência psicológica, nomeadamente quando J. persuadiu a utente a deixar o emprego, para que esta não tivesse qualquer tipo de contacto com outras pessoas, essencialmente do sexo masculino realça a utente.

Aos 29 anos regressa a Portugal com 2 filhos e vai viver para Barcelos (terra do marido). Já em Portugal, o casal vai trabalhar para um café e a utente refere “eu não podia

falar com ninguém, o meu marido não queria que eu tivesse amigos, nem confianças com ninguém, tinha de me limitar a servir á mesa apenas” (sic).

A utente relata que o momento mais marcante pela negativa para a utente, foi quando o marido a agrediu violentamente partindo a bacia e o coxis da mesma “foi a primeira e única vez que me agrediu daquela maneira, mas marcou-me muito” (sic). A utente refere que nesse dia á noite, quando foi agredida o marido não a levou ao hospital, recorrendo no dia seguinte de manhã ao mesmo “quando cheguei ao hospital o raio x acusou muito sangue pisado e não se conseguia ver os ossos, só passado uns dias na fisioterapia é que me disseram que estavam fraturada na bacia e no coxis” (sic).

Aos 39 anos, a utente refere que foi surpreendida por um cancro no colo do útero e foi tratada no Hospital em Barcelos, onde foi realizada uma histerectomia total, posteriormente surgiram complicações, ganhando uma infeção sendo encaminhada para o IPO. Neste sentido, A. refere que resolveram e trataram da anemia e infeção que desenvolveu no hospital de Barcelos, os tratamentos foram realizados em simultâneo, para o tratamento da infeção, realizou radioterapia “no hospital de Barcelos não me retiraram tudo, ficou lá algumas células más e no IPO fiz radioterapia para limpar esta infeção” (sic).

A radioterapia segundo refere a utente foi violenta, o que lhe trouxe consequências a nível da qualidade vida. Refere ainda ter desenvolvido vários pólipos “depois de todos os tratamentos ganhei muitos pólipos na vagina, e tenho ido retirar-los ao IPO”.

A utente relata que substitui a primeira prótese aos 50 anos, a segunda prótese foi substituída aos 60 anos, e a renovação da primeira prótese aos 65, sendo que segundo a mesma “daqui a 3/4 anos tenho de renovar a segunda prótese, pois tenho dores”.

O marido não percebia a doença da utente, referindo “o meu marido pensa que sou um objeto, e obrigava-me a ter relações sexuais, sabendo que não podia porque estava em tratamentos e tinha dores”.

A relação com os filhos é normativa, porém a utente refere “o meu filho mais velho, o que vive connosco, não me dá atenção nem carinho e só vem almoçar e jantar connosco de resto nunca está connosco, e ainda por cima não trabalha e penso que anda com más companhias nos cafés da aldeia”, “penso que é uma pessoa traumatizada pelos maus tratos que teve do pai na sua infância, pois o pai não gostava dele, era o filho que ele mais agredia” (sic).

Por outro lado e segundo a utente, a filha A. e o filho mais novo V., são os filhos que mais a apoiam, e que segundo a mesma “estão mais dentro do assunto, e sabem de tudo, e sabem o meu desespero”, “o meu filho é policia e esconde-me a arma para eu não fazer asneiras com ela”(sic).

A filha da utente, A., tem 2 filhos, e estes netos, a S. com 12 anos e o S. com 1 ano, que segundo a utente “são a minha alegria e a minha força de viver”, “o meu marido pode ter muitos defeitos, mas é muito amigo dos netos, é aquilo que nunca foi para os filhos”, “é um homem que além de muito trabalhador, é muito carinhoso e amigo com os netos”.

A utente refere que já tentou sair de casa duas vezes, porém da primeira vez o marido foi ter com a mesma onde a utente estava a viver “prometeu-me que tudo iria mudar, e que não me agredia mais e eu lá voltei para casa”, da segunda vez a utente afirma “estava tudo pronto para sair de casa com os meus filhos, mas ele ouviu e apercebeu-se e tirou-me os meninos, disse que eu podia ir, mas os filhos que não iam, acabei por desistir”.

A. afirma ainda que não tem amigas, nem pessoas próximas em quem confie, só os irmãos e esses vivem todos longe, pelo que só falam por chamada telefónica.

### **Descrição comportamental em sessão**

A utente aparece à consulta com uma apresentação cuidada e com postura adequada utilizando uma canadiana para auxílio da marcha. Ao longo do processo demonstrou uma atitude cooperante, respondendo a todas as questões de forma aberta e extensa. A utente emocionou-se várias vezes durante a primeira sessão, principalmente quando falava na violência doméstica, e na morte do pai. Na segunda sessão estava mais calma, segura, porém demonstrava-se preocupada com a confidencialidade e com o seu futuro, pois voltando para casa afirmava que iria voltar tudo ao mesmo.

### **Diagnóstico clínico e diagnóstico diferencial**

Perante as informações recolhidas, reúnem-se as condições para a atribuição de um diagnóstico de:

**296.32 (F33.1) Perturbação Depressiva Major, episódio recorrente, moderado, sem características psicóticas, com características melancólicas.**

Perante os sintomas da Perturbação Depressiva Major, e segundo o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-V, APA 2013), foi possível considerar que A. apresenta **7 dos 9** sintomas.

Neste sentido, considera-se o **critério 1**, humor deprimido. Uma vez que A., apresenta o na sua maior parte do dia olhar vazio, choro fácil e tristeza; o **critério 2**, diminuição do interesse na maioria das atividades sendo que A. não tem motivação para fazer nada, mesmo

na instituição prefere estar parada e sozinha, do que participar em atividades que a própria instituição oferece.

O **critério 4**, insônia, pois a utente refere dormir mal e passar mal a noite pois tem medo do marido e que o mesmo apareça. O **critério 6**, perda de energia, a utente refere sentir-se cansada e com pouca força. O **critério 8**, indecisão, pois a utente está cansada do marido, dos maus tratos, e da violência física e psicológica, e relata ter medo de voltar a casa porém não é capaz de o deixar e de deixar a sua casa para ir por exemplo para um lar e demonstrar querer voltar para casa.

E por fim o **critério 9**, pensamentos de morte, quando a utente refere estar cansada de tudo, mas especificamente da sua vida, a utente relata que são os netos que a “seguram” e que “são a razão do meu viver”.

Para a realização do diagnóstico clínico foi indispensável fazer o diagnóstico diferencial, isto é, traçar várias possibilidades de diagnóstico que fundamentam a sintomatologia apresentada, é necessário analisar detalhadamente a origem, a caracterização e o desenvolvimento da sintomatologia da utente. A principal perturbação que surge inicialmente para explicar a sintomatologia de A. é a Perturbação de humor devida a outra condição medica, uma vez que apresenta alguns sintomas que poderiam conduzir a isso, como por exemplo, a perturbação causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do individuo. No entanto não preenche na totalidade os critérios para ser considerado perturbação de humor devido a outra condição medica, por exemplo a perturbação não ocorre exclusivamente no decurso de um *delirium*.

### **Formulação de caso**

A presente conceptualização teórica é realizada à luz do modelo cognitivo-comportamental, tendo como estrutura 5 parâmetros principais, nomeadamente a formulação do problema apresentado, os fatores precipitantes, os fatores de manutenção, fatores de predisposição e fatores de proteção (Johnstone & Dallos, 2006).

Relativamente ao **problema apresentado**, A. apresenta como principal problema a presença de violência domestica, refletindo de forma negativa na sua vida, tornando-a uma pessoa com humor deprimido (DSM-5,APA 2013), com perceção negativa sobre si, demonstrando pouca confiança nas suas capacidades, resultando também no cansaço, desespero, pessimismo chegando mesmo a ocorrer pensamentos de morte (DSM-5,APA

2013). Segundo Mattar e colaboradores (2007), a violência implica na vítima problemas de saúde mental como ansiedade, depressão e suicídio, sintomas estes presentes em C.

No que concerne aos **fatores precipitantes**, podemos considerar que o comportamento violento do marido levou a utente a ter um humor deprimido neste sentido podemos verificar que o principal fator desencadeador desta problemática foca-se essencialmente na violência conjugal. Como podemos verificar, muitos investigadores, têm vindo a preocupar-se com esta problemática sendo considerada um crime público. É considerado que a violência à mulher sobre a ótica psicossocial provoca repercussões na saúde mental. Existe uma relação intrínseca entre a violência doméstica e a vulnerabilidade física e psíquica afetando a mulher no seu bem-estar e qualidade de vida (Crepeschi, 2005; Francisquetti, 2000; Jacobucci, 2004; Rodrigues, 2006; Rovinski, 2004).

Em relação aos **fatores de manutenção** estes focam-se na violência doméstica severa por parte do marido à utente,. Outro fator de manutenção foca-se também na rede social pobre, sendo que A. não tem amigas nem pessoas de confiança e ainda os irmãos com quem tem mais relação vivem todos longe, não tendo ninguém com quem falar ou desabafar.

Alguns autores defendem que a violência, seja ela de carácter doméstica, sexual ou verbal acarreta para a vítima consequências graves como problemas familiares e sociais, perda do emprego, separação conjugal, abandono da casa, prostituição como parte dos problemas psicossociais relacionados a essa dinâmica (Mattar et al, 2007), posto isto podemos considerar que C. e segundo a literatura a mesma não tem qualquer contacto com amigos ou família (irmãos), perda do emprego pelos ciúmes doentios do marido e ainda abandono da casa como referido anteriormente.

No que diz respeito aos **fatores de predisposição**, por escassez de sessões realizadas com a utente e consequentemente de pouca informação não nos permite perceber quais são estes fatores.

Por fim, os **fatores de proteção** prendem-se com a boa relação com os filhos e netos, a utente refere “os meus netos são a minha força, são a minha força de viver”. O suporte social é um aspeto indispensável para a condição existencial dos indivíduos, pois este suporte contribui para a sensação de bem-estar e para a saúde mental, evitando assim o desenvolvimento de outras patologias ou recaídas (DiClemente, Story & Murray, 2000).

### 2.2.1.2. Caso C.

C., tem 41 anos, vive no distrito de Braga e é empregada de limpeza numa empresa têxtil. É divorciada há 12 anos, tem 3 filhos. Vive em união de facto há 8 anos com o D. de 28 anos, de quem teve o terceiro filho, o G. que tem 6 anos.

Vive atualmente com o companheiro, e com os três filhos. O pai de C., mudou-se recentemente para casa da filha para auxiliar a mesma.

A utente refere que este é o primeiro internamento e por vontade própria “decidi internar-me pois não estava bem, estou a fazer isto não por mim, mas pelos meus filhos, para voltar a ser a mãe que era”.

Decidiu internar-se porque segundo a mesma “não estou bem, já não me conheço, não sou a mesma e estou muito cansada da cabeça”.

A utente relata que desde o nascimento do filho que se sente diferente e piorou com o diagnóstico do mesmo como autista, sendo que o mesmo exige muito de si e a mesma não tem força para cuidar dele como devia, sentindo-se “má mãe, eles não merecem uma mãe assim, por isso tenho de me tratar”.

Refere ainda que a sua infância decorreu de forma normativa. Tem o 7º ano de escolaridade e sempre foi uma criança sociável.

A mãe da utente faleceu com 32 anos, tinha a utente 9 anos. A utente refere ter poucas lembranças da mãe, pois a mesma era uma pessoa doente e estava sempre internada sendo que só ia a casa ao fim-de-semana.

A utente relata que foi a avó materna, I., e o pai, C., que a criou tanto a ela como à irmã I. Refere ainda “o meu pai sempre foi muito trabalhador e para não nos faltar nada trabalhava muitas horas”.

A utente refere ter duas irmãs, a I. de 37 anos, do primeiro casamento do pai e a D. de 22 anos, fruto de uma união de facto que o pai de da utente teve após a morte da esposa.

Aos 29 anos, tentou suicidar-se com uma ingestão medicamentosa grave, e auto-mutilou-se, pois nesta altura segundo a mesma “ainda não estava divorciada mas já não dormia na mesma cama que o meu marido, era um em cada quarto”. C. refere que se auto-mutilava e que estava a desenvolver uma depressão “estava a começar a ter uma depressão e cortava-me toda para substitui a dor psicológica pela física”.

C. divorcia-se e segundo a mesma não foi um procedimento normal e fácil “fui eu que pedi o divórcio, e no início ele aceitou mas depois fez-me a vida negra chegou a bater-me e a mal tratar-me psicologicamente em frente aos meus filhos”.

A utente relata começar a namorar com D., atual companheiro, com o qual surge o terceiro filho planeado e desejado segundo a mesma, o G. que tem atualmente 6 anos. E segundo a utente, a partir deste momento tudo mudou “a minha vida mudou muito, pois o G. até aos 3 anos foi sempre um menino muito doente e complicado”. Contudo e segundo a utente, aos 3 anos o G. começou a melhorar significativamente, porém não falava, não andava e não comia autonomamente.

Todavia, segundo a utente, o G. aos 5 anos foi diagnosticado como autista, o que a abalou fortemente. A utente refere que foi uma “mãe guerreira”, considerava-se uma mãe com muita forte, disposta a lutar por tudo, mas quando soube deste problema do filho sentiu-se sem forças para continuar a lutar pelo mesmo. A partir deste momento a utente refere que andava em baixo e sem forças.

A utente refere que começou a auto-mutilar-se pois era a única forma que segundo a mesma conseguia estar melhor “dava-me ataques de pânico e ao cortar-me substituí a dor psicológica pela dor física”.

Atualmente, após o diagnóstico do filho que segundo a utente mudou a sua vida, a utente refere que era uma pessoa bem-disposta, alegre e extrovertida e que já não se reconhece. C. revela vontade em tratar-se pois não quer que os filhos sintam falta da mesma como ela sentiu da mãe. A utente refere “ainda não me encontrei mas também não consigo estar sem o meu filho”, “o meu filho precisa de mim, mas quero estar bem para o poder acompanhar”, “não sei onde esta a força que tinha e a mãe guerreira que era”.

O filho G., exige muito de si mesma “ele cansa-me muito, fala muito e muito alto e não para”. C. refere que o filho só vai entrar para o ano na escola, com 7 anos.

A utente relata que quando sair da instituição “vou meter baixa por 4 anos, já me informei e tenho o direito a meter baixa para tratar do G., pois trabalhar e cuidar dele não dá, os meus horários são complicados”.

Segundo relata a utente, o que mais a preocupa é o facto de ser a filha a estar a fazer o papel de mãe e como afirma a C. “não está a viver adolescência dela”. Segundo a utente, os filhos sabem de tudo o que passa com C., e apoiam-na.

Atualmente vive com o companheiro, com o pai que morava sozinho porém mudou-se para casa da filha para ajudar a cuidar dos filhos e com os 3 filhos porém o filho mais velho N. por motivos de trabalho em alguns dias não dorme em casa.

### **Descrição comportamental em sessão**

A utente aparece á consulta com uma apresentação cuidada e com uma postura adequada. Ao longo do processo, a utente demonstrou, uma atitude cooperante, respondendo a todas as questões de forma aberta e extensa. A utente emocionou-se várias vezes durante as sessões, principalmente quando fala do problema do filho e de todas as repercussões que teve em si.

### **Diagnóstico clínico e diagnóstico diferencial**

Perante as informações recolhidas, reúnem-se as condições para a atribuição de um diagnóstico de:

**296.22 (F32.1) Perturbação Depressiva Major, episódio único, moderado, sem características psicóticas, com características melancólicas.**

Perante os sintomas da Perturbação Depressiva Major, e segundo o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-V, APA 2013), foi possível considerar que C. apresenta **5 dos 9** sintomas.

Neste sentido, considera-se o **critério 1**, humor deprimido. Uma vez que C., apresenta choro fácil, desespero e tristeza. O **critério 6**, perda de energia, a utente refere sentir-se cansada e com pouca força não só na instituição mas também quando ainda estava em casa. O **critério 7**, sentimentos de desvalorização e culpa excessiva, pois a utente relata não estar a ser boa mãe, e refere que se internou não por ela mas pelos filhos que “merecem uma mãe melhor” e ainda porque a filha de 16 anos está a fazer de mãe do filho mais novo, e C. Sente-se culpada por isso.

O **critério 8**, indecisão, pois a utente sente-se cansada da cabeça e do seu filho e precisa de descanso de tudo isso porém tem saudades do filho e refere sentir necessidade de ir para casa o quanto antes pois segundo a utente o filho precisa dela. E por fim o **critério 9**, ideação suicida, pois a utente já tentou suicidar-se com uma ingestão medicamentosa, e auto-mutila-se para diminuir a dor psicológica segundo a mesma.

Para a realização do diagnóstico clínico foi indispensável fazer o diagnóstico diferencial, isto é, traçar várias possibilidades de diagnóstico que fundamentam a sintomatologia apresentada, é necessário analisar detalhadamente a origem, a caracterização e o desenvolvimento da sintomatologia da utente. A principal perturbação que surge inicialmente para explicar a sintomatologia de A. é a Perturbação de hiperatividade ou défice de atenção,

uma vez que apresenta alguns sintomas que poderiam conduzir a isso, como por exemplo, tem dificuldades em manter atenção no desempenho de tarefas ou atividades, no que se refere por exemplo ao filho quando a mesma afirma “ele cansa-me muito, fala muito e muito alto”. No entanto não preenche na totalidade os critérios para esta perturbação.

### **Formulação de caso**

A presente conceptualização teórica é realizada à luz do modelo cognitivo-comportamental (Johnstone & Dallos, 2006).

Primeiramente o **problema apresentado**, recai sobre o diagnóstico do filho como autista que provoca na utente cansaço físico e psicológico, apresentando humor deprimido e sentimentos de desvalorização. Há evidências na literatura de que entre os membros da família de uma criança com autismo, as mães podem ser bastante atingidas emocionalmente (Favero & Santos, 2005).

Relativamente aos **fatores precipitantes**, podemos considerar o diagnóstico do filho que leva a utente a ter um sentimento de fracasso enquanto mãe pois a mesma não se sente capaz de cuidar do mesmo, porém sente que o devia fazer, isto resulta no humor deprimido que é visível na utente. A literatura explica que as mães tendem a apresentar sentimentos como tristeza, frustração, ambivalência e negação, os quais podem alterar o relacionamento mãe-criança (Favero & Santos, 2005).

No que concerne aos **fatores de manutenção** estes focam-se no diagnóstico do filho mais novo de autista, pois a utente afirma “já não consigo lutar mais, estou cansada e não sei como lidar com esta síndrome do meu filho”. A literatura explica este ponto, realçando que a sobrecarga de exigências, cuidados e tarefas peculiares da criança com autismo pode resultar nas mães stress e tensão emocional, colocando as mães em risco de desenvolver depressão. Isto porque a mãe, em geral, é responsável pela maior parte dos cuidados diretos da criança (Hastings, Kovshoff, Ward, DegliEspinosa, Brown, & Remington, 2005).

Outro aspeto é o facto da filha do meio, com 16 anos, está a fazer de mãe do filho mais novo, e a utente não consegue aceitar e lidar com isso referindo “preocupa-me o facto de ser a minha filha a fazer o papel de mãe e não estar a viver a sua adolescência”, podemos ainda referir que as crenças e pensamentos de um filho dito “normal” e “saudável” não correspondem às suas expectativas.

No que diz respeito aos **fatores de predisposição**, denota-se o divórcio com o ex-marido, e as complicações posteriores ao divórcio, como violência doméstica por parte do mesmo, a ingestão medicamentosa grave e auto-mutilação por parte da utente, relação distante

ainda que saudável com a mãe (já falecida), pois a utente relata que as únicas recordações que possui da mãe não são as melhores “houve uma altura que teve 2 anos e meio internada”, “era uma pessoa muito doente”.

No que diz respeito aos **fatores de proteção**, denota-se a boa relação com o pai e a consequente ajuda do mesmo na educação dos seus filhos, a boa relação com o companheiro (pai do filho mais novo). O fato da utente afirma “não quero que os meus filhos sintam falta como eu senti da minha mãe, quero tratar me para voltar a ser a boa mãe que era”, é um aspeto positivo e a favor da utente, pois denota-se uma força e uma pessoa decidida e determinada para melhorar e cooperar no tratamento para poder voltar para casa e voltar a ser uma “boa mãe”. DiClemente, Story e Murray, (2000), concordam que uma das variáveis mais relevantes implicadas na adesão ao tratamento é a motivação para a mudança.

### **2.2.1.3. Caso E.**

E., tem 68 anos, vive no distrito de Braga e é reformada. É viúva à 25 anos, e tem dois filhos, a F. de 40 anos e o D. de 39 anos com quem vive.

A utente refere estar internada por iniciativa da filha e afirma não ter nenhum problema, à exceção das dores que sente nas pernas ao qual refere “e esse problema não é tratado aqui por isso não estou aqui a fazer nada”. Revela também “não queria estar aqui, já estive internada e não resultou em nada”.

Segundo o processo da utente, o mesmo refere que o motivo de internamento da utente é o facto de a utente ser alcoólica porém a utente afirma “eu não bebo em exagero só mesmo ao jantar, passo o dia sem beber, não considero que bebo em exagero”. A utente refere ainda ser diabética.

E. tem 3 irmãos. A utente considera ter uma boa relação com todos os irmãos. A utente relata que a sua infância “foi pobre mas feliz, brincava muitos com os meus irmãos e as outras crianças da aldeia”, “era uma menina muito sociável e com muitos amigos” a utente refere também que os seus pais “eram muito meus amigos e dávamo-nos todos muito bem”. E. tem o 4º ano de escolaridade.

A utente casa-se com L., e vão viver para a França pois segundo a utente o marido estava lá a trabalhar. Em França a utente refere que foi trabalhar para uma estufa de flores. Mais tarde decidem ir viver para o Canadá pois segundo a utente vivia e vive lá o seu irmão mais velho. Ainda no Canadá a utente com 27 anos teve o seu primeiro filho a F., e aos 28 anos o segundo filho, o D. A utente revela que a sua relação com ambos os filhos “é boa e

dão-se bem”. A utente refere ter 4 netos, dois da filha F., e dois do filho D. A utente refere várias vezes “os meus netinhos são lindos (risos) e muito meus amigos”.

E. refere que esteve casada 19 anos, porém o marido com 38 anos faleceu “faleceu muito novo com um mal ruim nos ossos”.

Aos 43 anos voltou para Portugal com os filhos, e trabalhava num café e numa fábrica. Aos 65 anos a utente reformou-se.

A utente refere que teve a primeira intervenção cirúrgica (66 anos) ao joelho direito devido a uma artrose que desenvolveu no mesmo porém a utente refere “preferia que não tivessem mexido, sofri tanto para estar igual ou pior, já não deixo que me operem o outro joelho”.

E. tem dores e dificuldades na marcha “doí-me tudo, mas as pernas são o pior, não consigo andar e não sinto melhorias nenhuma”. Para além destas dores que a utente relata ainda que “sou muito diabética e tenho a tensão muito alta sempre”.

A utente relata que este é o seu terceiro internamento. Anteriormente esteve internada em Gualtar sendo o motivo a dependência alcoólica porém a utente ressalta “não melhorei em nada, não adiantou de nada estar internada quando saí de Gualtar fui logo beber whisky, aqui não vai ser diferente”.

A utente refere que a filha exagera quando diz que a mesma é alcoólica, pois a utente relata “eu só bebo um copo de vinho ao jantar durante o dia não toco no álcool nem o tenho em casa tão pouco, a minha filha exagera”.

A utente acrescenta “eu bebo pouco, além do jantar, só bebo quando saio e encontro alguma amiga”.

### **Descrição comportamental em sessão**

A utente aparece á consulta utilizando duas canadianas, pois refere que uma já não fornece o apoio necessário. A utente apresenta uma marcha lenta e com dificuldades. Ao longo das sessões a utente demonstrou uma atitude de desinteresse, distância e negação face ao motivo de internamento (dependência alcoólica), e ainda um humor eutímico, discurso defensivo, centrada apenas nas queixas ao nível físico (pernas) e pouco cooperante. Na segunda sessão a utente demonstrou estar agitada e nervosa reagindo mal quando abordado o tema “alcooolismo”. Mostrou-se em geral pouco participativa, pouco contacto ocular e centrada novamente apenas nas queixas ao nível físico (pernas). A utente sente-se frustrada e revoltada por não conseguir ter uma marcha normativa.

Na terceira sessão, a utente mostrou interesse e motivação na proposta para dar uma caminhada. A utente estava bem-disposta e mais participativa e demonstrou agrado por esta sessão ser diferente. A utente continua centrada nas dificuldades motoras que sente e na mágoa que tem este problema. Nas últimas sessões a utente mostrou-se mais participativa e recetiva à relação e a proposta do terapeuta. Emocionou-se quando falou sobre a força que teve de ter para criar os filhos pequenos quando estava no Canadá e o marido morreu. A utente apesar das canadianas como auxílio, já não se queixava tanto das dores nas pernas, nomeadamente nos joelhos.

### **Diagnóstico clínico e diagnóstico diferencial**

Tendo em conta às informações recolhidas, constata-se que reúne condições para a atribuição de diagnóstico de:

#### **303.90 (F10.20) Perturbação de uso de álcool, moderada (Principal diagnóstico)**

Constatando os sintomas da Perturbação de uso de álcool, foi possível considerar que F. apresenta **4 dos 11** critérios definidos pelo DSM- 5 para a atribuição da perturbação do uso de álcool, moderada.

Neste sentido, considera-se **o critério 1**, consumo de álcool em quantidades superiores ou por um período de tempo mais longo do que pretendido. Uma vez que F., apresenta o consumo sistemático de álcool, não tendo o controlo e consciência sobre a sua problemática; **o critério 2**, sendo que F. habita sozinha, a maioria do tempo é gasto em atividades necessárias para a obtenção de álcool, na utilização de álcool ou na recuperação de seus efeitos, sendo também o fator para a manter ocupada e passar o seu tempo.

**O critério 4**, pela presença constante de um forte desejo ou impulso pelo uso de álcool. Não tendo F. a plena consciência que bebe constantemente verifica-se claramente que apresenta um desejo continuo no consumo de álcool. Por fim **o critério 8**, uso recorrente de álcool em situações nas quais isso representa perigo para a integridade física, uma vez que vive sozinha, o consumo contante de álcool, torna-se uma pratica perigosa que poe em causa a sua qualidade de vida e o seu bem-estar, bem como afeta a sua família.

Para a realização do diagnóstico clínico foi indispensável fazer o diagnóstico diferencial, isto é, traçar várias possibilidades de diagnóstico que fundamentam a sintomatologia apresentada, é necessário analisar detalhadamente a origem, a caracterização e o

desenvolvimento da sintomatologia da utente. A principal perturbação que surge inicialmente para explicar a sintomatologia de E. é a Perturbação Depressiva Major, uma vez que apresenta alguns sintomas que poderiam conduzir a isso, como por exemplo, humor deprimido, sentindo-se triste, com um vazio e falta de desinteresse por desenvolver atividades, especialmente atividades que a ajudem a ultrapassar. No entanto não preenche os critérios para ser considerado perturbação depressiva major.

### **Formulação de caso**

A presente conceptualização teórica é realizada à luz do modelo cognitivo-comportamental (Johnstone & Dallos, 2006).

Neste sentido, relativamente ao **problema apresentado** F. verifica-se o consumo excessivo de álcool, não conseguindo ter controlo da sua problemática, considerando que bebe pouco e que não percebe o facto de a filha a internar, pois considera não adiantar de nada. A nível emocional, pode-se considerar que tem um humor instável, encontra-se fragilizada. Não percebe o porque do seu internamento e demonstra raiva e tristeza com o facto de a terem internada. A literatura revela que existem evidências de comorbilidade entre dependência alcoólica, depressão e associação entre sintomas depressivos e volume de consumo de álcool (Who, 2004).

Relativamente aos **fatores precipitantes**, podem revelar-se pelo facto de a utente antes da operação ser uma pessoa saudável e que caminhava e praticava desporto e depois da intervenção cirúrgica tudo mudou, surgindo a frustração de não conseguir andar normalmente.

No que concerne aos **fatores de manutenção**, verifica-se o facto ter a crença/pensamento que não precisa de ajuda, pode-se também considerar-se o facto de habitar sozinha e também por ter a disponibilidade de frequentar locais que permitam o consumo de álcool, não havendo assim controlo de estímulos/ambiente, uma vez que o álcool, é um hábito, muitas vezes social, quase exigido (Landeiro, 2011). Outro possível fator de manutenção pode ser os consecutivos internamentos pela filha em que E. não entende nem aceita e revela que este internamento não será diferente e não irá mudar nada na sua postura.

Tento em conta os **fatores de predisposição**, pode ser considerado o facto de ter ficado viúva muito jovem, uma vez que quando fala nele fica sempre emocionada e os pensamentos sobre o seu marido recaí na bebida.

Por fim os **fatores de proteção**, podemos considerar o suporte da filha que se preocupada com o seu estado, e a boa relação com os netos. O suporte social é hoje

considerado como uma variável capaz de proteger e promover a saúde mental (Siqueira, 2008).

### **Plano de intervenção**

Na primeira sessão, a principal atividade realizada foi a entrevista clínica, sendo que os objetivos principais foram cumpridos, que eram a recolha de história de vida da utente.

Na segunda sessão, o objetivo primeiramente era perceber a dinâmica familiar quando era mais nova e na vida de casada nos diferentes contextos e países por onde passou, continuando assim a anamnese iniciada na sessão anterior.

Na terceira sessão, o objetivo principal foi o estabelecimento de um relacionamento terapêutico, pois é uma tarefa clínica fundamental e pode assumir uma importância equivalente a qualquer outro tratamento. Nesta próxima sessão serão trabalhados alguns aspetos para a relação terapêutica melhorar, visto que na última sessão a utente demonstrou desagrado em relação a um assunto abordado. Como tal, nesta terceira sessão irei propor à utente que nas próximas sessões fosse dar umas caminhadas, tomar o pequeno-almoço ou até mesmo praticar o relaxamento, estratégias estas que promovam uma boa relação terapêutica.

Na quarta sessão, foi realizada a caminhada com a utente, no sentido de melhoria da relação terapêutica, uma vez que a utente desde o início estava à defesa, como referido anteriormente.

Na quinta sessão, com o objetivo de continuar a fomentar o bem-estar físico e emocional, foi proposto à utente a realização do relaxamento progressivo muscular.

Na sexta sessão, caso a utente não tivesse alta, seria pertinente continuar a trabalhar a relação terapêutica, e realizar a linha da vida, e o mapa de redes instrumentais estes que nos permitem perceber os acontecimentos mais marcantes da utente, e perceber para além da família, em quem é que a utente se pode apoiar, respetivamente.

#### **2.2.1.4. Caso L.**

L., tem 42 anos, é costureira. É casada há 21 anos com T. de 41 anos. Tem três filhos, a L. de 20 anos, o T. de 15 anos e a T. de 12 anos com quem vive, pois o marido está emigrado em França e vem a Portugal de 3 em 3 meses.

A utente refere estar internada pois tentou suicidar-se pela segunda vez por ingestão medicamentosa. Refere que a sua primeira tentativa de suicídio foi há um ano atrás porém nessa altura a mãe ajudou-a “a minha mãe ainda podia e tomou conta de mim, desde essa altura que me sinto assim mal, em baixo e triste”.

A segunda tentativa de suicídio, segundo a utente foi recente e como a mãe está doente não a pode auxiliar e teve de ser internada.

A utente relata “das duas vezes que já me tentei matar as razões foram as mesmas, tristeza, o marido está fora, sinto-me sozinha e ganhamos pouco dinheiro, o dinheiro não chega”.

L. refere ainda que também não conseguiu lidar e aceitar a morte do sogro, morreu em fevereiro de 2014, “era muito meu amigo, sinto muito a falta dele”.

A utente refere que não consegue lidar com os seus filhos mais novos, sendo que estes, têm comportamentos desadequados que interfere com o bem-estar da utente chegando mesmo a referir que não tem paciência para eles. Os dois filhos mais novos são acompanhados pelo serviço de psicologia da escola que frequentam pois principalmente o filho e segundo a utente “desde a morte do avô paterno ele nunca mais foi o mesmo, é agressivo, chega a casa e dá pontapés a tudo e a todos, não tenho paciência já”, “depois estão sempre a chamar-me “mãe” e já não os posso ouvir”. O filho T., reprovou duas vezes no 7º ano.

A utente relata também que começou a ingerir bebidas alcoólicas “comecei a beber para esquecer a vida e ainda hoje bebo”

A utente tem 8 irmãos. A utente considera ter uma boa relação com todos os irmãos. A utente relata que a sua infância foi infeliz “tive uma infância infeliz, o meu pai era mau para nós e para a nossa mãe, e passámos muita fome”.

Aos 20 anos a utente casa-se com T. de 41 anos. Desde o casamento que o marido está emigrado a trabalhar. A L. relata que a partir deste momento a relação com o pai melhorou significativamente.

Tem a primeira filha, aos 22 anos, a L. de 20 anos. Cinco anos depois, tem o segundo filho, o T. de 15 anos, e aos 30 anos nasce a filha mais nova, a T., que segundo a utente não foi planeada nem desejada, a utente afirma “o meu marido não queria esta filha e eu também não, pensei em abortar, quando nasceu só me apetecia deita-la pela janela fora”.

A utente relata ter uma relação distante e “fria” com os filhos mais novos, porém com a filha mais nova refere ter uma relação próxima e de grande intimidade.

Em 2014, faleceu o sogro da utente em que a mesma refere “era muito meu amigo, sinto imensa falta dele, não encarei a morte dele”.

Atualmente, o pai tem 83 anos e tem problemas na próstata, a mãe tem 73 anos e segundo a utente “apesar de estar bem de saúde a idade não perdoa e está muito cansada, apesar de me apoiar já não me pode ajudar como antigamente”. Refere que a sua relação com os pais “é muito boa e damo-nos muito bem”.

A utente afirma que foi sempre uma pessoa saudável, porém no ano passado começou a desenvolver sintomas depressivos e tentou suicidar-se porém segundo a mesma não foi internada pois a mãe auxiliou-a e ficou em casa da mãe durante esse período.

Atualmente, refere sentir “tristeza, desespero e pouca paciência para os filhos mais novos” e por estas razões a utente tentou suicidar-se pela segunda vez, motivo pelo qual está internada.

A utente relata ainda que “das duas vezes que já me tentei matar as razões foram as mesmas, tristeza, o marido está fora, sinto-me sozinha e ganhamos pouco dinheiro, e não consigo ter mais paciência para os meus filhos”.

Em consulta a utente refere “se não fosse a minha filhinha mais velha não sei o que era de mim, esta sempre a dar-lhes porrada”, “a minha filha mais velha faz de mãe deles e trata de tudo deles, e ajuda-me muito”, “qualquer coisa neles me enerva, um dia fugo de casa e abandono-os, sempre suportei tudo mas agora explodi”.

A utente relata também que começou a ingerir bebidas alcoólicas “comecei a beber para esquecer a vida e ainda hoje bebo”, “só quero adormecer e nunca mais acordar”, “só os meus filhos é que dão cabo de mim”.

A utente no final da sessão refere não gostar da casa onde vive “a casa tem diabo, não quero voltar para aquela casa”, “não quero voltar também porque não tenho saudades dos meus filhos e não tenho paciência para eles neste momento”.

Numa análise mais detalhada dos 5 domínios do questionário de Young 1990, podemos constatar que L. revela a presença de esquemas em todas as áreas: Desconexão e Rejeição; Autonomia e Desempenho prejudicados; Orientação para o outro; Supervigilância/Inibição e Limites Prejudicados, sendo que o último evidencia resultados mais favoráveis.

No domínio **Desconexão e Rejeição** altos índices de Privação Emocional (4/6), Abandono (5.4/6), Desconfiança/Abuso (3.9/6), Isolamento social/Alienação (4/6), contudo no esquema Defectividade/vergonha (2.7/6) a utente revela resultados mais favoráveis. No domínio **Autonomia e Desempenho prejudicados**, apresentam-se índices elevados nos esquemas Dependência/Incompetência (5.8/6), e Emarenhamento (5.6/6), seguindo-se Fracasso (5.4/6), Vulnerabilidade (5.1/6), Indesejabilidade Social (3.8/6).

Relativamente ao domínio **Orientação para o Outro**, L. apresenta resultados elevados em ambos os esquemas, Subjugação (5/6), e Auto-sacrifício (5.7/6). No domínio **Supervigilância e Inibição**, o esquema de Inibição Social apresenta resultados elevados (5.4/6) bem como o esquema de Padrões Inflexíveis (4.4/6). No que concerne ao domínio **Limites**

**Prejudicados**, L. apresenta índices elevados no Auto-controlo/auto-disciplina (4.8/6), porém no esquema Merecimento (2.8/6) apresenta resultados favoráveis e normativos.

Analisando os resultados do Questionário, os índices altos nos esquemas Privação Emocional, Abandono, Desconfiança/Abuso, Isolamento social/Alienação indicam que não foram asseguradas as necessidades de segurança, estabilidade, empatia, aceitação e respeito, estes resultados revelam uma família de origem desligada, solitária, imprevisível, com comportamentos de rejeição. O discurso de L. verifica-se em parte congruente com os resultados. Denota-se em L. sentimentos e pensamentos de isolamento e rejeição por parte do marido que trabalha fora (“das duas vezes que já me tentei matar as razões foram as mesma, tristeza, o marido está fora, sinto-me sozinha e ganhamos pouco dinheiro, o dinheiro não chega”).

Os esquemas com resultados elevados do domínio Autonomia e Desempenho prejudicados, evidenciam incapacidade em lidar com responsabilidades, sem auxílio dos outros e representa excessivo envolvimento emocional e proximidade com pessoas significativas. Os resultados, mais uma vez vão de encontro ao discurso de L. em relação aos (“dão me cabo da cabeça, estou cansada de os aturar, já não tenho paciência nem força para tratar deles”) e ainda em relação á filha mais velha “a minha filha mais velha faz de mãe deles e trata de tudo deles, e ajuda-me muito” . No esquema de Fracasso, L. evidência crenças de menor sucesso e capacidade de realização (“qualquer coisa neles me enerva, um dia fugo de casa e abandono-os, sempre suportei tudo mas agora explodi”).

Os resultados obtidos nos domínios de Orientação para o Outro e Super vigilância/Inibição, refletem uma subjugação, um foco excessivo na resposta dos outros, uma busca de aprovação. A Inibição emocional verifica-se perante o evitamento nas interações e na comunicação a fim de evitar a sentimentos de vergonha ou desaprovação.

Os resultados no domínio dos Limites Prejudicados (esquemas de merecimento e auto-controlo insuficiente), no caso de L., revelam a dificuldade que a mesma tem em cumprir e estabelecer objetivos e responsabilidades.

### **Descrição Comportamental em sessão**

Ao longo do processo a utente demonstrou uma atitude de interesse, cooperante e participativa durante toda a consulta, e ainda um humor depressivo e ansiedade face ao regresso a casa por causa da dos filhos. A utente aparece á consulta com uma apresentação cuidada. A utente revelou na primeira sessão choro fácil, e emociona-se principalmente quando fala da sua infância, dos filhos mais novos, e da morte do sogro. A utente nas sessões

seguintes ao contrário da primeira sessão não apresenta choro fácil. A utente de forma geral demonstrou teatralidade nas respostas e distanciamento emocional em relação filhos.

### **Diagnóstico clínico e diagnóstico diferencial**

Tendo em conta às informações recolhidas, constata-se que reúne condições para a atribuição de diagnóstico de:

#### **301.50 (F60.4) Perturbação histriónica da Personalidade,**

Constatando os sintomas da perturbação histriónica da personalidade, foi possível considerar que L. apresenta **5 dos 8** critérios definidos pelo DSM- 5.

Neste sentido, considera-se **o critério 3**, rápidas alterações e superficialidade na expressão emocional. Uma vez que L., quando fala da ingestão medicamentosa bem como de outros aspetos da sua vida a sua expressão emocional é sempre superficial e fala das coisas com muita naturalidade como por exemplo “não quero voltar também porque não tenho saudades dos meus filhos e não tenho paciência para eles neste momento”, “só quero adormecer e nunca mais acordar”.

**O critério 5**, discurso excessivamente impressionista e com pouco pormenor, sendo que L. não pormenoriza pontos fulcrais como a primeira ingestão medicamentosa, a utente não desenvolve muito esse assunto referindo apenas que se sentia triste e em baixo pelo marido estar longe e porque não tem paciência para os filhos (discurso impressionista), e ainda quando a utente refere “dão-me cabo da cabeça, estou cansada de os aturar, já não tenho paciência nem força para tratar deles, estão sempre a pegar um com o outro”, é de salientar que os filhos têm 20, 15 e 12 anos, ainda sobre os filhos a utente refere “às vezes só me apetece amarrar neles e bater-lhes com um pau na cabeça” (discurso impressionista).

**O critério 6**, pela presença da autodramatização, teatralidade e exagero na expressão emocional como se pode observar na afirmação da utente “comecei a beber para esquecer a vida e ainda hoje bebo”, outro aspeto diz respeito a última gravidez que não foi planeada e desejada porém a utente refere que é o filho mais próximo da mesma e ainda a utente refere que a tem uma boa relação com os pais “é muito boa e damos-nos muito bem”, contudo no início da entrevista L. afirma “tive uma infância infeliz, o meu pai era mau para nós e para a nossa mãe, e passámos muita fome”, ainda refere sobre os filhos “qualquer coisa neles me enerva, um dia fugo de casa e abandono-os, sempre suportei tudo mas agora explodi”, “só os meus filhos é que dão cabo de mim”.

**O critério 7**, sugestionabilidade, ou seja, influenciáveis facilmente pelos outros e pelas circunstâncias o facto de o marido trabalhar no estrangeiro e o facto de a utente estar em Portugal sozinha influencia facilmente e diretamente o psicológico da utente, outro aspeto foi o facto de o marido não querer ter o ultimo filho (filha mais nova) e a utente influenciável proferiu “o meu marido não queria esta filha e eu também não, pensei em abortar, quando nasceu só me apetecia deita-la pela janela fora”.

Por fim o **critério 8**, considerar relações mais íntimas do que são efetivamente, uma vez que apenas fala uma vez do sogro referindo tristeza pela morte do mesmo, porém não mostra intimidade na relação com o mesmo quando era vivo “era muito meu amigo, sinto imensa falta dele, não encarei a morte dele”.

Para a realização do diagnóstico clínico foi indispensável fazer o diagnóstico diferencial, isto é, traçar várias possibilidades de diagnóstico que fundamentam a sintomatologia apresentada, é necessário analisar detalhadamente a origem, a caracterização e o desenvolvimento da sintomatologia da utente. A principal perturbação que surge inicialmente para explicar a sintomatologia de L. é Perturbação de Uso de Álcool, uma vez que apresenta alguns sintomas que poderiam conduzir a isso, como por exemplo, o álcool é muitas vezes consumido em quantidades superiores ou por um período de tempo mais longo do que pretendia, pois a utente começou a ingerir bebidas alcoólicas quando foi internada a primeira vez e ainda hoje bebe como afirmou a mesma. Ou então Perturbação Relacionadas com Substâncias uma vez que a utente das duas vezes que a utente tentou suicidar-se foi por ingestão medicamentosa. No entanto não preenche os critérios para ser considerado qualquer das perturbações acima descritas, por exemplo na perturbação do uso do álcool, não é considerado que exista uma grande quantidade de tempo em atividades necessárias à obtenção de álcool, uso de álcool ou a recuperação dos seus efeitos. Na perturbação relacionada com substâncias, por exemplo, não ocorre exclusivamente no decurso de um *delirium*.

### **Formulação de caso**

A presente conceptualização teórica é realizada à luz do modelo cognitivo-comportamental (Johnstone & Dallos, 2006).

Relativamente à **formulação do problema apresentado**, prende-se pela tristeza do marido estar emigrado, sentindo-se sozinha. A relação menos adaptativa com os filhos e o um baixo rendimento a nível económico constituem também o problema apresentado. Por este motivo, tentou o suicídio duas vezes através de ingestão medicamentosa, tendo como consequência o seu internamento. Segundo Landeira e Cheniaux (2010), os indivíduos com

perturbação da personalidade histriónica, costumam apresentar sintomas como chamar atenção dos outros, teatralidade, egocentrismo, dependência e comportamento manipulador.

Em relação aos **fatores precipitantes** considera-se a sobrecarga na educação dos filhos bem como desespero em estar com eles por perto. Posto isto pode considerar-se que para L. as relações tendem a ser superficiais porém muito presentes (Landeira e Cheniaux, 2010). Pode considerar-se outro fator a morte do sogro como um acontecimento de vida marcante que despoletou alguns dos sintomas atuais, isto é, luto da morte do sogro não resolvido.

No que concerne aos fatores de **manutenção do problema**, poderão ser de natureza externa e interna. Isto é, o facto de o marido continuar emigrado; os encargos familiares que recaem sobre a utente; falta de suporte económico e a incapacidade para realizar atividades domésticas.

Podemos considerar que por faltar de informação não foi possível encontrar **fatores de predisposição** neste caso.

Por último, os **fatores de proteção** da utente são o suporte familiar dos pais da utente, do marido e da filha mais velha e amizade próxima/íntima com uma amiga de longa data. A família próxima bem como os amigos mais íntimos são fundamentais pois promovem a saúde mental (Siqueira, 2008).

### **Plano de intervenção/Avaliação psicológica**

Na primeira e segunda sessões foram recolhidas a história de vida da utente, para assim iniciar a relação terapêutica e conhecer melhor a utente. Na primeira consulta a principal atividade realizada foi a entrevista clínica, sendo que os objetivos principais foram cumpridos, que eram a recolha de história de vida da utente.

Na terceira sessão foi realizado o mapa de redes, pois este é uma ferramenta crucial, para uma melhor perceção da estrutura familiar e da comunidade envolvente o que facilita e auxilia as práticas clínicas. Esta técnica pode ser executada pelo utente durante a consulta, ou pelo psicoterapeuta para análise do caso. Esta técnica tem como principal objetivo identificar o tamanho da rede do utente bem como a força das suas relações (Sluzki, 2006).

Depois de esclarecer a utente em relação a este instrumento, a utente sem qualquer hesitação começou por escrever o nome da filha mais velha (L) no centro na categoria “família” afirmando “ninguém se compara á L.”, no segundo círculo colocou a mãe e o marido (não pôs os nomes), ao qual eu perguntei “e o pai?” e a mesma expressou “fica também neste círculo”. Porém tinha se esquecido do mesmo, fui eu que relembréi a utente.

E por fim ainda na categoria família, em ultimo plano e como mais distantes a utente colocou os dois filhos mais novos, o T. e a T. perguntando “escrevo o nome deles, ou ponho “filhos” e relatando “pus como menos importantes pois irritam-me (emociona-se)”. Nesta primeira categoria é importante referir que a utente realmente é muito próxima da filha mais velha pois escreveu logo o seu nome sem perguntar nada, no segundo circulo não escreveu o nome de ninguém apenas pôs os parentescos, esquecendo-se do pai e por fim o nome dos dois filhos mais novos, e expressou desinteresse e desmotivação pois a mesma perguntou se escrevia o nome deles ou colocava os parentescos, ao qual respondi para escrever o que quisesse.

Na categoria amizades a utente refere uma amiga no primeiro círculo, a I. pois a mesma considera uma “grande amiga” e “um suporte” para a mesma. Na categoria de relações comunitárias coloca no primeiro circulo como mais próxima a cabeleireira, e nas restantes categorias relações agências sociais e relações de trabalho deixou em branco referindo que não tinha mais ninguém próximo e importante que fosse importante referir, afirma “odeio as pessoas todas que trabalham comigo”.

Nas últimas sessões (quarta e quinta), foi realizado o Questionário de esquemas de Young (Young & Brown, 1990).

### **2.3. Atividades de intervenção em grupo**

Trabalhar numa modalidade de grupo tem a mais-valia de proporcionar a troca de experiencias e permitir a “auto-revelação, aprendizagem baseada na ação interpessoal, aceitação, orientação e ressurgimento da esperança (Bloch & Crouch,1985). Neste ponto, serão descritas as atividades realizadas em grupo, ao longo do estágio curricular, sendo estas o grupo de competências sociais e a formação sobre *Empowerment*.

#### **2.3.1. Competências Sociais – Unidade S. Bento e S. José**

Denomina-se de **competências sociais**, comportamentos interpessoais normativos e/ou socialmente aprovados. Incluem coisas como vestir e códigos de comportamento, regras acerca do que dizer e não dizer, e orientações estilísticas acerca da expressão do afeto, reforço social, distância interpessoal e por ai além (Bellack et al., 2004).

O comportamento interpessoal baseia-se num conjunto distinto de competências. O termo **competência** é usado para enfatizar que a competência social se baseia num conjunto de aptidões aprendidas, e não em traços, necessidades ou outros processos intrapsíquicos. Assim,

o empobrecimento do comportamento social é frequentemente resultado de défices ao nível das aptidões sociais (Bellack et al., 2004).

A vantagem no treino de competências sociais emerge com o fundamento de que a melhoria destas mesmas competências, permite alcançar resultados razoáveis no que concerne à saúde mental, especificamente no prognóstico da esquizofrenia (Coelho, Fernandes, Silvério & Palha, 2002), perturbação esta que ocupa um lugar de destaque na Casa do Bom Jesus, pois aproximadamente 90% da população sofre a mesma.

Os aspetos básicos do comportamento social são aprendidos na infância, enquanto os repertórios comportamentais mais complexos, como competências de saber estar numa entrevista de emprego, são adquiridas na adolescência e início da idade adulta. Alguns dos elementos da competência social, como a expressão facial ou o afeto, não são aprendidos, mas antes geneticamente passados à nascença. No entanto, a investigação sugere que quase todos os aspetos do comportamento social são passíveis de aprendizagem isto é, podem ser modificados através da experiência e treino (Bellack et al., 2004).

O objetivo geral é desenvolver competências especificamente ao nível da expressão de sentimentos, da conversação, da assertividade, da gestão de conflitos, dos comportamentos sociais e das questões sobre saúde e laborais. O objetivo específico é melhoramento dos comportamentos verbais e não-verbais envolvidos nas interações sociais, ou seja, o que dizem, como dizem, a forma como o dizem, como estão com os outros e como lidam com o que sentem quando estão com os outros.

Previamente à aplicação do programa foram realizadas sessões individuais de pré-avaliação e no final de pós-avaliação, para esse propósito serão utilizados os seguintes instrumentos: *Escala de Competências Sociais*; o *Face Emotion Identification Test*; a escala de *Avaliação do Funcionamento Adaptativo Social (SICA)* e uma tabela de role-plays criada pelo serviço de psicologia adaptada às competências a trabalhar.

A primeira sessão teve como objetivo a apresentação dos participantes bem como a apresentação do psicólogo que vai coordenar este grupo, e ainda a apresentação das competências a trabalhar neste grupo.

Nas seguintes sessões procurou abordar-se as competências selecionadas, havendo sempre margem para prolongar alguma competências quando necessário e sendo possível alterar assim o número total de sessões. De acordo as orientações do manual *Social Skills Training For Schizophrenia: a Step-by-step* (Bellack et all., 2004), facultado pela orientadora da instituição, cada sessão seguia a seguinte estrutura: estabelecimento do racional da competência a trabalhar; discussão dos passos da competência; modelar a competência em

*role-play* e revê-lo com os participantes; envolver os participantes num *role-play*; dar feedback positivo após a realização dos *role-plays*; dar feedback corretivo e por fim, no final da sessão era atribuído um trabalho de casa, revisto na sessão seguinte. Apresento no anexo V exemplo de sessões realizadas no grupo.

Normalmente, de forma a dinamizar as mesmas, visualizávamos excertos de filmes ou novelas, com o objetivo de identificarmos os passos corretos e incorretos por parte dos atores, pois através dos mesmos era possível uma maior solidificação das competências em questão na sessão. Mensalmente, realizávamos um almoço ou lancha ao exterior para avaliação das competências executadas e trabalhadas em sessão em contextos sociais e também como forma de recompensa pelo trabalho conseguido por parte das utentes. Em anexo, apresento um exemplo de relatório de avaliação de uma utente (anexo VI)

A última sessão será de esclarecimento e avaliação do funcionamento global do programa de intervenção em grupo e possivelmente uma saída ao exterior, pondo em prática as competências aprendidas.

De modo a melhorar as dificuldades e défices encontrados nas utentes optou-se por trabalhar algumas competências tais como, competências sociais básicas; conversacionais; assertividade; gestão de conflitos, vocacionais e laborais (Tabela 3). Cada competência tem os seus próprios objetivos e competências e estas competências auxiliam a utente nas respostas verbais e não-verbais assim como a interação social e postura em relação aos outros.

Tabela 3:

*Competências específicas aplicadas no Programa de Competências Sociais*

|  |   |
|--|---|
| <b>Competências sociais básicas</b>        | Ouvir as outras pessoas                     |
|  | Fazer pedidos                               |
|  | Expressar sentimentos (positivos/negativos) |
|  | Comer e beber corretamente                  |
| <b>Competências conversacionais</b>        | Iniciar e manter uma conversa               |
|  | Finalizar uma conversa                      |
| <b>Competências de assertividade</b>       | Negar um pedido                             |
|  | Pedir desculpa                              |
| <b>Competências de gestão de conflitos</b> | Responder a falsas acusações                |
|  | Compromisso e negociação (decisão conjunta) |
|  | Examinar as suas preocupações               |

**Competências vocacionais e laborais**

Seguir instruções verbais  
 Responder a uma crítica do supervisor  
 Questões sobre medicamentos  
 Fazer questões sobre problemas de saúde  
 Identificar ou queixar-se de dor ou sintomas físicos  
 Perguntar sobre o seu desempenho no trabalho

Esta intervenção começou a 23 de Janeiro de 2015 e findou a 28 de Julho de 2014. Em suma, este grupo será denominado de “Grupo de Competências sociais” e será composto por 5 utentes da unidade de S. José e 3 unidades da unidade de S. Bento, que possuíam características e um nível de funcionamento relativamente homogéneo, e será constituído por 20 sessões, duas vezes por semana (terça-feira/sexta-feira) com duração de 60 minutos (anexo da cronograma do programa). Um elemento do grupo desistiu do grupo de competências sociais, por razões alheias ao mesmo, com esta desistência a utente I.R não possui a pós-avaliação nos instrumentos abaixo descritos. O grupo final composto por 7 utentes. O recrutamento dos participantes foi realizado através dos técnicos de referência e da psicóloga responsável pela unidade.

Posteriormente serão apresentados em tabela os vários resultados obtidos na pré e pós avaliação em cada um dos instrumentos aplicados.

Tabela 4:

*Resultados Pré/Pós avaliação da escala EHS*

| Utentes                | Pontuação total:<br>(Max: 96)<br>M-72,70<br>DP-8,49 |     | Evitamento social -<br>Factor 1<br>M- 18,19<br>DP-3,10 |     | Dizer não e cortar com interações -<br>Factor 2<br>M- 18,14<br>DP-3,09 |     | Timidez-<br>Factor 3<br>M- 9,40<br>DP-1,88 |     | Medo de se expor socialmente -<br>Factor 4<br>M- 12,55 |     | Factor 5 (não interpretado)<br>M- 4,96<br>DP- 1,24 |     | Defesa dos próprios direitos enquanto consumidor-<br>Factor 6<br>M- 9,35<br>DP-2,04 |     |
|------------------------|---|-----|--|-----|--|-----|--|-----|--|-----|--|-----|---|-----|
|                        | Pré   | Pós | Pré  | Pós | Pré  | Pós | Pré  | Pós | Pré  | Pós | Pré  | Pós | Pré   | Pós |
| <b>A.M</b>             | 68  | 73  | 16   | 20  | 16   | 15  | 4  | 6   | 13   | 11  | 8  | 3   | 8   | 6   |
| <b>A.I</b>             | 81  | 82  | 16   | 12  | 19   | 24  | 9  | 10  | 14   | 13  | 8  | 8   | 10  | 12  |
| <b>C.A<sup>1</sup></b> | 66  | 63  | 16   | 8   | 14   | 9   | 9  | 9   | 10   | 7   | 5  | 2   | 12  | 12  |
| <b>C.C</b>             | 59  | 62  | 10   | 12  | 12   | 7   | 9  | 12  | 10   | 16  | 2  | 2   | 5   | 12  |
| <b>C.A<sup>2</sup></b> | 90  | 91  | 22   | 19  | 19   | 23  | 10   | 5   | 11   | 13  | 8  | 5   | 12  | 12  |
| <b>I.R</b>             | 78  |     | 15   |     | 19   |     | 12   |     | 13   |     | 5  |     | 12  |     |
| <b>P.L</b>             | 50  | 55  | 16   | 10  | 10   | 17  | 7  | 6   | 4  | 11  | 7  | 2   | 6   | 9   |
| <b>S.V</b>             | 67  | 60  | 12   | 7   | 15   | 16  | 5  | 4   | 11   | 8   | 5  | 5   | 12  | 10  |

Tabela 5:

*Resultados Pré/Pós avaliação da escala Face Emotion Identification Test*

| Testes /Utentes  | Identificação de Emoções<br>(Max:19) |     | Descriminação de Emoções (Max:30) |     |
|------------------|--------------------------------------|-----|-----------------------------------|-----|
|                  | Pré                                  | Pós | Pré                               | Pós |
| A.M              | 12                                   | 14  | 22                                | 25  |
| A.I              | 13                                   | 16  | 23                                | 28  |
| C.A <sup>1</sup> | 7                                    | 14  | 24                                | 28  |
| C.C              | 16                                   | 14  | 24                                | 28  |
| C.A <sup>2</sup> | 8                                    | 12  | 19                                | 27  |
| I.R              | 14                                   |     | 23                                |     |
| P.L              | 13                                   | 15  | 18                                | 26  |
| S.V              | 6                                    | 14  | 21                                | 26  |

Tabela 6:

*Resultados Pré/Pós avaliação da escala Avaliação do funcionamento adaptativo social*

| Testes /Utentes  | Avaliação do funcionamento adaptativo<br>(Max:76) |     |
|------------------|---|-----|
|                  | Pré   | Pós |
| A.M              | 16  | 14  |
| A.I              | 20  | 17  |
| C.A <sup>1</sup> | 20  | 20  |
| C.C              | 11  | 8   |
| C.A <sup>2</sup> | 27  | 16  |
| I.R              | 22  |     |
| P.L              | 26  | 19  |
| S.V              | 14  | 14  |

Nas tabelas apresentadas anteriormente, foi possível verificar os resultados quantitativos de cada escala de avaliação do instrumento na pré e pós avaliação e verificou-se, no geral, uma melhoria nos três instrumentos.

Na escala EHS podemos considerar que a maioria das utentes, alcançou uma maior pontuação na pós-avaliação, ou seja, quanto mais a pontuação for elevada mais competências

sociais as utentes tem à exceção da utente S.V que diminui a pontuação, sendo que na pré-avaliação obteve a pontuação 67 e no pós avaliação 60.

Contudo apenas 3 das 7 utentes, obtiveram pontuação acima da média, sendo estas a A.M, A.I, C.A<sup>2</sup>. A utente I.R, se não tivesse desistido e tivesse concluído a pós avaliação pelos resultados obtidos na pré-avaliação pode constatar-se que também esta ficaria acima da média.

No fatores evitamento social, dizer não e cortar com interações, Timidez, como se pode ver na tabela 4, as utentes obtiveram na generalidade, resultados abaixo da média. No fator evitamento social apenas as utentes A.M e C.A<sup>2</sup> com pontuação acima da média. No fator dizer não e cortar com interações, as utentes A.I e C.A<sup>2</sup> foram as utentes com pontuações acima da média. E no fator timidez, A.I e C.C evidenciaram resultados acima da média. Nestes três fatores descritos podemos concluir que a utente A.I e C.A<sup>2</sup> foram as utentes que se destacaram com melhores resultados.

Nos restantes fatores, medo de se expor socialmente, fator 5 (não interpretado) e defesa dos próprios direitos enquanto consumidor a maioria das utentes obteve pontuações acima da média com pontuações altas. Destacando-se a A.I, C.C e C.A<sup>2</sup> no medo de se expor socialmente. No fator 5, evidenciaram-se com melhores pontuações A.I, C.A<sup>2</sup> e S.V, e por fim no fator defesa dos próprios direitos enquanto consumidor, 5 das 7 utentes obtiveram bons resultados sendo estas a A.I, C.A<sup>1</sup>, C.A<sup>2</sup>, C.C e S.V.

Concluindo as utentes que mais se destacam pela positiva e com resultados melhores e acima da média no geral são a A.I e a C.A<sup>2</sup>, isto pode dever-se ao facto de serem as utentes mais jovens do grupo e com outra predisposição para aprender e também mais dedicação, o esforço das mesmas refletem-se nos seus resultados.

No *Face Emotion Identification Test*, como se pode observar na tabela 5, houve um aumento significativo nas pontuações em todas as utentes, tanto na identificação das emoções como na discriminação. Destacando-se a utente A.I na identificação das emoções sendo que a pontuação máximo que podem obter é 19 e a utente identificou 16. Na discriminação das emoções as utentes, A.I, C.A<sup>1</sup> E C.C conseguiram uma pontuação de 28 sendo o máximo 30.

No entanto foi evidente uma maior dificuldade na identificação das emoções, pois na discriminação as utentes tinham de verbalizar apenas se a emoção visualizada era igual ou diferente nas duas fotografias que apareciam e na identificação tinham de escolher qual melhor se encaixava com a fotografia apresentada.

As emoções “medo-surpresa” e “vergonha-tristeza”, foram as geraram mais duvida e dificuldade uma vez que a expressão facial é semelhante pois, nas emoções medo e surpresa,

ambas se expressam por reações onde há a abertura da boca e olhos muito aberto, e nas emoções vergonha e tristeza o mesmo acontece, na medida em que em ambas há presença de olhar cabisbaixo.

Uma sugestão pertinente seria que as sessões das emoções fossem mais abordadas e fossem abordadas em mais que uma sessão para melhor solidificação das mesmas. Se bem que, as utentes mostravam-se capazes de identificar situações corretas para cada emoção.

Na escala de role-plays adaptada ao programa as competências básicas, as competências sociais básicas (ouvir as outras pessoas, fazer pedidos, expressar sentimentos, comer e beber corretamente), conversacionais (iniciar e manter uma conversa, finalizar uma conversa), assertividade (negar um pedido, pedir desculpa) revelaram ser as competências mais fáceis para as utentes, porém apesar de as considerarem mais fáceis e de melhor aprendizagem as que se denotaram-se mais trabalhosas foram expressar sentimentos, comer e beber corretamente e iniciar e finalizar uma conversa. Quanto a negar um pedido e pedir desculpa as utentes perceberam perfeitamente o contido da competência e executaram-no na perfeição porém algumas utentes no dia-a-dia não o fazem, pois a maioria tem dificuldade em pedir desculpa e dizer “não” a algo ou alguém. Ou seja, em contexto de role-play e de sessão de grupo as utentes percebem os passos a executar e fazem-no mas em contextos normais como na unidade, quando estão no jardim ou até mesmo em atividades ocupacionais as utentes não o fazem com frequência.

As outras competências, como as de gestão de conflito (responder a falsas acusações, compromisso e negociação, examinar as suas preocupações) ou vocacionais e laborais (Seguir instruções verbais, responder a uma crítica do supervisor, questões sobre medicamentos, fazer questões sobre problemas de saúde, identificar ou queixar-se de dor ou sintomas físicos, perguntar sobre o seu desempenho no trabalho) foram sem dúvida mais difíceis para as utentes quer na pré como na pós avaliação.

A competência de compromisso e negociação gerou muita confusão e dificuldade pois as utentes mais reservadas ficam submissas à opinião das utentes mais assertivas aceitando logo o que a outra diz, por exemplo, no role-play pedi-lhes que como forma de treino desta competência tinha de decidir onde iria ser o próximo almoço de grupo, duas utentes sugeriram sítios que gostavam de ir e as restantes aceitaram sem expor antes a sua preferência, o que está errado pois nesta competência o objetivo é haver uma discussão para decidir o lugar onde almoçar por exemplo. As utentes apresentavam dificuldades em expressar o seu ponto de vista utilizando por diversas vezes o discurso “ pronto tudo bem vamos para esse sítio, eu não me importo”. Estes resultados vão de encontro aos resultados da EHS (nos fatores Dizer não e

cortar com interações, timidez e evitamento social) que foi onde a maioria das utentes obtiveram piores resultados.

No geral as competências vocacionais e laborais, são as competências que têm de ser mais trabalhadas pois as utentes não sabem com calma e utilizando as melhores palavras responder a uma crítica do supervisor ou até mesmo identificar ou queixar de dor ou sintomas físicos, o que não as ajuda quando precisam de falar com os enfermeiros por exemplo, pois as utentes são as primeiras a assumir que são impulsivas e falam alto e choram quando precisam de algo ou de alguém.

Avaliação do funcionamento adaptativo social (tabela 6) é uma escala onde as respostas podem ser cotadas de 0 a 4, sendo 0 nenhuma deterioração e 4 deterioração extrema, quanto mais elevada a pontuação mais desajustado é o funcionamento e comportamento da utente, posto isto podemos dizer que todas as utentes melhoraram e obtiveram resultados inferiores à pré-avaliação, ou seja, houve uma melhoria no funcionamento adaptativo social.

Apesar dos bons resultados no geral, duas utentes mantiveram a pontuação sendo estas C.A<sup>1</sup> e a S.V. As restantes utentes obtiveram resultados entre 8 e 20, sendo C.C a utente com mais funcionamento adaptativo social, pois teve uma pontuação de 8 em 76 (pontuação máxima, se obtiverem 4 em todos os itens).

Este grupo de competências, permitiu, sem dúvida, um enriquecimento enorme a nível pessoal mas também profissional. Foi uma atividade estimulante que me permitiu a primeira experiência neste contexto de intervenção em grupo, com perturbações graves mas utentes lutadoras e determinadas.

O grupo era bastante equilibrado e sólido e tínhamos entre todas uma excelente relação e cumplicidade que permitiram uma maior e melhor intervenção, pois um grupo coeso e com utentes cooperantes resulta em utentes, que no final e através dos resultados obtidos, melhoraram a vários níveis tanto cognitivo, intelectual e pessoal.

Este grupo de competências sociais, não só tinha uma vertente de aprendizagem como também de socialização e descontração, algumas das utentes chegavam à sessão a chorar ou triste e este grupo também serviu para, inúmeras vezes, as utentes poderem desabafar e até resolver conflitos entre elas que as estavam a perturbar.

Todos os almoços e jantares correram de forma exemplar e as utentes concretizavam e punham em prática as competências adquiridas até então, sendo que depois de algumas sessões as utentes já eram capazes de autonomamente referirem o que correu melhor e pior na prestação delas no almoço/lanche.

Concluindo, as utentes melhoraram significativamente, havia sempre as competências que as mesmas julgavam ser mais difíceis e desafiadoras, e outras que as utentes referiam ser de fácil aprendizagem. As utentes de formal geral, de todas as atividades, as que lhes despertaram mais atenção era sem duvida quando na sessão havia uma vídeo para visualizarem ou então quando a sessão era no exterior, como aconteceu em dias de sol na instituição, para mudarmos de contexto e também quando faziam role-play's sendo que algumas utentes pediam exemplos para poderem realizar mais um ou outro role-play, o que a mim enquanto psicoterapeuta me deixa satisfeita e com uma sensação de dever cumprido.

Os objetivos foram cumpridos e os participantes de forma geral obtiveram bons resultados e ficaram com mais algumas competências e conseguiram tirar proveito deste grupo de competências sociais.

### **2.3.2. Ação de formação “*Empowerment* na doença mental grave”**

Relativamente à ação de formação, e junto da psicologia orientadora, foi discutido o possível tema da formação, e tendo em conta que o público-alvo seria as voluntárias da instituição, pois são as pessoas que mais tempo passam com as mesma sem ter uma atividade fixa e limitada como é o caso de outras atividades, a psicóloga sugeriu que o tema fosse o “*empowerment*”, por ser um tema pouco desenvolvido e um conceito novo. Recorremos a este tema com o intuito de explicar e auxiliar as voluntárias a ter atitudes que promovam o *empowerment* no convívio diário com as utentes da instituição.

Com o objetivo de ir ao encontro às necessidades a instituição o tema da ação de formação foi então “*Empowerment* na doença mental grave”. O *empowerment* refere-se à mudança nas atitudes em relação às pessoas com doença mental grave, deixando estas de serem vistas como meros “recipientes passivos” de serviços, sendo o objetivo principal que estas pessoas com doença mental grave tenham um papel ativo no seu processo de reabilitação. O conceito de auto-ajuda refere-se a uma forma de *empowerment*, no qual as pessoas encaram e interagem com o mundo de um modo diferente (Chamberlin, 2005).

Segundo o *national empowerment centre* (NEC, 1999) quando a sociedade e os serviços de saúde mental acreditarem ser possível uma plena recuperação das pessoas com doença mental, aí sim será possível o surgimento de resultados positivos. É imprescindível uma pessoa fazer parte de uma comunidade que lhe confira um valor social e representativo, ou seja *empowerment* pessoal e de grupo, por exemplo alcançar um emprego fixo é uma forma de adquirir poder pessoal e social (Zimmerman, 2000).

Porém, para além o desenvolvimento de processos de controlo da vida pessoa, são sobretudo relevantes a existência de processos de *empowerment* coletivo, estes poderão influenciar as situações individuais. Ou seja, considera-se que a existência de organizações de representação ativas é também condição fundamental para o *empowerment* de grupo, assim as prioridades e necessidades das pessoas com experiência de doença mental assumem uma representatividade social (Monteiro & Matias, 2006).

Segundo Ralph (2001), o *empowerment* é auto-determinação e controlo sobre a vida, não apenas só sobre o tratamento. O conceito de *empowerment* inclui a cultura, a família, a comunidade, os amigos, o emprego, a escola, entre outros, isto é, torna-se necessário e importante que a vivência das pessoas com doença mental se realize nos contextos naturais, ou seja na comunidade, em que o exercício da cidadania tenha por objetivo principal a possibilidade de escolha e a existência de oportunidade reais de participação, em vez de simulados como são ainda em muitos contextos tradicionais de reabilitação.

O *empowerment* é um processo constante e intencional que envolve respeito mútuo, uma reflexão crítica, preocupação e participação de grupo a partir do qual os indivíduos privados dos direitos civis obtêm acesso e controlo sobre os resultados importantes para si (Ralph, 2001).

No que concerne à estrutura da ação de formação, esta formação teve apenas uma sessão única, na sala dos “afetos” com a duração de 60 minutos sendo a população alvo desta formação as voluntárias da instituição, das quais 8 estiveram presentes juntamente com a técnica responsável pelo voluntariado. O objetivo principal desta ação de formação foi explorar o conceito de *empowerment*, isto é, perceber o que os voluntários entendem e sabem sobre o *empowerment*, psico-educação deste conceito e explorar a importância do *empowerment* na doença mental grave. No anexo VII, poderemos encontrar a apresentação da ação de formação.

Resumindo, considero que a formação decorreu de forma normativa, o ambiente esteve agradável e as voluntárias além de bastante interessadas no tema, participaram ativamente durante a apresentação expondo as dúvidas e até sugestões, como por exemplo que este tema era pertinente ser apresentado e discutido com os familiares dos utentes internados na Casa de Saúde do Bom Jesus, pois os familiares têm um papel ativo na vida das utentes e precisam de compreender e de praticar o *empowerment* com as utentes. Segundo as voluntárias, parte deste trabalho deve começar em casa com as utentes pois a maioria vai passar fins-de-semana e até férias em casa dos familiares, as voluntárias afirmam que o *empowerment* é pouco trabalhado em contexto familiar.

Esta formação sobre o *empowerment*, permitiu a aquisição de competências sobre o tema que ainda está pouco explorado e explicado, bem como a consolidação de competências de conservação e apresentação

### **2.3.3. Sessões de treino de relaxamento muscular progressivo**

O relaxamento constitui-se num conjunto de procedimentos aplicável em todas as áreas da Psicologia e em qualquer idade. As técnicas de relaxamento, nomeadamente na redução da ansiedade, têm sido alvo em diversos contextos, como clínicos, hospitalares, desportivos, organizacionais e académicos. No entanto, não se limita apenas a isso, sendo que, clinicamente, o seu uso em terapia tem evidenciado resultados positivos em diversas dimensões designadamente na redução de stress, ansiedade, dor crónica, cuidados paliativos, tratamento de perturbações psicossomáticas, patologias com distúrbios psicomotores, deficiência intelectual, distúrbios da linguagem e distúrbio do sono (Graziani, 2005; Serra, 2011).

O relaxamento muscular tem efeito ao nível do sistema nervoso simpático e ajuda a controlar e a reduzir os níveis da ansiedade bem como a sintomatologia física a ela associados, proporcionando ao invés sentimentos de bem-estar e de descontração;

Para obter um resultado mais eficaz e/ou um maior sucesso aconselha-se que o pratique diariamente (num mínimo de cerca de 20 minutos diários).

Se praticar o relaxamento ao som de uma música calma e serena poderá descontrair mais rapidamente.

Esta intervenção em grupo, foi proposta pelas orientadoras/psicólogas da instituição, assim sendo cada um dos estagiários tinham a responsabilidade de um dia por semana realizar o relaxamento na unidade de S. João de Deus (clínica). O grupo era constituído por norma, entre 6 a 8 utentes, sendo que o relaxamento era uma atividade facultativa em que qualquer utente clinicamente capaz podia participar, porém quando a utente estava mais instável ou com mais sintomatologia não era autorizada a participar pela equipa multidisciplinar.

As psicólogas da instituição têm como relaxamento base o relaxamento muscular progressivo de Jacobson, porém no final de cada sessão de relaxamento utilizava o relaxamento imagético (exercício da praia ou da floresta) para um maior e melhor relaxamento no final do mesmo.

No início de cada sessão, começava por me apresentar e expor as regras da participação no relaxamento bem como os benefícios e objetivos do mesmo. Em seguida procedia ao relaxamento e no final a terapeuta e as utentes discutiam o que sentiam antes e

depois da sessão, os seus sentimentos e dificuldade sentidas, o terapeuta no final da sessão sublinha novamente a importância do relaxamento, relevando que as utentes deviam utilizar esta técnica todos os dias pois, além de ser uma questão de treino, auxilia as mesmas na postura e atitudes positivas durante o dia (Wood & Domenico, 1998).

Na minha opinião e como aprendiz nesta prática, considero que o relaxamento foi uma mais-valia quer a nível pessoal, quer a nível profissional. Como referi anteriormente, ainda não tinha experimentado esta técnica do relaxamento muscular progressivo, enquanto terapeuta, sendo que precisei de auxílio no início e de alguma pesquisa sobre este tipo de relaxamento, pois a nível académico ainda que abordado o relaxamento, precisei de aprofundar e solidificar alguns aspetos a ela inerentes.

É de elevada importância o feedback das utentes que participavam todas as semanas no relaxamento, pois as mesmas proferiam sentir-se melhor dia após dia. O relaxamento além de trabalhar ansiedade, ajuda também aliviar o stress que muitas utentes carregam consigo, daí as utentes aderirem a esta técnica, pois as mesmas no final de cada sessão sentiam-se mais calmas e serenas, pedindo muitas das vezes para repetir alguns dos exercícios.

Resumindo, esta atividade foi bem-sucedida e o feedback foi bastante positivo, porém como era uma atividade em que podia participar qualquer utente condicionou por vezes o relaxamento, pois a perturbação de cada utente bem como a escolaridade são diferentes o que exigia vários tipos de guiões e até grupos de utentes definidos e escolhidos pelos profissionais para os resultados serem ainda mais satisfatórios.



### 3. Reflexão pessoal

O estágio na Casa de Saúde do Bom Jesus – Irmãs Hospitaleiras, revestiu-me de grandes expectativas, expectativas estas de conhecer e contactar diretamente com a realidade e dinâmica funcional de um contexto de saúde, pois esta instituição foi a minha primeira opção.

Esta ansiedade passava por observar a prática clínica de um psicólogo e de absorver ao máximo todas as aprendizagens, contactar com diferentes populações, com necessidades distintas e formas idiossincráticas de perspetivar o mundo e a vida, mas, sobretudo, expectativa de crescer e amadurecer como futura psicóloga.

Ao longo destes anos de formação, fundamentalmente teórica, o anseio de colocar todas as metodologias e conhecimentos em prática e de poder contribuir para a melhoria da qualidade de vida e de bem-estar de quem procura ajudar, era elevada.

No início, a maior necessidade e de extrema importância foi a boa integração e adaptação ao contexto da CSBJ, e o estabelecimento de relações positivas com os vários profissionais das várias equipas das várias unidades da instituição, ao qual revelo ter sido bem conseguido. Um aspeto que tive sempre presente foi a responsabilidade de honrar a classe profissional e contribuir da melhor forma com um trabalho competente e exigente, pois inserção na equipa multidisciplinar é a condição primordial para fomentar o bem-estar dos utentes. A nossa atitude seria, humilde, de respeito e de interesse em aprender contribuiu para a relação estabelecida e o respeito da equipa multidisciplinar.

Como foi referido anteriormente, a fase da observação foi crucial, pois tivemos a oportunidade de observar diferentes áreas de intervenção clínica do psicólogo num contexto institucional e a interação psicólogo/utente. Sobre este aspeto consideramos que as limitações da própria instituição, em termos de falta de casos clínicos para todos os psicólogos e estagiários, possam ter afetado negativamente esta fase de observação e reflexão pelo número reduzido de casos observados. Por outro lado, no fim de cada sessão havia sempre espaço para em conjunto com a orientadora, partilhar pensamentos, questões que brotavam do que era observado e essencialmente refletir sobre as dinâmicas psicológicas que surgiam. De facto, a capacidade para apreender e atribuir sentido às dinâmicas psíquicas que advêm do processo da consulta psicológica, exigem conhecimentos teóricos, contudo não é algo que se aprende em manuais.

A escolha das atividades realizadas, além da detalhada fundamentação teórica que consideramos que as sustentam, assentou na tentativa de colmatar as necessidades que a instituição apresentava. Todas as atividades desenvolvidas, foram planeadas e refletidas, tendo

sempre como objetivo alcançar a mudança com vista a fomentar o bem-estar do utente que procura ajuda.

A fase da intervenção psicológica individual e grupal exigiu dedicação e estudo da nossa parte, tendo sempre a finalidade de colmatar as necessidades dos utentes. É de salientar que a intervenção psicológica, vou algo desafiador e muito interessante, pois o nosso primeiro contacto com a perturbação mental, e foi a nossa primeira consulta. A autonomia que as psicólogas orientadoras nos proporcionaram demonstraram confiança no nosso trabalho e nas nossas capacidades, contudo no final de cada consulta discutíamos o caso com a psicóloga que nos estava acompanhar, delineando assim o possível diagnóstico e estratégias para intervirmos da melhor maneira.

No que concerne à intervenção em grupo, esta atividade proporcionou uma melhor e maior experiência visto que, as intervenções anteriores foram individuais. O grupo aderiu de forma positiva ao proposto demonstrando interesse e empenho no mesmo. Este grupo permitiu trabalhar aspetos mais sociais, porque foi um grupo que visava trabalhar na forma como as utentes viam e falavam entre si e como interagir com a equipa multidisciplinar mas também nos vários serviços como cabeleireiro, bar etc. Consideramos que as utentes beneficiaram com a realização deste grupo de competências pois o objetivo do mesmo foi proporcionar uma melhor qualidade de vida às utentes e aos que a rodeiam.

Por fim, a ação de formação foi algo, que apesar de realizado com sucesso foi uma atividade que não foi tão desafiadora e que não exigiu tanto de nós pois enquanto estudantes já estamos habituados a apresentações de trabalhos com vários temas e a interagir com um grupo de pessoas, porém o tema *empowerment* foi alvo de uma pesquisa mais profunda e minuciosa uma vez que não estava a vontade com o tema, contudo foi um tema debatido ao longo do percurso académico. Esta ação de formação e o público-alvo foi de encontro às necessidades da instituição e decorreu de forma normativa.

O balanço final foi positivo, fruto da interação com os utentes e equipa multidisciplinar e um sentimento de construção pessoal e profissional. Este aspetos, contribuíram um momento de aprendizagem na medida em que é fundamental adaptarmo-nos à realidade das instituições onde desenvolvemos funções e utilizar os recursos disponibilizados do melhor modo.

Com o desenvolvimento deste estágio aumentou-se o conhecimento e experiência técnica enquanto profissional de psicologia, mas basicamente crescemos a nível humano. É com orgulho que revemos o impacto positivo que tivemos na instituição e sobretudo na vida das utentes com quem cruzamos. Vamos sentir saudades de todos os abraços e todos os

carinhos que partilhamos com todas aquelas utentes, de todos os “fique mais um pouco”, “gosto muito de si”, “obrigada por me deixar desabafar” e também “obrigada por me ensinar tanta coisa”, tudo isto tem extrema importância e é impossível esquecer cada momentos com cada uma das utentes.

## Referências Bibliográficas

- Associação Americana de Psiquiatria. (2013). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. (5ed.). Lisboa: Climepsi.
- Bellack, A., Mueser, K., Gingerich, S., & Agresta, J. (2004). *Social Skills Training for Schizophrenia: A Step by Step Guide* (2ed). New York: Guilford.
- Blatt, S. J. (2006). A fundamental polarity in psychoanalysis: Implications for personality development, psychopathology, and the therapeutic process. *Psychoanalytic Inquiry*, 26, 494-520.
- Bloch, S., & Crough, E. (1995). *Therapeutic Factors in Group Psychotherapy*. Oxford (Eng): Oxford University Press. In Yalom, I. D. (1985). *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*. (4ed). New York: Basic Books.
- Chamberlin, J. (2005). A defesa dos direitos das pessoas com doença mental: Desenvolvimento de uma perspetiva de direitos humanos. In Ornelas, J. F. Monteiro, M. Moniz, & T. Duarte (Eds.), *Participação e Empowerment das pessoas com doença mental e seus familiares*. Lisboa: Edições Associação para o Estudo e Integração Psicossocial.
- Crepschi, J. L. B. (2005). *Significações psicológicas dadas à violência sexual por mulheres atendidas em ambulatório especializado universitário: um estudo clínico-qualitativo*. Tese de doutoramento. Universidade Estadual de Campinas.
- DiClemente, C., Story, M., & Murray, K. (2000). On a roll: the process of initiation and cessation of problem gambling among adolescents. *Journal of Gambling Studies*, 16 (2), 289-313.
- Favero, M., & Santos, M. (2005). Autismo infantil e estresse familiar: uma revisão sistemática da literatura. *Psicologia Reflexão Crítica*, 18 (3), 358-369.
- Francisquetti, P. (2000). *Saúde mental e violência: considerações acerca do Atendimento em saúde mental a mulheres em situações de violência*. São Paulo: Mimeo.
- Graziani, P. (2005). *Ansiedade e perturbações da ansiedade*. Climepsi Editores: Lisboa.
- Hastings, R., Kovshoff, H., Ward, N., DegliEspinosa, F., Brown, T., & Remington, B. (2005). Systems Analysis of Stress and positive perceptions in mothers and fathers of preschool children with Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 35 (5), 635-644.
- Jacobucci, P. G. (2004). *Estudo psicossocial de mulheres vítimas de violência doméstica, que mantêm o vínculo após terem sofrido as agressões*. Tese de mestrado. Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.

- Johnstone, L., & Dallos, R. (2006). *Formulation in Psychology and Psychotherapy: Making Sense of People's Problems*. London: Routledge.
- Joyce-Moniz, L., & Barros, L. (2005). *Psicologia da doença para cuidados de saúde: desenvolvimento e intervenção*. Porto: ASA.
- Ladeira-Fernandez, J., & Cheniaux, E. (2010). *Cinema e Loucura: Conhecendo os transtornos mentais através dos filmes*. Porto Alegre: Artmed.
- Landeiro, E. (2011). *De Baco a Farrapo: As expectativas e o Consumo de álcool*. Unidade de Tratamento de Alcoologia – Centro Hospitalar Cova da Beira E.P.E.
- Leavell, H. R., & Clark, H. G. (1965). *Preventive medicine for the doctor in his community: an epidemiological approach*. (3ed). Nova York: MacGraw-Hill Book.
- Mattar, A. R., Abrahão, J., Andalaft-Neto, O. R., Colás, I., Schoroeder, S. J. R., & Machado, *et al.* (2007). Assistência multiprofissional à vítima de violência sexual: a experiência da Universidade Federal de São Paulo. *Caderno Saúde Pública*, 23, 459–464.
- Monteiro, F., & Matias, J. (2006). *Attitudes from professionals and people with mental illness towards recovery – A way to define effective interventions?* Comunicação apresentada na 6.ª Conferência Europeia de Psicologia Comunitária, Polónia.
- Organização Mundial da Saúde (2010). *Mental health: strengthenigour response*. Genebra: Organização Mundial da Saúde.
- Ralph, R. (2001b). *Recovery*. Maine, MA: Human Services Research Institute.
- Serra, A.V. (2011). *O Stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Edição do Autor.
- Siqueira, M. M. M. (2008). Construção e validação da escala de percepção de suporte social. *Psicologia em estudo*, 13 (2), 381-388.
- Rovinski, S. L. R. (2004). *Dano Psíquico em Mulheres Vítimas de Violência*. Rio de Janeiro: Editora Lúmen.
- Rodrigues, A. D. (2006). *Violência Conjugal: vivência de traumas em mulheres queimadas*. Tese de mestrado. Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia. Salvador.
- Sluzki, C. E. (2006). *A rede social na prática sistémica: Alternativas terapêuticas*. (3ed). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Trindade, I., & Carvalho Teixeira, J. A. (1997). Estágios de psicologia no sistema de cuidados de saúde primários – Objectivos dos estágios em centros de saúde. *Análise Psicológica*, 14 (2), 319-321.
- Vasconcelos, F. C., & Cyrino, A. B. (2000). Vantagem Competitiva: os modelos teóricos atuais e a convergência entre estratégia e teoria organizacional. *Revista de Administração de Empresas*, 40 (4), 20-37.

- Wood, E. C., & Domenico, G. (1998). *Técnicas De Massagem De Beard*. (4ed). São Paulo: Manole.
- Young, J. E., & Brown, G. (1990). *Young Schema Questionnaire*. New York: Cognitive Therapy Center of New York.
- Zimmerman, M. A. (2000). Empowerment and Community Organizations: A review for the next Milenium. In J. Ornelas (Ed.), *Actas do II Congresso Europeu de Psicologia Comunitária* (pp. 17-42). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.



## **Anexo I - Guião de levantamento de necessidades – Psicologia**

Nome:

Profissão:

- 1) Como define o serviço de Psicologia na instituição?
- 2) Neste serviço, como descreveria o seu papel enquanto psicólogo?
- 3) Quais os principais projetos que o serviço de Psicologia oferece à instituição?
- 4) Na sua opinião profissional, que novos projetos deveriam ser implementados de forma a completar e/ou melhorar o serviço prestado?
- 5) Refletindo sobre a sua experiência na instituição, quais os pontos fortes e fracos que identifica no serviço psicológico?
  - 5.1) De que forma será possível resolver os pontos fracos/limitações?
- 6) Na sua experiência profissional como é feita a colaboração entre o serviço de psicologia e outros serviços profissionais?
- 7) Deseja acrescentar mais alguma sugestão?

**Anexo II - Guião de levantamento de necessidades – Outros profissionais e  
utentes**

Nome:

Profissão:

- 1) Relativamente ao serviço de Psicologia da instituição, que conhecimentos tem sobre o seu funcionamento e sobre o papel dos profissionais?
- 2) Considerando o seu papel na instituição, que relação tem com o serviço de Psicologia?
- 3) Que projectos conhece do serviço de Psicologia desta instituição? De que forma os acha pertinentes?
- 4) Identifique pontos fortes e fracos que considere pertinentes, tendo em conta o serviço prestado pela psicologia.
  - 4.1) De que forma será possível resolver os pontos fracos/limitações?
- 5) Que novos projetos e actividades considera que deveriam ser implementados de forma a completar e/ou melhorar o serviço prestado?
- 6) Deseja acrescentar mais alguma sugestão?

### **Anexo III – Relatório do caso observado da utente C.**

#### **Identificação:**

C, tem 36 anos, e é de braga. Está divorciada desde 2010, tem 3 filhos, uma rapariga de 18 anos do seu primeiro casamento e dois meninos do segundo casamento de 14 e 8 anos. Vive atualmente com um companheiro desde Agosto de 2014. C. é costureira desde Setembro de 2014.

#### **História Clínica e do Problema:**

C. refere que este é o seu segundo internamento em psiquiatria, está internada há 15 dias, o primeiro foi no Hospital de Braga

C. é acompanhada pela psiquiatra do hospital de braga desde o seu internamento em Setembro de 2013. Refere que antes desse internamento tomava medicação antidepressiva prescrita pelo médico de família. A utente refere ainda que “depois do primeiro internamento saí bem melhor, e durante 1 ano andei bem mas sempre controlada pela medicação...agora estou aqui novamente internada porque deixei um medicamento que me dava muito sono e não conseguia acordar para ir trabalhar”.

A utente referiu ainda que por varias vezes tentou suicidar-se com comprimidos pois diz sentir-se sem forças, e desta ultima vez foi internada por esta mesma razão. C. afirma “tenho mesmo vontade de morrer, os meus filhos estão bem entregues, o meu pai já partiu e não estou ca a fazer nada”.

C. refere como motivo de internamento a má relação com a mãe que origina tentativas de suicídio por parte da utente, segundo a utente esta situação agravou-se desde que a mesma tem um companheiro. A utente refere também uma má aceitação da morte do seu pai, pois segundo a mesma eram muito ligados e muito cúmplices, e C. refere sentir muito a falta do seu pai que era o seu apoio.

A utente refere na consulta “ainda não dormi bem desde que cá cheguei, se dormi 3 noites bem foi muito, sinto-me cansada”, porém refere que desde que mudou a medicação com a psiquiatra no dia anterior a esta consulta já dormiu melhor contudo afirma “dormi melhor esta noite mas mesmo assim acordei às 7h da manhã por causa do barulho nos corredores”.

**Historia Desenvolvemental:**

O pai J., falecido em Agosto de 2014 com cancro no esófago, esteve casado com M. com quem teve 2 filhos, o M. de 42 anos e o C. de 39 anos. Segundo a utente, o J. teve um relacionamento extraconjugal com F. e teve uma filha P. de 37 anos. A utente só a conheceu esta irmã através do facebook há 3 anos atrás. E refere que são muito unidas e apoiam-se muito uma na outra.

O pai de C. terá abandonado o casamento com M. e juntou-se em união de fato durante 16 anos com a mãe de C.

C. refere que era muito próxima do pai “o meu pai era tudo para mim”, “eu era a menina do papa”. Quando a utente tinha 15 anos, segundo a mesma, o pai sai de casa junta-se a uma mulher que segundo a utente “tinha idade para ser filha dele” e mais tarde casam-se e vão viver para o estrangeiro. Este passo do pai na sua vida, segundo C., foi um choque e na altura não aceitou esta atitude do pai. Refere episódios de violência da mãe contra si “a minha mãe descarregava em mim por o meu pai a ter trocado por uma mulher com metade da idade dela.” C. refere “dou-me bem com todos os meus irmãos”.

C. relata que se casou com o seu primeiro marido, B., e deste casamento tem uma filha de 18 anos (B). Passados 3 anos divorcia-se pois refere “O B. não gostava de trabalhar e eu sozinha não podia suportar todas as despesas”.

Casa-se com Fernando, com quem esteve casada durante 11 anos e divorciou-se pois, segundo a utente, o marido começou a ficar dependente das drogas, deixou de trabalhar e dava maus tratos á mesma, ficando esta situação “insustentável” como a mesma refere. C. refere ainda “o meu ex-marido era muito boa pessoa muito trabalhador mas com as drogas virava diabo”. Deste casamento, tem 2 filhos, o D. de 14 anos e T. de 8.

Atualmente vive com um companheiro, o B. de 33 anos, que é primo do seu ex-marido, o F. Segundo C., o B. está a tirar um curso de formação profissional onde recebe uma bolsa de 200 euros mensais. A utente refere que vive com o B. desde Agosto de 2014, e vive em sua casa com ela e com os seus 3 filhos, contudo o filho mais novo passa a semana na casa da sua mãe, pois segundo a C., sai muito cedo para trabalhar e não tem quem leve o filho mais novo à escola. A utente refere que a mãe gosta muito dos netos e que trata muito bem do filho mais novo.

Segundo a utente, a relação com a sua mãe nunca foi a melhor, e desde que C. tem um companheiro piorou bastante, pois segundo relata a utente “a minha mãe vê o meu companheiro como um amante, e é contra eu viver com ele pois queria que eu fosse como ela, que tivesse um namorado mas cada um vivesse na sua casa”. A mãe da utente, segundo a

mesma, pensa que a sua filha devia arranjar um homem rico e com poder económico, já C. não pensa assim e a sua relação com a mãe só funciona na base da discussão e a utente relata, já não aguentar esta situação “a ultima tentativa de suicídio foi por causa de uma discussão com a minha mãe, estou sem forças”.

### **Descrição Comportamental:**

Na primeira sessão a utente estava calma e serena, demonstrou maior sentimento e emoção quando falou no pai e na sua morte. C. durante toda a sessão falou calmamente e respondeu a todas as questões de forma aberta e extensa, estava bem-disposta e com uma apresentação cuidada. Na última sessão estava com uma apresentação cuidada e disposta a ter alta e mostrou-se ser capaz de cumprir todos as estratégias discutidas nas sessões para não existir uma nova recaída.

### **Sessões realizadas até ao momento/Planificação das sessões:**

**-03-02-2015** – Nesta sessão foi recolhida a história de vida da utente - anamnese.

**-5-02-2015** – Nesta sessão foi falado na tríade, comportamento, sentimentos e pensamentos – **Modelo ABC** de Albert Ellis. Neste modelo todos estes componentes que constituem a tríade influenciam-se mutuamente, a utente tem de ter esta tríade sempre em mente para ajudar, e nesta sessão ainda foi criada uma lista de coisas que a utente pode fazer para se distrair.

**-6-02-2015** – Nesta ultima sessão, recorreu-se a uma lista das coisas que a utente mais gosta de fazer e a deixam feliz a qual ela pode recorrer para não fazer cair na tentação de uma nova recaída e delineamos estratégias de prevenção de recaída com a ajuda da utente. A prevenção de recaída pressupõe o treinamento de habilidades comportamentais, intervenções cognitivas e mudanças no estilo de vida. A recaída é considerada um processo no qual é possível identificar os seus antecedentes e, conseqüentemente, permite prevêê-los e evitá-los.

## **Anexo IV - Exemplo de nota de observação de um caso de psicologia**

Sessão nº 3/ Data: 21.04.2015

### **1. Dados sociodemográficos**

- Nome: L.
- Sexo: Feminino
- Idade: 42
- Nacionalidade: Portuguesa
- Profissão: Costureira
- Estado civil: Casada

### **2. Motivo de internamento**

A utente refere estar internada pois tentou suicidar-se pela segunda vez por ingestão medicamentosa. A utente relata “das duas vezes que já me tentei matar as razões foram as mesma, tristeza, o marido está fora, sinto-me sozinha e ganhamos pouco dinheiro, o dinheiro não chega”.

A utente refere ainda que também não conseguiu lidar e aceitar a morte do sogro, morreu em fevereiro de 2014, “era muito meu amigo, sinto muito a falta dele”.

A L. refere que os filhos mais novos “dão me cabo da cabeça, estou cansada de os aturar, já não tenho paciência nem força para tratar deles, estão sempre a pegar um com o outro”. Os dois filhos mais novos são acompanhados pelo serviço de psicologia da escola onde andam.

A utente relata também que começou a ingerir bebidas alcoólicas “comecei a beber para esquecer a vida e ainda hoje bebo”

### **3. Plano de consulta**

Nesta sessão será realizado o preenchimento do mapa de redes da utente, com várias categorias, família, amigos, relações de trabalho, relações comunitárias e relações agências sociais.

### **4. Descrição da consulta/ Observação (atividades realizadas/ objetivos concretizados/ tarefas sugeridas)**

Como procedimento habitual, fui ter com a utente á sala de espera e acompanhei a mesma até ao gabinete de psicologia. Comecei por perguntar á utente como se sentia, e se

sentia melhorias ao qual a mesma responde que se sente mais calma, porém continua com “apertos no coração”.

Posteriormente, mostrei e expliquei a atividade que trouxe para a sessão e a mesma ficou confusa a olhar para o “mapa de redes”, porém com a explicação a utente ficou mais elucidada e preencheu sem qualquer dificuldade. Antes de a utente começar a preencher o mapa de redes, expliquei que ao centro deviam ficar as pessoas mais importantes e à medida que o círculo alarga ficam as pessoas que apesar de importantes são mais distantes. Expliquei ainda que no centro esta a utente e deve preencher e colocar as pessoas segundo a sua importância.

A utente ficou esclarecida e começou a preencher. Sem qualquer hesitação começou por escrever o nome da filha mais velha “L.” no centro na categoria “família” afirmando “ninguém se compara á L.”, no segundo círculo colocou a mãe e o marido (não pôs os nomes), ao qual eu perguntei “e o pai?” e a mesma expressou “fica também neste círculo”. Porém tinha-se esquecido do mesmo, fui eu que lembrei a utente. E por fim ainda na categoria família, em ultimo plano e como mais distantes a utente colocou os dois filhos mais novos, o T. e a T. perguntando “escrevo o nome deles, os ponho filhos” e relatando “pus como menos importantes pois irritam-me (emociona-se)”. Nesta primeira categoria senti que a utente realmente é muito próxima da filha mais velha pois escreveu logo o seu nome sem perguntar nada, no segundo círculo não escreveu o nome de ninguém apenas pôs os parentescos, esquecendo-se do pai e por fim o nome dos dois filhos mais novos, e expressou desinteresse e desmotivação pois a mesma perguntou se escrevia o nome deles ou colocava os parentescos, ao qual respondi para escrever o que quisesse.

Na categoria amigas a utente refere uma amiga no primeiro círculo, a I. pois a mesma considera uma “grande amiga” e “um suporte” para a mesma. Na categoria de relações comunitárias coloca no primeiro círculo como mais próxima a cabeleireira, e nas restantes categorias relações agências sociais e relações de trabalho deixou em branco referindo que não tinha mais ninguém próximo e importante que fosse importante referir, afirma “odeio as pessoas todas que trabalham comigo”.

Por fim fizemos, uma análise geral ao que foi preenchido e a utente refere sentir vergonha por pôr os filhos como menos próximas porém é o que sente.

## **5 – Reflexão pessoal**

A utente demonstrou interesse e dedicação na atividade que levei para a sessão – mapa de redes, porém referiu ter vergonha pois colocou os filhos mais novos como mais distantes na categoria família. A utente esqueceu-se do pai na categoria “família”, porém eu lembrei a utente.

A utente durante toda a sessão demonstrou-se participativa, cooperante e serena.

## **6. Plano para o próximo atendimento** (Proposta de objetivos para a sessão seguinte e estratégias para os atingir)

No próximo encontro será proposto á utente a realização do questionário de esquemas de Young, que é utilizado principalmente em doentes com perturbação da personalidade e com ansiedade e /ou depressão.

## Anexo V – Exemplo de duas sessões do grupo de competências sociais



# Sessão 5

## 5ª Sessão – Expressão sentimentos negativos

### **Racional:**

O foco desta sessão está veiculando aos nossos sentimentos desagradáveis. Em essência, o tema desta sessão é proporcionar aos membros do grupo um aumento da consciência das emoções desagradáveis e a expressão deles. Além de lutar contra (agressividade) e fugindo (submissão) existe uma terceira opção que envolve a afirmação verbal.

Agressão e fuga são duas emoções questão intimamente relacionadas para a luta e fuga como mecanismos de defesa. Embora estes dois meios de proteger os nossos direitos e necessidades são ocasionalmente útil, restringindo-nos a eles é, por vezes inadequado. Temos a opção de resolveras nossas diferenças através da comunicação comos outros. Um passo

difícil, mas necessário é conseguir gerar uma mensagem assertiva envolvendo o uso de linguagem precisa e eficaz.

Quando as pessoas estão com raiva, medo ou frustração têm dificuldade em gerar uma mensagem verbal. Durante esses períodos de stresse e nossa atenção e capacidade de respostas verbais é inibida. A literatura sugere que a resolução de problemas habilidades das pessoas com mental grave distúrbios é comprometida.

“Costuma-se dizer que, se reprimir os seus sentimentos desagradáveis, é difícil sentir-se bem desde porque o seu espaço interior está cheio de sentimentos desagradáveis. Ser assertivo reduz bastante o medo, raiva, tristeza e alivia a ansiedade e tensão, que é experiente em determinadas situações.

À medida que nos tornamos cada vez mais assertivos, percebemos que estamos mais propensos a obter algumas das nossas necessidades e a nos defendermos. Também nos sentiremos confortáveis com outros e não abordamos o outro com medo de ser desiludido ou controlado. "Apesar de tentarmos sempre dar o nosso melhor para com os outros, no nosso dia-a-dia, temos contato com um muitas pessoas diferentes e por vezes podemos sentir sensações desagradáveis como a raiva, tristeza ou medo.

A fim de evitar ou reduzir o número de argumentos ou sentimentos maus, é necessário concentrarmo-nos em melhorara nossa forma de expressar os nossos sentimentos desagradáveis. É útil para manter alguns passos em mente quando pretendemos expressar um sentimento desagradável:

### **Passos da competência:**

1. Olhar para a pessoa
2. Dizer à pessoa exatamente aquilo que nos desagradou
3. Dizer à pessoa como nos fez sentir no momento
4. Dizer à pessoa porque o seu comportamento nos afetou

### **Cenas para Role-plays**

1. Uma amiga faltou a um encontro consigo e não a avisou
2. Uma colega mentiu-lhe e não gostou dessa atitude
3. Um familiar seu não a veio buscar para ir de fim-de-semana porque se esqueceu

## APLICAÇÃO

**Tema:** “não gostei porque ...”

**Tempo previsto:** 60 minutos

**Objetivos:**

- Rever as emoções básicas da sessão anterior
- Promover a capacidade de comunicação de sentimentos negativos;
- Praticar situações adequadas à realidade do participante através da técnica de role-play.

**Procedimento:** Esta sessão tem início com uma revisão da sessão anterior referente às emoções básicas, através de uma discussão em grupo. Posteriormente será visualizado um excerto da novela “Jardins Proibidos” que representa uma situação de expressão de sentimentos negativos. Será pedido que os participantes comentem a situação, identificando comportamentos adequados e não adequados. Posteriormente serão entregues os passos da competência num panfleto, dando início aos role-plays. No fim, será dado tempo para a realização do diário da sessão.

**Material:**

- Vídeo “Jardins Proibidos” ([https://www.youtube.com/watch?v=viS4K\\_Naf5Q](https://www.youtube.com/watch?v=viS4K_Naf5Q))
- Folha com passos para role-play (anexo 13)
- Computador
- Colunas
- Videoprojector



### **13ª Sessão – Comer e beber corretamente**

#### **Racional:**

Muitas situações sociais envolvem comer e beber, todas as pessoas gostam que nessas situações os outros se comportem corretamente. Muitas pessoas já sabem fazer isto porém ajuda sempre rever alguns pontos importantes.

#### **Passos da competência:**

1. Confirme a temperatura da comida e da bebida antes de a ingerir
2. Comer devagar e ingerir pequenas quantidades e mastigar a comida calmamente
3. Não falar com comida na boca
4. Use um guardanapo para ir limpando a boca e as mãos

#### **Cenas para Role-plays**

1. É convidada para ir almoçar fora;
2. Vai lanche com uma amiga;

3. Está a tomar um café com uma amiga e resolvem jantar.

### **Considerações finais:**

O terapeuta deverá lembrar as utentes que os passos referidos são apenas alguns pontos principais porém devera fazer uma lista com outros comportamentos que envolvam comer e beber corretamente.

Estas competências precisam de ser praticadas com comida e bebida real (role-play). É importante que o terapeuta dê feedbacks sobre evolução das utentes.

## **APLICAÇÃO**

**Tema:** “Vamos comer qualquer coisa?”

**Tempo previsto:** 60 minutos

### **Objetivos:**

- Explorar importância de saber comer e beber corretamente;
- Explicar e debater o que significa esta competência;
- Explorar os passos da competências;
- Praticar situações adequadas à realidade do participante através da técnica de role-play.

### **Procedimento:**

A sessão iniciará com uma breve discussão sobre competências a abordar “comer e beber corretamente”. Nesta discussão será pedido aos participantes que opinem sobre quais os passos que se têm de fazer para esta competência se realizar, escrevendo no quadro a opinião dos participantes.

De seguida será entregue aos participantes uma folha com os passos para completar esta competência com sucesso e ainda para a consolidação da competência será visualizado um vídeo.

No fim, para uma melhor consolidação da competência será proposto às participantes um role-play onde evidenciam os passos da competência para a mesma ser bem feita, este role-play será primeiramente realizado pela terapeuta, neste role-play o terapeuta deve trazer para sessão algum alimento como um bolo e um garrafa de água para as utente poderem praticar com alimentos reais.

**Material:**

- Vídeo “10 coisas que não se deve fazer durante um jantar/almoço” (minuto 0:00 até ao fim – jantar entre 2 pessoas)  
<https://www.youtube.com/watch?v=2z8nckYafa8&spfreload=10>
- Computador;
- Retroprojector
- Folha sobre role-play (ANEXO 22)
- Bolo caseiro
- Garrafa de água
- Copos
- Talheres
- Pratos

## Anexo VI – Exemplo de relatório de avaliação de uma utente do grupo de competências sociais

**Resultados Pré e Pós avaliação - Nome: A.I. Data de avaliação: 02/12/14 – 07/07/15**

Para a avaliação das capacidades e conhecimentos dos elementos do grupo de competências sociais, proposto pelo serviço de psicologia, foram seleccionados os seguintes instrumentos: Escala de Habilidades Sociais - EHS (Gonzalés, 2000); o Face Emotion Identification Test (Kerr & Neal, 1993); e uns exercícios de role-plays adaptados de Bellack e colaboradores (2004).

### EHS

| <b><u>Escala de Habilidades Sociais (EHS)</u></b><br>(quanto mais elevada a pontuação, mais habilidades sociais e capacidade de asserção apresenta o sujeito) |                |                |
|---|----------------|----------------|
|   | Pré- avaliação | Pós- avaliação |
| <b>Pontuação total:</b><br>(Max: 96) <sup>1</sup><br>M-72,70<br>DP-8,49   | 81             | 83             |
| <b>Evitamento social - Factor 1</b><br>M- 18,19<br>DP-3,10  | 16             | 12             |
| <b>Dizer não e cortar com interacções -<br/>Factor 2</b><br>M- 18,14<br>DP-3,09   | 19             | 24             |
| <b>Timidez- Factor 3</b><br>M- 9,40<br>DP-1,88  | 9              | 10             |
| <b>Medo de se expor socialmente -<br/>Factor 4</b><br>M- 12,55<br>DP-2,07   | 14             | 13             |
| <b>Factor 5 (não interpretado)</b><br>M- 4,96<br>DP- 1,24   | 8              | 8              |
| <b>Defesa dos próprios direitos<br/>enquanto consumidor- Factor 6</b><br>M- 9,35<br>DP-2,04   | 10             | 12             |

<sup>1</sup> Foram cotados apenas os 24 itens saturados na adaptação portuguesa

**Pré-avaliação:** Relativamente à pré-avaliação A.I apresenta um pontuação total de 81 em 96, sendo que apresenta estar acima da média, sendo esta de 72.70. Tendo em atenção aos cinco fatores considerados pelos investigadores, podemos observar na tabela acima que apenas o fator “evitamento social” está abaixo da média, sendo que os restantes apresentam pontuações acima da média. A pontuação mais baixa centra-se no fator “timidez” e “defesa dos próprios direitos enquanto consumidor” e mais alta no fator “dizer não e cortar com interações” e “medo de se expor socialmente”.

**Pós-avaliação:** Relativamente à pós-avaliação foi possível obter uma pontuação total de 83 que se encontra também acima da média. Especificamente ao fator “evitamento social” este é o único abaixo da média. Dos restantes o fator “dizer não e cortar com interações” é o único que se apresenta com uma pontuação melhor, estando com valores consideráveis acima da média. De seguida destaca-se o “medo de ser expor socialmente”, que apesar de a pontuação ter descido ainda de encontra acima da média.

#### **Face Emotion Identification Test**

| Provas  | Pré- avaliação | Pós- avaliação |
|---|----------------|----------------|
| <b>Identificação de emoções</b><br><b>Max: 19</b> | 13             | 16             |
| <b>Descriminação</b><br><b>Max: 30</b>            | 23             | 28             |

Relativamente aos resultados obtidos na pré-avaliação no Face Emotion Identification Test, para a identificação de emoções, verificou-se que apresentou 13 em 19 e na prova de discriminação obteve 23 em 30.

Nos resultados óbitos na pós-avaliação, verificou-se uma melhoria na Ana Isabel, relativamente às duas provas pertencentes ao Face Emotion Identification Test. Neste sentido, na prova de identificação de emoções, apresenta 16 em 19 e na prova de discriminação obteve 28 em 30. Por fim, através dos resultados obtidos demonstram que tanto na pré-avaliação como na pós-avaliação, A.I evidencia alguma confusão na identificação das expressões faciais “assustado-zangado-surpreso”, porém melhorou significativamente entre as avaliações.

### Avaliação do funcionamento adaptativo social

| Provas  | Pré- avaliação | Pós- avaliação |
|---|----------------|----------------|
| <b>Avaliação do funcionamento adaptativo social</b> | 20             | 17             |
| <b>Max: 76</b>                                      |                |                |

Relativamente a avaliação funcional adaptativa social, foi possível verificar uma melhoria na pós-avaliação, tendo uma pontuação de 17, sendo que na pré-avaliação teve uma pontuação de 20. Esta melhoria é significativa, uma vez que quanto mais baixa é a pontuação mais o comportamento é adaptativo pois o 0 é nenhuma deterioração e 4 deterioração extrema.

### Exercícios role-play

**Pré-avaliação:** Na tabela de role-plays, através de uma avaliação qualitativa, verificou-se que A.I, teve dificuldade na concretização de algumas competências, como na competência de “comer e beber corretamente” e “chegar a uma decisão conjunta”. A.I, tanto no role play como em varias saídas para almoço que foram realizadas ao longo das sessões, demonstra-se pouco capaz de saber estar a mesa, e de saber comer com regras, frustrando quando os almoços/lanches terminavam. Porém na competência “chegar a uma decisão conjunta”, A.I defende com rigor o que prefere fazer quando há alguma questão a resolver em grupo, contudo não o faz da melhor forma, fala alto, irrita-se e não sabe negociar as varias opções que existem para locais para almoço, por exemplo.

**Pós- avaliação:** Na tabela de role-plays, foi possível verificar que A.I demonstrou facilidade na concretização dos passos de todas as competências, inclusive nas competências que na pré-avaliação demonstrou dificuldades sendo necessário algum auxilio apenas na competência “comer e beber corretamente”, onde a utente se esqueceu de um dos passos. Contudo, A.I melhorou significativamente na realização de todos os role-paly’s.

### Conclusão:


Na EHS, verificou-se um ligeiro aumento da pontuação global, sendo que no fator “Dizer não e cortar com interações” verificou-se um aumento significativo na pontuação. Em conversa de carácter não formal, A.I revela ser uma mulher decidida e que tem noção dos seus direitos e deveres, tendo em conta as características pessoais e eventuais fatores externos ocorridos naquele momento de avaliação, poderão explicar a pontuação obtida.

Possivelmente será necessária uma nova intervenção centrada na competência de comer e beber corretamente.

Concluindo a utente destacou-se pela positiva e com resultados melhores e acima da média no geral em todos os instrumentos, isto pode dever-se ao facto de ser uma das utentes mais jovens do grupo e com outra predisposição para aprender e também mais dedicação, o esforço da mesma reflete-se nos seus resultados.


Psicóloga  
Estagiária,  
*Joana Leite*

## Anexo VII – Apresentação da ação de formação “Empowerment”



**Empowerment**


na doença  
mental grave

 **Irmãs Hospitaleiras**  
CASA DE SAÚDE DO BOM JESUS

Joana Leite.  
Outubro, 2015.

### + Empowerment...


- Conceito de empowerment;
- Atitudes promotoras de empowerment no contexto da doença mental grave;
- Limitações;
- Exercício do empowerment na CSBJ.

 **Irmãs Hospitaleiras**  
CASA DE SAÚDE DO BOM JESUS

### + Conceito de Empowerment

- O empowerment refere-se à mudança nas atitudes em relação às pessoas com doença mental grave.
- O objetivo principal é que estas pessoas com doença mental grave tenham um papel ativo no seu processo de reabilitação.
- O conceito de auto-ajuda refere-se a uma forma de empowerment, no qual as pessoas encaram e interagem com o mundo de um modo diferente.


■ Chamberlin (2005)

 **Irmãs Hospitaleiras**  
CASA DE SAÚDE DO BOM JESUS

### + Conceito de Empowerment

- Segundo o national empowerment centre (NEC, 1999) quando a sociedade e os serviços de saúde mental acreditarem ser possível uma plena recuperação das pessoas com doença mental, aí sim será possível o surgimento de resultados positivos.
- O empowerment é auto-determinação e controlo sobre a vida, não apenas só sobre o tratamento.
- O conceito de empowerment inclui a cultura, a família, a comunidade, os amigos, o emprego, a escola, entre outros, isto é, torna-se necessário e importante que a vivência das pessoas com doença mental se realize nos contextos naturais.
- O empowerment é um processo constante e intencional.


■ Ralph, 2001

 **Irmãs Hospitaleiras**  
CASA DE SAÚDE DO BOM JESUS

### + Conceito de Empowerment

- O empowerment tem uma dimensão individual e uma dimensão em grupo.
- O conceito de empowerment tornou-se comum em programas de saúde mental, contudo, não existia uma definição clara.
- Posto isto, a literatura reúne um conjunto de características que a pessoa com empowerment tem de possuir.


■ Chamberlin (1997)

 **Irmãs Hospitaleiras**  
CASA DE SAÚDE DO BOM JESUS

### + Atitudes promotoras de empowerment

- Poder de decisão;
- Acesso à informação e a recursos;
- Opção de escolha;
- Assertividade;
- Sensação de que a pessoa pode fazer a diferença (esperança);
- Pensamento crítico por exemplo aprender a redefinir-se ou seja falar pela sua própria voz;

■ Chamberlin (1997)

 **Irmãs Hospitaleiras**  
CASA DE SAÚDE DO BOM JESUS

## + Atitudes promotoras de empowerment

- Conhecer e expressar a raiva;
- Não se sentir sozinho, sentir-se parte integrante do grupo;
- Perceber que as pessoas têm direitos;
- Efetivar uma mudança na vida de alguém e na comunidade;
- Competências de aprendizagem por exemplo a comunicação, que a pessoa defina como importante;

■ Chamberlin (1997)



7

## + Atitudes promotoras de empowerment

- Mudar a percepção do outro sobre as suas competências e capacidades;
- Processo de crescimento e mudança que nunca está totalmente terminado (iniciativa própria)
- Aumentar a auto-estima bem como superar os obstáculos.

■ Chamberlin (1997)



8

## + Exemplo do modelo médico e do modelo empowerment

| Modelo Médico/Reabilitação  | Modelo do Empowerment  |
|---|--|
| "Você é doente mental"  | "Você está a experimentar um sofrimento emocional muito grande que está a interferir com a sua vida"   |
| "A sua doença mental tem causas genéticas ou deve-se a um desequilíbrio químico no cérebro" | "O seu sofrimento deve-se a uma combinação de fatores tais como perdas, traumas, e falta de suporte"   |
| "A sua doença é crónica, para toda a vida"  | "Você pode recuperar totalmente"   |
| "Não pode trabalhar enquanto apresentar sintomas"   | "Deve começar um trabalho significativo rapidamente pois o trabalho ajuda na sua recuperação"  |
| "Tem que tomar medicação para o resto da sua vida"  | Talvez você pense que a medicação seja útil enquanto está a aprender competências de auto-gestão e formas alternativas de recuperar de uma vivência de sofrimento emocional grave" |
| "Tem que andar vigiado pelos médicos o resto da sua vida"                                   | "O seu suporte principal vão ser os seus pares e amigos e não os profissionais"  |
| "Deve evitar o stress a qualquer custo"   | "Você pode sonhar outra vez, ir ao encontro de desafios e ter uma vida preenchida"   |

9

## + Exemplo do modelo médico e do modelo empowerment

| Modelo Médico/Reabilitação  | Modelo do Empowerment   |
|---|---|
| "Você é a sua doença"   | "Você continua a ser perfeitamente humano"  |
| "Como resultado da sua doença não será capaz de expressar os seus sentimentos e formar relações significativas" | "Você está a experimentar sentimentos muito intensos que fazem com que sinta insegurança ao expressá-los. Eventualmente, irá sentir-se suficientemente seguro para compreender os seus sentimentos e os dos outros e estabelecer relações próximas" |
| "Você não tem nem os mesmos direitos nem as mesmas responsabilidades que as outras pessoas"                     | "Você tem os mesmos direitos civis tal como qualquer outro cidadão"   |
| "Você é mais perigoso que os outros na sociedade"   | "Você não é mais perigoso do que o resto da comunidade"   |
| "Você não pode ter pessoas significativas na sua vida nem ter filhos"   | "Você é livre para construir relações significativas e, eventualmente, ter filhos"  |

10

## + Limitações

- Mudança do paradigma,
- Sobrecarga,
- Escassez de recursos humanos,
- Desesperança,
- Estigma,
- Paternalismo
- Focar nas potencialidades.



11

## + Exercício do empowerment na CSBJ – O que falta fazer?

- Tratar as utentes com respeito e admiração;
- Tratar as utentes como gostam de ser tratadas (pelo nome que preferem);
- As utentes devem ter a oportunidade de expressar a sua individualidade (escolher a sua roupa, penteado, maquiagem);
- Abandonar o pretensiosismo de que sabemos o que é melhor para as utentes;



12

## + Exercício do empowerment na CSBJ – O que falta fazer?

- Estimular o exercício da cidadania (por exemplo, o voto);
- Participação em reuniões de discussão de casos;
- Gerirem o seu próprio dinheiro;
- Terem opções de escolha relativamente ao que comem, por exemplo;
- Fomentar o espírito crítico – abrir espaço à opinião;



13

## + Exercício do empowerment na CSBJ – O que falta fazer?

- Incentivar as utentes a fazerem sugestões e reclamações;
- Dinamização debates temáticos sobre assuntos de interesse para as utentes;
- Ações de sensibilização e campanhas contra o estigma da doença mental em escolas, universidades e outros locais na comunidade;
- Participação das utentes no processo de recrutamento dos colaboradores;
- Colaboração com outras instituições/grupos;
- Colaboração em estudos de investigação.



14

## + O caminho a percorrer...



15