



UNIVERSIDADE DO MINHO
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS HUMANAS, JURÍDICAS E SOCIAIS

CURSO DE LICENCIATURA EM PSICOLOGIA
A GÉNESE DA PERSONALIDADE ANTI-SOCIAL E DA ENURESE

RELATÓRIO DE ESTÁGIO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE
ANO LETIVO 2017/2018 - 4º ANO

Autor: Gabriel Santos Lima Fortes, N.º 2516

Mindelo, 2018



UNIVERSIDADE DO MINHO
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS HUMANAS, JURÍDICAS E SOCIAIS

CURSO DE LICENCIATURA EM PSICOLOGIA
A GÉNESE DA PERSONALIDADE ANTI-SOCIAL E DA ENURESE

RELATÓRIO DE ESTÁGIO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE
ANO LETIVO 2017/2018 - 4.º ANO

Autor: Gabriel Santos Lima Fortes, N.º 2516

Mindelo, 2018

O presente relatório intitulado **A Génese da Personalidade Anti-social e da Enurese**, é da autoria de Gabriel Santos Lima Fortes, N° 2516, realizado durante o estágio curricular, supervisionado pela Psicóloga Clínica Dr^a Eurídice Lima.

Declaro que todas as frases pertencentes a outros autores foram referenciadas, ou redigidas com novas palavras. Mediante essa declaração atesto a originalidade do trabalho.

Assinatura

Trabalho apresentado à Universidade do Mindelo como parte dos requisitos para obtenção do grau de Licenciatura em Psicologia Clínica e da Saúde.

Lista de Abreviaturas

BCG – Bacillus Calmette-Guérin

CS – Centro Saúde;

CTO – Centro de Terapia Ocupacional;

CVT – Cabo Verde Telecom;

DGS – Direção Geral da Saúde;

DSM-IV – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais

DS – Delegacia de Saúde;

DSSV – Delegacia de Saúde de São Vicente;

FFF - Fernando Ferreira Fortes;

HBS – Hospital Batista de Sousa;

MH – Lepra;

PS – Posto Sanitário;

SV - São Vicente;

TB – Tuberculose;

USB – Unidade Sanitária de Base.

Resumo

O presente relatório descreve o estágio curricular realizado na Delegacia de Saúde de São Vicente. Encontra-se dividido em dois capítulos, no primeiro é enfatizada a caracterização da instituição acolhedora, compreendendo a Missão, os objetivos pretendidos pela Delegacia de Saúde de São Vicente (DSSV), a Estrutura Orgânica, a Gestão, caracterização do serviço de Psicologia e uma breve contextualização da Cadeia Civil de São Vicente. No segundo capítulo, a descrição de dois estudos de caso. No primeiro caso tem-se a descrição de um utente com Personalidade Antissocial e no segundo caso descreve-se uma adolescente com enurese noturna. O enquadramento teórico do primeiro caso engloba as Alterações de Comportamento em Crianças, o conceito de Personalidade Antissocial e Enquadramento do Transtorno Antissocial da Personalidade como Paragem no Crescimento. Referente ao segundo caso discorre-se sobre conceitos de Adolescência, Enurese na Adolescência, Depressão na Adolescência e Autoestima.

Palavras-chave: Estágio curricular; Personalidade Anti-social; Enurese.

Abstract

This report describes the curricular internship held at São Vicente's Healthcare Delegacy. It is divided into two chapters. The first chapter, emphasizes the host institution's characterization, comprising the Mission and intended goals of São Vicente's Healthcare Delegacy (SVHD); The Organic Structure, Management, service of Psychology characterization and a brief scope of São Vicente's civil prison. The second chapter, covers two case studies. On the first one, there is a description of a subject with Antisocial Personality. The second one, a description of a teenage girl with nocturnal enuresis. The theoretical framework of the first case includes Behavior Changes in Children, the concept of Antisocial Personality and Framework of Antisocial Personality Disorder as a Stop in Growth. Concerning the second case there is a talk about the concepts of Adolescence, Enuresis in Adolescence, Depression in Adolescence and Self-esteem.

Keywords: Curricular Internship; Antisocial Personality; Enuresis

À Maiuca

Agradecimentos

Ao chegar nesse momento, o sentimento de gratidão é grande, porque sabemos que a trajetória percorrida só foi possível porque jamais faltaram pontos de referência nos direcionando em momentos de crise.

Augusto Cury disse: “é no fogo da dúvida e da crítica que o ser humano adquire sua estrutura”.

Primeiramente agradeço a Deus pela capacidade de aprender e aplicar os conceitos assimilados.

Agradeço a Dr^a Eurídice pela disponibilidade e prontidão em nos orientar, pela preciosa contribuição na nossa formação.

À minha esposa um profundo obrigado, pois sem a sua persistência estaria ainda escrevendo as primeiras linhas desse relatório.

Aos meus pais, pela paciência que tiveram comigo quando estudar estava no último plano, agradeço pelo amor dispensado e pela forma como me educaram.

Aos meus avós, meus segundos pais, palavras não são utilizadas para descrever e agradecer vossa colaboração na formação da minha personalidade e na minha formação como pessoa, a vós tudo de bom.

Aos meus tios que me acolheram e apoiaram no processo de formação tanto pessoal como acadêmica, digo que sem vós tudo isso seria impossível.

À Tia Kuia, Flávio, Tio Naiss e Tia Tchicau, muito obrigada.

Agradeço profundamente aos meus sogros, pelo apoio incondicional, pelo amor e referência que têm sido para mim.

Aos meus irmãos agradeço imenso.

*“Não se cogita a repressão total das tendências agressiva do homem:
o que podemos tentar é canalizar essas
tendências para outra atividade
que não seja a guerra”.*

Sigmund Freud

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	2
1-História da Delegacia de Saúde.....	3
1.1-Missão	5
1.2-Objetivos	5
1.3-Estrutura Orgânica	5
1.4-Gestão da Delegacia de Saúde	5
1.5-Characterização do Serviço de Psicologia	7
1.6-Breve contextualização da Cadeia Civil.....	9
CAPITULO II – Apresentação dos Estudos de Caso	9
2. Justificação da escolha dos casos	9
2.1- Fundamentação teórica do caso 1	9
2.1.1- Alterações de comportamento em crianças.....	9
2.1.2- Personalidade Anti-social	10
2.1.3- Enquadramento do TASP como paragem no crescimento.....	10
2.2 História clínica	11
2.3-Fundamentação teórica do Caso 2	21
2.3.1- A Adolescência	21
2.3.2- A Enurese na Adolescência.....	22
2.3.3- A Depressão na Adolescência.....	22
2.3.4- A Auto estima	23
2.4- História clínica	23
Conclusão	29
Recomendações	31
Referências bibliográficas	32
Anexos	35

INTRODUÇÃO

O presente trabalho está inserido no âmbito da conclusão do estágio curricular em Psicologia Clínica e da Saúde para a aquisição do Grau de Licenciatura.

A Psicologia é a ciência que estuda o comportamento e os processos mentais, utilizando métodos sistemáticos para observar a conduta humana e suas consequências, com o objectivo de descrever, prever e explicar o comportamento, (King, 2009).

A vertente prática é imprescindível para a conclusão da Licenciatura em Psicologia Clínica e da Saúde, assim segue a apresentação deste relatório, intitulado, A Gênese da Personalidade Anti-social e da Enurese.

A escolha do tema fundamenta-se nos dois estudos de caso, nestes, mediante a análise da história dos utentes apercebe-se quais as variáveis que contribuíram para o estabelecimento do Transtorno Anti-social da Personalidade no primeiro caso e as razões para a continuidade da Enurese no segundo caso.

Os resultados alcançados só foram possíveis mediante a aplicação de técnicas como a entrevista, observação e técnicas psicométricas, nomeadamente, Rorschach, Escala de Auto-estima de Rosemberg e o Inventário de Depressão de Beck.

Durante o período de estágio, entre Outubro e Maio, realizaram-se palestras (realçando a atenção primária adotada pela Delegacia de Saúde como método de prevenção de doenças, acidentes, toxicodependência, alcoolismo), atendimentos, avaliações psicológicas e propostas de intervenção para os casos solicitados.

A elaboração deste trabalho reflete a dinâmica do curso de Psicologia, que engloba a assimilação de modelos e métodos de avaliação e compreensão da dinâmica psíquica do homem e a sua aplicação em casos que requerem intervenção. A possibilidade de atender pacientes e investigar a sua personalidade possibilita o alargamento dos horizontes do investigador, pois, por vezes chega-se a conclusão de que existem transtornos que poderiam ser evitados se houvesse maior dedicação e compromisso no seio familiar.

CAPITULO I - Caracterização da Instituição

1-Historial da Delegacia de Saúde

Neste capítulo a Delegacia de Saúde de São Vicente é descrita, desde a sua génese, características, missão, objetivos, estrutura orgânica, gestão e posteriormente a caracterização do serviço de Psicologia, visto que é o departamento onde o estágio se realizou.

Criação da Delegacia de Saúde

Segundo o (B.O., 2006), Decreto Regulamentar nº 1/2006 de 16 de janeiro, artigo 2º:

1. As Delegacias de Saúde (DS) são os serviços de base territorial do Ministério da Saúde, agregadas na estrutura da Direção Geral de Saúde (DGS), encarregadas, a nível dos concelhos, da promoção e da protecção da saúde das populações e da prevenção, tratamento e reabilitação da doença.

2. As Delegacias de Saúde exercem a sua acção através de uma rede de instituições de Cuidados Primários de Saúde, integrando nomeadamente:

- a) Centros de Saúde (CS);
- b) Postos Sanitários (PS);
- c) Unidades Sanitárias de Base (USB).”

A promoção e a prevenção da Saúde, assim como o tratamento e a reabilitação da doença encontram-se previstos no Decreto-Lei nº 62/III/89, que determina que é competência do Estado garantir a existência e o funcionamento de um serviço público de saúde, designado Serviço Nacional de Saúde, onde a prestação de cuidados Primários de Saúde é assegurada por uma rede de serviços integrada nas Delegacias de Saúde, (Brito, 2015).

Histórico e Funcionamento

A Delegacia de Saúde, inicialmente Posto de Saúde funcionara como um serviço integrado ao Hospital de São Vicente, em que devido a natureza dos serviços prestados, no âmbito da Saúde Pública, houve a necessidade de o desagregar do Hospital e passou a funcionar no edifício da Biblioteca Municipal na Rua d´Praia, desde antes de 1969.

Os serviços abrangidos, eram designadamente:

- Atribuição de atestado Médico;
- Serviços relacionados a Sanidade Marítima;
- Luta contra paludismo;
- Aplicação de vacinas BCG, (que combate a Tuberculose), tanto à cidadãos nacionais como a estrangeiros que visitavam a ilha.

Por ser a única instituição que ministrava a vacina contra a Tuberculose – BCG, mais tarde este serviço foi denominado BCG.

Com o aumento da jurisdição da Delegacia de Saúde houve, conseqüentemente, um crescimento a nível da requisição dos serviços prestados pela mesma. Para dar vazão à demanda requerida, a DS recorreu a novas instalações em maio de 1986, tendo a mesma sido transferida para as instalações da Cabo Verde Telecom (CVT) onde permaneceu durante 27 anos, devido á inexistência de uma infra-estrutura própria.

Nessas instalações novos serviços foram introduzidos, tais como:

- Estomatologia;
- Estatística;
- Epidemiologia;
- Sanidade Marítima;
- Enfermagem;
- Clínica Geral;
- Serviço de Psicologia;
- Serviço Social;
- Laboratório de Análises Clínicas.

Em Agosto de 2013 a DS começou a funcionar pela primeira vez na sua sede, na Rua Fernando Ferreira Fortes (FFF), edifício próprio, construído de raiz com o objectivo de proporcionar à população melhor qualidade dos serviços prestados cessando, assim, anos de luta, tanto dos colaboradores que almejavam há muito pelas instalações próprias, como do corpo diretivo que se esforçara para evidenciar a mais-valia que essa infra-estrutura traria à comunidade Mindelense e a sociedade Cabo-verdiana.

1.1-Missão

A Delegacia de Saúde de São Vicente (DSSV) executa a sua missão focalizando a atenção primária, que concretiza através da promoção da saúde, prevenção de doenças e acidentes, tratamento e reabilitação.

1.2-Objetivos

Para alcançar os objectivos, a DSSV dispõe 11 estruturas de diferentes níveis e de uma vasta equipa técnica multidisciplinar, que funciona em rede com o Hospital Central, o Hospital Dr. Baptista de Sousa (HBS), de forma a disponibilizar ao seu público-alvo serviços fundamentais de cuidados e atenção primária, entre os quais:

- Atenção integrada a saúde da mulher, do homem e da criança;
- Atendimento aos Jovens;
- Consultas de clínica geral;
- Curativos e injeções;
- Consultas de psicologia;
- Consultas de nutrição;
- Consultas de estomatologia;
- Assistência social;
- Acesso a exames laboratoriais fundamentais;
- Prevenção de epidemias;
- Produção de dados estatísticos correspondentes ao estado da saúde em SV.

1.3-Estrutura Orgânica

* Anexo 1

1.4-Gestão da Delegacia de Saúde

Direção – Delegada de Saúde

A direção da Delegacia de Saúde está a cargo da Delegada de Saúde.

A Delegada de Saúde tem como formação de base a medicina, que por sua vez dirige todas as acções de saúde da sua jurisdição através de uma equipa multidisciplinar, inclusive a gestão de autoridade sanitária.

Administradora

A Administradora da DSSV, tem como formação de base Gestão Hospitalar.

Tem sob a sua jurisdição as áreas:

- Administrativa;
- Recursos humanos;
- Financeira.

Não só da Sede da DSSV, mas também dos Centros de Saúde, do Centro de Terapia Ocupacional e das Unidades Sanitárias de Base.

Organização Institucional

A Delegacia de Saúde compreende as seguintes estruturas de prestação de serviços de saúde:

❖ Uma Sede da DSSV

A Sede da Delegacia de Saúde de São Vicente encontra-se dividida em Serviços:

- Laboratório de Análises Clínicas;
- Epidemiologia;
- Sanidade Marítima;
- Enfermagem;
- Clínica Geral;
- Serviço Social;
- Serviço de Psicologia;
- Estomatologia;
- Estatística.

❖ Seis Centros de Saúde;

Centro de Saúde - Estabelecimento de saúde de atenção primária integral, dirigida por um médico. Presta cuidados de saúde de acordo com a capacidade técnica instalada e implementada nos programas de cuidados primários. São estes:

- Centro de Saúde Reprodutiva de Bela Vista;
- Centro de Saúde de Fonte Inês;
- Centro de Saúde de Monte Sossego;
- Centro de Saúde de Chã de Alecrim;
- Centro de Saúde de Ribeirinha;
- Centro de Saúde de Ribeira de Craquinha.

❖ **Três Unidades Sanitárias de Base**

Unidade sanitária de base – estabelecimento de saúde de nível básico, sob a responsabilidade de um agente sanitário.

Neste desenvolve-se predominantemente, actividades promocionais e preventivas, ações de primeiros socorros e de seguimento dos doentes de tratamentos prolongado, abrangendo as comunidades de:

- Salamansa
- Calhau
- São Pedro

❖ **Centro de Terapia Ocupacional situado na R^a de Vinha**

Com a responsabilidade de promover o bem-estar de utentes portadores de patologias psíquicas.

Neste centro dispõe-se de:

- Psicólogo;
- Terapeuta ocupacional;
- Psiquiatra;
- Técnico social.

1.5-Caraterização do Serviço de Psicologia

Na Sede da Delegacia de Saúde há duas psicólogas clínicas que trabalham com o objectivo de responder a demanda requerida.

Trata-se de um serviço aberto a todas as pessoas, disponível em todas as comunidades através dos Centros de Saúde, onde o objectivo principal é despertar na sociedade à importância que se deve dedicar ao cuidado da Saúde Mental.

O serviço de psicologia empreende a sua prática em duas vertentes, sendo a preventiva e a interventiva.

Preventiva – Esta, como sugere, aplica-se à prevenção, onde abrange utentes de todas as faixas etárias da sociedade através de palestras, campanhas de sensibilização, participação em feiras de saúde e em outras ações na comunidade, com o objectivo de informar e capacitar os agentes sociais a valorizarem a prevenção.

Interventiva – Nesta vertente a ênfase está na prática clínica, onde trabalha-se com utentes que foram encaminhados dos Centros de Saúde e pessoas que dirigem voluntariamente à consulta.

Nessa fase interventiva o atendimento não acontece somente no consultório, mas também na comunidade, através de visitas domiciliárias a pessoas impossibilitadas de se deslocarem aos CS ou à sede da DSSV.

Caraterização do público alvo

Adolescentes, jovens, adultos, famílias e pessoas idosas que carecem de avaliação e/ou intervenção psicológica, são o público alvo do serviço de Psicologia.

Com a excepção de crianças que dispõem do serviço de Psicologia do Centro de Saúde de Bela Vista, uma vez que está mais equipado e direccionado para o atendimento das mesmas.

A Sede da DSSV abrange utentes de todas as faixas etárias, apresentando queixas de perturbações de aprendizagem, estados depressivos, uso de substâncias psicoativas, transtornos comportamentais e ansiedade.

Segundo Carl Jung a terapia psicológica tem por objectivo coadjuvar o paciente no processo de aquisição de estabilidade e paciência perante o sofrimento.

Problemas conjugais, transtornos psicológicos e atendimentos por doenças crónicas são queixas apresentadas maioritariamente por adultos.

1.6-Breve contextualização da Cadeia Civil

A Cadeia Civil de São Vicente é uma instituição de cariz penal, dependente do Ministério da Justiça, localizada em Ribeirinha. Dispõe de vários setores, distribuídos pelos limites territoriais da instituição, disponibilizando aos reclusos, de acordo com a gravidade penal, recursos que os permitem melhor reabilitação.

A privação da liberdade conduz o indivíduo ao auto-questionamento, transportando consigo o jugo da conflitualidade pessoal, inerente ao período de reclusão (Ceitil, 2006). Mediante a parceria estabelecida entre a Cadeia Civil de São Vicente e a Delegacia de Saúde, realizou-se palestras, atendimentos individuais e em grupo.

CAPITULO II – Apresentação dos Estudos de Caso

2. Justificação da escolha dos casos

No primeiro caso, não houve muita resistência em escolher. Por ser um sujeito em período de reclusão, desperta a curiosidade em conhecer as causas da prisão e compreender a sua dinâmica psíquica e social.

É de reconhecer o desafio proporcionado por este caso, no contexto da avaliação e, consequentemente, na procura incessante de algum aspecto a considerar como âncora na proposta de intervenção.

O segundo caso, foi escolhido na sequência dos atendimentos onde, por ser a primeira adolescente a ser atendida, seria de suma relevância apresentar a dinâmica familiar de uma adolescente atravessando um período de diversas crises.

2.1- Fundamentação teórica do caso 1

2.1.1- Alterações de comportamento em crianças

As alterações comportamentais em crianças resultam de alterações neuroquímicas, fatores genéticos, sociais e familiares. Tais variáveis utilizam a infância para se estabelecerem nos traços de personalidade em construção, que apoiados pelos abusos, agressões, separações e psicotrópicos, contribuem para o estabelecimento dos transtornos de conduta. O Transtorno de conduta é um padrão repetitivo de

comportamento que viola regras sociais importantes em sua idade ou direitos básicos alheios (Albuquerque & Strump, 2013).

2.1.2- Personalidade Anti-social – O Transtorno Anti-social da Personalidade (TASP), anteriormente denominado de Psicopatia ou Sociopatia é definida como um agrupamento de traços clínicos da personalidade e comportamentos socialmente desviantes, (Gonsalves R. , 2008).

A deslealdade, o egoísmo e a irresponsabilidade são características inerentes aos indivíduos com TASP, não sendo suscetíveis de corrigirem-se nem pela experiência, nem pelo castigo. (Fonseca, 1985). O mesmo autor afirma que, embora não apresentem formalmente alterações da consciência e do pensamento verbal, são, na maioria das vezes indivíduos mentirosos, que se mostram indiferentes às solicitações e aos estímulos socialmente adequados, pelo que têm de ser frequentemente penalizados.

“Os portadores de Transtorno Anti-social da Personalidade, encontram-se com menor frequência na idade avançada do que no início da mesma, por um lado porque o seu estado tende a melhorar com o andar do tempo e por outro, porque acarreta uma alta mortalidade devido a auto negligência, acidente, suicídio e outras formas de violência” (Leigh et al.,1981)

2.1.3- Enquadramento do TASP como paragem no crescimento

Dados referentes a EletroEncefalograma(EEG), relevam alterações a nível das funções fisiológicas. Nesses dados, uma elevada percentagem de indivíduos com Transtorno Anti-social da Personalidade (TASP) tem EEG anormais, que se assemelham ao das crianças. Uma interpretação possível é a de que esta imaturidade cortical nesses utentes seja a referência fisiológica da sua infantilidade – o desejo de gratificação imediata e as birras agressivas quando contrariados, (Gleitman et al., 2009).

Outra hipótese é a de que o portador de TASP esteja sub ativado do ponto de vista cortical, como se não estivesse totalmente acordado em circunstâncias normais. Os proponentes desta hipótese sustentam que devido a esta sub ativação, procuram ativamente estimulação, provocam a emoção e o perigo para conseguir um nível satisfatório de estimulação (Hare, *cit in* Gleitman 2009).

Uma disciplina inconsistente na infância ou a ausência total de disciplina estão correlacionadas com ao TASP na idade adulta (Robins, *cit in* Gleitman 2009).

Uma das teorias psicopatologias defende que a causa principal consiste em posturas parentais incompetentes que conduzem a uma deficiente socialização, (Gleitman et al., 2009).

2.2 História clínica

Genograma* Anexo 2

Identificação do Paciente

Nome: SEF

Sexo: M

Idade:30

Data de nascimento: 05/07/1985

Escolaridade: 8º

Residência: Ilha de São Vicente

Estado civil: Solteiro

Profissão: Pescador

Motivo da consulta

Por ser um utente que está em período de reclusão, foi-lhe aconselhado que procurasse o serviço de psicologia, visto que apresentava queixas de insónia proveniente de constantes lembranças dos seus actos passados.

Antecedentes pessoais e familiares

SEF é o terceiro filho, numa fratria de quatro. A infância foi marcada com inúmeras agressões, tanto físicas como psicológicas, todas exercidas pelo pai, visto que residia com o mesmo após a separação dos pais.

O relacionamento com a mãe é lembrado com alguma indiferença, uma vez que, com a separação dos pais, a mãe viajou para Itália, tendo este cinco anos de idade.

Segundo o mesmo, a sua infância passada em Santo Antão foi marcada por diversas controvérsias, uma vez que por residir com o pai, este o culpava pela separação e viagem da mãe, aplicando-lhe acoites constantemente, chamando-lhe nomes obscenos. Mesmo quando se encontrava a brincar com os colegas, o pai o chamava e castigava-o, por estar brincando e à noite chegava até a agredi-lo sexualmente.

A adolescência trouxe novas experiências, com os amigos. Alega que começou a utilizar cannabis com doze anos de idade, quebravam vidros de casas, agrediam rapazes de outras localidades e também já ajudava o pai no trabalho que era de matar animais, principalmente porcos.

Aos 17 anos relata que foi à pesca com dois amigos, durante a atividade estavam brincando de atirar uns aos outros no mar e naquela hora apareceu outro rapaz e atiraram-no também ao mar e ao cair bateu com a cabeça nas rochas, ficou inconsciente e quando o apanharam não respirava. Um dos amigos disse que precisavam resolver aquilo e debatiam entre si até que um disse que deveriam cortá-lo em pedaços e vender a carne. E assim fizeram, ali mesmo cortaram o jovem e colocaram a carne em baldes foram vender a carne ao pai de um amigo que tinha um restaurante.

Aos 18 anos de idade, ainda morava com o pai e nessa altura houve a necessidade de fixar residência na Ilha de São Vicente por motivos laborais do pai. Com a chegada a essa ilha que bem conhecia devido a constantes viagens que fazia de Santo Antão, SEF adaptou-se bem à nova realidade. Conheceu novos amigos que, com o tempo começaram a consumir substâncias psicoativas, até um dia em que o convidaram a participar de um assalto a uma residência e aceitou o convite.

Segundo o mesmo, o assalto correu bem e todos dividiram o montante arrecadado. Assim com o mesmo grupo realizaram outros assaltos, mas posteriormente sentiu a necessidade de se afastar do grupo, alegando que não havia privacidade no seio do mesmo.

Certo dia estando SEF aborrecido com o pai, por causa de um desentendimento ocorrido ausentou-se de casa, mas permaneceu nas redondezas da mesma, onde estavam algumas crianças brincando. Uma das crianças ao ver o pai de SEF, pediu-lhe um copo de água e

este deu-lho. Naquele instante “transferi toda a raiva que tinha do meu pai para aquele rapaz” relata, deixou a criança acabar de beber e quando ela foi, ele diz que “deixei-a avançar três casas” e depois correu e a agarrou. Levou o rapaz para dentro de uma casa em construção enrolou-lhe um cabo de electricidade no pescoço e a sufocou, depois despiu-lhe as calças e inseriu-lhe um ferro no ânus. Em seguida assegurou que não estava ninguém a ver, levou-a e a enterrou num lugar deserto. Depois foi para casa e banhou-se. Todos os dias iria “lhe dar rega”, relata, assim segundo o mesmo evitava odores.

Aos 24 anos de idade SEF pediu a um rapaz que lhe fosse comprar leite, mas no caminho de regresso este comeu parte do leite e não quis entregar o troco a SEF. Este irritado, pegou o rapaz, colocou-o no chão e o apunhalou no pescoço até ficar inconsciente.

Posteriormente cortou-lhe a garganta (com o intuito de a levar para casa e cozinhar), atirou o corpo nas proximidades de uma empresa. Entretanto no caminho foi surpreendido pela polícia que o questionou acerca da mancha de sangue na camisola. Levaram-no preso para averiguações, onde posteriormente confessou o crime, visto que encontraram o corpo do rapaz atrás da empresa.

Actualmente encontra-se preso pelo homicídio da criança que cortou a garganta.

Observação psicológica

SEF é um jovem de 30 anos de idade, estatura alta, apresenta-se sempre com roupas limpas, visto que, encontra-se privado da sua liberdade e submetido às normas da instituição prisional onde, não obstante a reclusão, é impreterível a higiene.

O seu aspecto físico deixa transparecer que trata-se de uma pessoa que não se preocupa com a sua segurança, uma vez que são perceptíveis as cicatrizes dos acidentes que experienciou como mergulhador.

A sua aparente tranquilidade é observável na postura, no caminhar firme e na forma organizada de comunicar-se.

Durante o processo de avaliação manteve uma postura correcta, cooperativa e manipulativa.

Demonstra estar preocupado com o seu atual estado que é a reclusão, o que o coloca sob stress.

A relação com a família é praticamente inexistente, uma vez que durante todo o período de reclusão ainda não recebeu nenhuma chamada ou visita por parte desta.

Escolha e descrição das provas utilizadas

Para melhor compreensão do caso, após a entrevista e observação, foi indispensável recorrer a métodos mais profundos de diagnóstico, onde a técnica a seguir descrita foi a mais completa e eficaz a disposição que corresponderia à demanda. Tendo em conta o grande prestígio e o uso da mesma na prática clínica para investigação e psicodiagnóstico.

Rorschach

O teste perceptivo Rorschach é uma técnica de natureza qualitativa que permite investigar a personalidade e a sua dinâmica.

Conhecido como o teste das manchas de tinta, foi criado por Herman Rorschach, psiquiatra Suíço, em 1910, (Sadock & Kaplan, 1981).

A interpretação que o sujeito faz das manchas de tinta sem sentido resulta de um fenómeno de estruturação perceptiva cujo responsável é a organização da personalidade (Ventura, 2010).

Em 1921 Rorschach conceptualiza o processo de resposta a partir de elementos Perceptivo – Cognitivos, como a sensação, a memória e a associação. A forma como o sujeito dá sentido à mancha revela a forma que tem de dar sentido e interagir com o mundo á sua volta, (Gonçalves, 1994).

Para interpretação do protocolo, recorreu-se ao sistema compreensivo de John E. Exner, através do Rorschach Interpretation Assistance Program: Version 5 (RIAP5).

OBS: O teste não é aferido à população Caboverdiana, a aplicação do mesmo contribuiu para testar os conhecimentos adquiridos a nível da psicometria, e conseqüentemente para complementar o diagnóstico.

Resultados e análise das provas utilizadas

O protocolo pode ser considerado suficientemente longo, pois contém um número suficiente de respostas para fornecer informações confiáveis e apoiar interpretações válidas.

O Paciente apresenta um déficit na capacidade de organização lógica do pensamento. Uma certa incoerência na percepção das pessoas e eventos relacionados de forma realista. Portanto, deve-se considerar a possibilidade de que ele tem um transtorno de espectro da esquizofrenia, como Esquizofrenia, Transtorno Esquizofreniforme, Transtorno esquizoafetivo, Transtorno paranoide, Transtorno Delirante ou Transtorno da Personalidade Esquizotípica.

Possibilidades alternativas que poderiam, em alguns casos, representar a natureza e extensão de seus prejuízos em funcionamento incluem Transtorno Bipolar e reações psicóticas agudas a substâncias tóxicas ou outros estressores temporariamente esmagadores. Além disso, neste caso, suas distorções de percepção parecem ser provocadas por situações que despertam emoções que geram disfórico afetivo ou causar-lhe dificuldade em experimentar e expressar sentimentos de maneira adequada. Esta constatação não exclui Esquizofrenia, mas frequentemente caracteriza pessoas com transtorno afetivo ao invés de esquizofrénico.

O Indivíduo parece ser suscetível a episódios de distúrbio afetivo que poderão envolver episódios de depressão. Ele pode, não necessariamente, queixar de sentir-se deprimido ou emocionalmente perturbado, mas demonstra pré disposição para mal-estar afetivo, que interfere com a sua capacidade de agir eficazmente. Isso porque indica ser o tipo de indivíduo que prefere lidar com as experiências de forma contemplativa. O sofrimento emocional que ele sente não é facilmente perceptível para os outros.

Demonstra uma diminuição da sua capacidade de teste de realidade, pelo qual tende a menosprezar eventos e formar impressões equivocadas de pessoas bem como o significado de suas ações. Em casos de mau julgamento em que ele não consegue

antecipar as consequências de suas ações, ignora o que constitui um comportamento adequado.

Emprega uma abordagem para a tomada de decisões e resolução de problemas e, normalmente, permite que suas ações se guiem mais pelo que pensado que pela forma como se sente.

Mostra um estilo potencialmente mal-adaptativo de processamento afetivo em que exerce muito menos controle sobre seus sentimentos do que a maioria das pessoas. Por isso, é provável que seja um indivíduo emocionalmente imaturo que experimenta e expressa sentimentos de forma excessivamente dramática e com intensidade exacerbada, cuja influência é frequentemente superficial.

Há indicações de tendência acentuada a sobrevalorizar seu valor pessoal e para tornar-se preocupado com as suas próprias necessidades em detrimento das preocupações sobre as necessidades dos outros. Além desses traços narcísicos, é provável que ele exibe um senso de direito e uma tendência à exteriorizar culpa e responsabilidade.

Ao mesmo tempo, no entanto, o indivíduo parece estar experimentando algumas atitudes auto-críticas relacionadas a um recente aparecimento de sentimentos de arrependimento ou remorso.

Demonstra habilidades limitadas para identificar confortavelmente com pessoas reais em sua vida. Em vez disso, ele parece inclinado a identificar-se com objetos parciais, figuras imaginárias, ou pessoas que não participam regularmente em seu mundo cotidiano real.

Dá provas de capacidade adaptativa para prever e estabelecer relacionamentos íntimos e de apoio mútuo com outras pessoas. No entanto, ele parece estar experimentando mais necessidades de proximidade que estão sendo atendidas em suas circunstâncias atuais e conseqüentemente, é provável que ele esteja a sentir-se solitário e emocionalmente privado.

A probabilidade de demonstrar comportamento interpessoal ineficaz ou mal adaptado é mais elevada nesse sujeito do que na maioria das pessoas.

Compreensão geral do caso

Com o início da relação terapêutica, estabeleceu-se a comunicação com o paciente, onde procurou-se ganhar a confiança do mesmo possibilitando, assim, a relação empática.

Durante todo o processo, demonstrou-se cooperativo. A nível do discurso, pode-se dizer que é organizado, o que demonstra boa capacidade intelectual.

O maior desafio foi conseguir um relato verídico e confiável da sua vida, onde pode-se realçar que trabalhar com este utente é fascinante, mas frustrante, porque a sua capacidade de manipular é elevada.

As estruturas operatórias da inteligência não são inatas, (Piaget, 2010), neste caso, a percepção que se tem e de acordo com a história clínica do mesmo, pode-se dizer que a separação dos pais e o ambiente familiar em que esteve inserido, assim como a esfera de relacionamentos contribuíram para a formação da personalidade de SEF.

As sucessivas agressões e a culpa da separação dos pais, atribuída pelo pai, despertou no utente sentimentos de revolta que foi obrigado a recalcar. O acúmulo de tais sentimentos levou-o, já na adolescência, a procurar nas substâncias psicoativas o escape e com o anseio de aceitação e libertação, entregou-se a práticas delinquentes.

Ainda nessa fase, já com a personalidade formada, começou a praticar o que lhe dava prazer, que era o sofrimento alheio. Refere que começou ainda criança, encontrando prazer apenas na dor de outrem de forma progressiva e metódica, onde experimentou pela primeira vez aos sete anos quando enforcou o cão.

Quando matou o rapaz que pedira água ao pai, impossibilitado de exercer o ódio no pai, transferiu-o para a criança, que o levou a pensar em tudo o que o pai lhe tinha feito. Sufocando-o representou a sucessiva falta de expressão que teve e ao introduzir-lhe o ferro no ânus representou a agressão sexual de que fora vítima.

Posteriormente quando matou o rapaz e cortando-o a garganta, removeu-o a capacidade de expressar. Demonstrando que transferira para as suas vítimas o ódio do pai.

Trata-se de um sujeito com maior probabilidade de tomar decisões com base no que ele pensa do que pela forma como se sente, “ele é capaz de ouvir os murmúrios de seu coração, bem como os ditames de sua mente. ”

Apresenta uma dificuldade substancial em interpretar o comportamento de outras pessoas e antecipar as consequências de suas acções, o que produz conclusões imprecisas de pessoas e de eventos associados as mesmas.

No que refere ao processamento de informação, apresenta uma complexa e sofisticada capacidade intelectual.

Atualmente está atravessando um momento de stress relacionado a situação pelo facto de ter perdido a sua liberdade, gerado em parte por um sentimento de culpa, vergonha ou arrependimento pela forma como concebeu as suas acções, que considera mal feitas, considerando que falhou na execução das mesmas. Essa experiência e as atitudes negativas para com ele mesmo estão promovendo uma sensação de insatisfação pessoal que pode variar de descontentamento à auto-aversão.

Trata-se de um utente com um elevado grau de complexidade psicológica, que o predispõe a interagir de maneiras diferentes em momentos distintos e que nem sempre são fáceis de entender e prever.

Outras características narcísicas são susceptíveis de estarem presentes, como um senso de direito e uma tendência para exteriorizar culpa e responsabilidade.

Nestes indivíduos, a falta de reforço positivo a partir do ambiente pode contribuir para o desenvolvimento de uma posição anti-social.

Independentemente disso, o sujeito dá provas de ser muito mais envolvido e absorvido consigo mesmo do que a maioria das pessoas. A tendência a sobrevalorizar seus atributos em conformidade parece profundamente enraizada em um compromisso psicológico a respeito de si próprio como superior e mais digno do que outros.

Hipótese diagnóstica

Define-se a personalidade como padrões característicos e distintos de pensamento, emoção e comportamento, que distinguem o estilo pessoal de um indivíduo e influenciam suas interações com o ambiente, (Atkinson et al., 1995).

De acordo com os dados recolhidos durante a entrevista, observação e em consonância com os resultados psicométricos, propõe-se como Hipótese diagnóstica – **Perturbação Anti-social da Personalidade [F60.2]**

Segundo o DSM-IV-TR, o sujeito completa todos os critérios de diagnóstico:

Critério - A- Padrão Global de desrespeito e violação dos direitos dos outros desde os 15 anos;

Critério - B- O utente tem mais de 18 anos;

Critério - C- Existe evidência de Perturbação de comportamento antes dos 15 anos;

Critério -D- O comportamento anti-social não ocorre exclusivamente durante a evolução de esquizofrenia ou de um episódio Maníaco (APA, 2011).

Diagnóstico Diferencial

“O diagnóstico de transtorno da personalidade anti-social não é dado a indivíduos com menos de 18 anos e somente é atribuído quando há história de alguns sintomas de transtorno da conduta antes dos 15 anos de idade. Para indivíduos com mais de 18 anos, um diagnóstico de transtorno da conduta somente é dado quando não são atendidos os critérios para transtorno da personalidade anti-social.

Transtornos por uso de substância. Quando o comportamento anti-social em um adulto está associado a um transtorno por uso de substância, o diagnóstico de transtorno da personalidade anti-social não é feito a não ser que os sinais desse transtorno também tenham estado presentes na infância e continuado até a vida adulta. Quando tanto o uso de substância quanto o comportamento anti-social começaram na infância e se mantiveram na vida adulta, ambos devem ser diagnosticados caso sejam satisfeitos os critérios para os dois, mesmo que alguns atos anti-sociais possam ser consequência do transtorno por uso de substância (p. ex., venda ilegal de drogas, roubos para obter dinheiro para drogas).

Esquizofrenia e transtorno bipolar. Comportamento anti-social que ocorre exclusivamente durante o curso de esquizofrenia ou transtorno bipolar não deve ser diagnosticado como transtorno da personalidade anti-social.

Outros transtornos da personalidade. Outros transtornos da personalidade podem ser confundidos com transtorno da personalidade anti-social pelo fato de apresentarem alguns aspectos em comum. Assim, é importante, então, distinguir entre esses transtornos com base nas diferenças em seus aspectos característicos. Entretanto, se um indivíduo apresenta características de personalidade que atendem a critérios para um ou mais transtornos da personalidade além do transtorno da personalidade anti-social, todos podem ser diagnosticados. Indivíduos com transtorno da personalidade anti-social e transtorno da personalidade narcisista compartilham uma tendência a determinação exagerada, desembaraço, superficialidade, exploração e falta de empatia. O transtorno da personalidade narcisista, porém, não inclui características de impulsividade, agressão e falsidade. Além disso, indivíduos com transtorno da personalidade anti-social podem não ser tão necessitados de admiração e inveja dos outros, e pessoas com o transtorno da personalidade narcisista costumam carecer de uma história de transtorno da conduta na infância ou comportamento criminoso na vida adulta. Indivíduos com transtorno da personalidade anti-social e transtorno da personalidade histriônica compartilham uma tendência a serem impulsivos, superficiais, incansáveis, sedutores, manipuladores e a buscarem emoções, mas aqueles com transtorno da personalidade histriônica tendem a ser mais exagerados nas emoções e não costumam se envolver em comportamentos anti-sociais.

Indivíduos com transtorno da personalidade histriônica e borderline manipulam para obter atenção, ao passo que aqueles com transtorno da personalidade anti-social manipulam para obter lucro, poder ou outra gratificação material. Indivíduos com transtorno da personalidade anti-social tendem a ser menos instáveis emocionalmente e mais agressivos do que aqueles com transtorno da personalidade borderline. Embora comportamento anti-social possa estar presente em alguns indivíduos com transtorno da personalidade paranoide, ele não costuma ser motivado por desejo de ganho pessoal ou exploração dos outros como no transtorno da personalidade anti-social; o que os move é mais frequentemente um desejo de vingança.

Comportamento criminoso não associado a um transtorno da personalidade. O transtorno da personalidade anti-social deve ser distinguido do comportamento criminoso realizado para obter algum ganho e que não é acompanhado pelas características de personalidade que são parte desse transtorno. Apenas quando os traços da personalidade anti-social forem inflexíveis, mal-adaptativos e persistentes e causarem prejuízo funcional ou sofrimento subjectivo significativos é que constituirão transtorno da personalidade anti-social”, (APA, 2013)

Proposta de intervenção

A terapia de pacientes com variados Transtornos de Personalidade vem sendo discutida na literatura clínica desde os registros históricos da psicoterapia, (Beck & Freeman, 1993).

Para este caso a proposta de intervenção, engloba uma abordagem eclética, que compreenderia a Terapia Cognitiva Comportamental em consonância com a intervenção Psiquiátrica, direcionada ao Tratamento Farmacológico.

O Tratamento Farmacológico é utilizado com o propósito de reduzir os sintomas como ansiedade, raiva, depressão, hostilidade e agressividade (Sousa, 2010), pois, os psicofármacos beneficiam os utentes em momentos de crise, mas não tratam o distúrbio de personalidade (Freitas, 2000).

A personalidade é algo que caracteriza o ser humano, descrito como agrupamento de técnicas e meios de adaptação empregue pelo indivíduo ao atravessar situações distintas, (Kyes & Hofling, 1982). Nesse contexto enquadra-se a Terapia Cognitiva Comportamental, visando uma reestruturação cognitiva.

2.3-Fundamentação teórica do Caso 2

2.3.1- A Adolescência

A adolescência é o momento em que se dá a ruptura com a infância. É o início da idade adulta, diferenciada pelos sucessivos impulsos no desenvolvimento físico, mental, emocional, sexual e social e pelos esforços investidos pela pessoa com o objetivo de concretizaras expectativas culturais do meio em que está inserido. A adolescência

inicia-se com as mutações corporais da puberdade e conclui com a consolidação do seu desenvolvimento e sua personalidade, (Tanner, 1962. *Cit.In* Eisenstern, 2005).

A adolescência é referida como um período distinto do desenvolvimento humano. Freud ao discorrer sobre a adolescência, descreveu-a como um período necessariamente difícil e turbulento, onde as suas ideias são igualmente maturacionistas. Ao elaborar a teoria do desenvolvimento psicosssexual, representou a natureza do homem com base na existência de certas pressões psicológicas muito fortes, que denominou de pulsões instintivas, inatas em cada pessoa. Estas, conseqüentemente, determinam as experiências mais relevantes ao longo da vida do indivíduo. Embora sejam de natureza mais psicológica do que física, Freud considerava que eram fontes de energia que estimulavam o indivíduo a manifestar diferentes tipos de comportamento, (Sprinthall & Collins, 1994).

2.3.2- A Enurese na Adolescência

A enurese nas crianças pode ser considerada um problema de relevada importância, nomeadamente quando transcende os limites da infância e estabelece em adolescentes. A adolescência diferencia-se pela necessidade de interação e aceitação nos grupos de pares, onde as relações interpessoais são relevantes e existem critérios de aceitação e exclusão. Nesse meio, a enurese em algum membro pode ser considerado como fator de exclusão, o que influencia e condiciona a sua vivência em sociedade. Nesse período a enurese pode ser considerada como uma reação biológica a um estado emocional, (Alken & Sokeland, 1984).

Considerada frequentemente um sintoma de alterações orgânicas do trato urinário, pode ser diurna ou noturna, diferenciando da incontinência urinária, por esta ser derivada de causas orgânicas.

2.3.3- A Depressão na Adolescência

A Depressão é caracterizada pelo humor deprimido e a perda de interesse ou prazer em quase todas as atividades, (Argimon et al., 2016).

A Adolescência é o período da vida em que há transformações na vida do sujeito, tanto físicas como psicológicas. A partir desse momento o adolescente é convidado à tomada de decisões que precederão a autonomia, nesse momento que instala-se a depressão. O processo de separação/individualização para construir a sua identidade traz consigo a

reedição do processo de separação vivenciado pelo sujeito nas suas relações primárias com a mãe, (Biazus & Ramires, 2012).

2.3.4- A Auto estima

Entende-se por auto estima um conjunto de sentimentos e pensamentos do indivíduo sobre seu próprio valor, competência e adequação, que se reflete em uma atitude positiva ou negativa em relação a si mesmo, (Sbicigo et al., 2010).

A Auto estima resulta de uma análise integrada dos vários domínios de manifestação do Eu, contribuindo uns mais do que outros para a sua constituição, dependendo do valor que o sujeito atribui a essas dimensões,(Fachada, 2012).

Os jovens com baixa auto estima descrevem a sua infância como tendo sido vivida num ambiente onde as normas e as regras facilmente variavam, em função dos estados emocionais dos pais,(Fachada, 2012).

2.4- História clínica

Genograma* Anexo 3

Identificação do Paciente

Nome: M

Sexo: F

Idade: 15

Data de nascimento:14/12/2002

Escolaridade:8º ano

Residência: Chã de Alecrim

Motivo da consulta

Foi trazida à consulta pela mãe que, após várias consultas e exames de urologia, foi aconselhada a procurar a ajuda de um psicólogo.

Antecedentes pessoais e familiares

M é segunda filha numa fratria de dois, reside somente com os pais, visto que a irmã estuda no estrangeiro. A infância decorreu normalmente, exceptuando a enurese que desde sempre ocorreu, intensificando quando a irmã foi estudar no estrangeiro.

Sentia-se só depois disso porque era a irmã que cuidava dela com mais regularidade, visto que os pais trabalhavam. Posteriormente com 8 anos de idade para não ficar sozinha em casa, o pai a levava para o trabalho no período que não tinha aulas, para estudar.

As críticas ao seu desempenho instalaram-se depois da viagem da irmã, sucedendo uma transformação repentina no comportamento do pai. Após isso, este intensificou o uso de bebidas alcoólicas, a presença em casa diminuiu e a cada vez que chegava em casa atribuía toda a culpa á filha, por esta ser mal-educada, de fraco desempenho académico e que, quando a irmã tinha a sua idade era boa aluna e orgulhava o pai.

O relacionamento com a mãe tem-se mantido estável e tem encontrado na mesma uma ponte segura diante de todas as acusações proferidas pelo pai.

O relacionamento entre **M** e a irmã é bom. Mesmo estando longe procura manter os laços com a mesma, mas ultimamente essa relação tem-se degradado em função do relato que o pai lhe faz acerca de **M**.

Observação psicológica

Trata-se de uma adolescente de 15 anos, estatura média, que apresenta-se nas consultas sempre com roupas limpas e coloridas, o cabelo bem cuidado, assim como as unhas sempre cortadas.

É bastante comunicativa, uma vez que expressa com muita facilidade, desde que seja questionada acerca do assunto. Durante as secções demonstrou-se colaborativa, respondendo às questões e nas atividades sugeridas.

Em relação aos pais, sente que às vezes gostam dela, principalmente quando tem bom desempenho académico, mas quando tem mau desempenho dizem que não aprende e que deveria aprender com a irmã mais velha que é boa aluna.

Há um sentimento de inferioridade em relação à irmã, o que é constantemente reforçado pelos pais, principalmente o pai.

O sentimento de desprezo é transmitido pelo pai, que quando está sob efeito do álcool atira-lhe coisas, briga com ela e diz palavrões. Ao mesmo tempo compara-a com a irmã, dizendo como é possível ser pai de uma filha tão boa e ao mesmo tempo ser pai de M, visto que esta só apresenta maus resultados académicos e maus comportamentos.

Relativamente à frequência da enurese, diz que é diária. Quando passa o fim-de-semana com a tia há uma interrupção e ao regressar à casa, há continuidade.

Escolha e descrição das provas utilizadas

Com o propósito de compreender melhor a dinâmica psíquica da utente, considerou-se fundamental a utilização de técnicas psicométricas. Duas técnicas foram utilizadas: a Escala de Auto-estima de Rosenberg e o Inventário de Depressão de Beck.

Escala de Auto-estima de Rosenberg

A Escala de Auto-estima de Rosenberg, tem como objectivo avaliar o sentimento de satisfação que a pessoa tem de si mesma. Consiste em categorizar as 10 frases propostas de acordo com a percepção que tem de si mesma. Posteriormente, os resultados são equacionados e interpretados. Os itens de 1 a 5, as respostas A e D se pontuam de 4 a 1. Nos itens de 6 a 10, as respostas A e D se pontuam de 1 a 4.

A interpretação processa-se da seguinte forma:

- De 30 a 40 pontos – Autoestima elevada. Considerada como autoestima normal;
- De 26 a 29 – Autoestima média. Não apresenta problemas graves de autoestima, mas é conveniente melhorar;
- Menos de 25 pontos: Autoestima baixa. Existem problemas significativos de autoestima.

Inventário de Depressão de Beck

O Inventário de Depressão de Beck, é constituído por 21 grupos de respostas, onde o utente tem a possibilidade de escolher a que melhor se adequa ao seu estado emocional.

Após as respostas adiciona-se as pontuações:

- Abaixo de 10 – Sem depressão ou depressão leve;
- Entre 10 e 18 – Depressão leve e moderada;
- Entre 19 e 29 – Depressão moderada a grave;
- Entre 30 e 63 – Depressão grave.

Resultados e análise das provas utilizadas

“Cada indivíduo organiza os diferentes estímulos sensoriais e integra-os num quadro coerente e significativo, que constitui o seu próprio mundo”(Fachada, 2012).

De acordo com Rosemberg, a utente apresenta auto-estima média, onde não apresenta problemas graves de auto-estima, mas existe a necessidade de melhorar, uma vez que a pontuação obtida foi de 26.

O Inventário de Depressão de Beck, realça as características da pessoa no momento de realização do mesmo. Em consonância com os resultados obtidos, que nesse caso foi de 23, pode-se dizer que a paciente está atravessando um período de Depressão que varia entre moderada a grave, relacionada a vivência atual.

Compreensão geral do caso

“As relações afetivas que se estabelecem na infância costumam ser de índole recíproca”(Liarte, 1998). A carência afectiva experienciada por M, teve início no momento da viagem da irmã. Na sequência, o pai passou a realizar comparações no desempenho académico, em que o de M apresentava-se inferior ao da irmã, isso conduziu a um certo desprezo por parte do pai.

A carência afectiva de M, foi expressa na enurese como forma de chamar a atenção dos pais para a situação familiar que começara a desmoronar, como resposta ao alcoolismo do pai que intensificava dia após dia.

A enurese noturna de M, está interligada ao ambiente familiar, nomeadamente aos pais, uma vez que quando encontra-se na casa dos tios aos fins-de-semana há uma interrupção.

O desenvolvimento psíquico que se inicia com o nascimento e termina na idade adulta, é comparável ao crescimento orgânico: tal como este, consiste essencialmente numa marcha para o equilíbrio, (Piaget, 1983).

Atualmente, M encontra-se num ponto de ruptura, proveniente da marcha para o equilíbrio. Como citado pelo autor acima.

Pelo facto de ainda sofrer com a enurese noturna, tem atravessado por períodos leves de depressão e baixa auto-estima, resultado de tentativas falhadas de resolução do foco do seu problema, que segundo a mesma é o alcoolismo do pai.

Hipótese diagnóstica

De acordo com a queixa principal e dos dados recolhidos durante o processo de avaliação, uma hipótese diagnóstica foi considerada, em que a utente preenche os critérios para Enurese noturna.

Critérios de Diagnóstico para Enurese [F98.0]

A – Emissão repetida de urina na cama ou nas roupas (voluntária ou intencional);

B– O comportamento é clinicamente significativo, manifestando-se com uma frequência de 2 episódios semanais durante pelo menos 3 meses consecutivos, ou pela presença de um mal-estar clinicamente significativo ou de um défice social, académico (laboral) ou noutras importantes áreas de funcionamento;

C – Idade cronológica pelo menos de cinco anos (ou um nível de desenvolvimento equivalente);

D – O comportamento não é devido exclusivamente aos efeitos fisiológicos directos de uma substância, nem a uma situação física geral (como diabetes, espinha bífida ou epilepsia),(APA, 2011).

Em relação ao subtipo, pode-se dizer que é noturna.

Segundo o DSM-IV-TR, neste subtipo a emissão de urina ocorre unicamente durante o sono noturno. A enurese ocorre tipicamente durante o primeiro terço da noite.

Proposta de intervenção

Neste caso, considerando a dimensão da queixa, apercebe-se que a intervenção não se limita unicamente à paciente, por isso a proposta de intervenção segue-se na linha de uma Terapia Sistémica - Familiar.

Ao adotar essa abordagem o objectivo passa por dotar a família de meios que lhe permitam compreender e contribuir para a superação do problema em questão.

CONCLUSÃO

A formação em Psicologia Clínica e da Saúde não pode ser consolidada sem a vertente prática, onde os conhecimentos adquiridos ao longo do curso são colocados a prova e isso só é possível no período de estágio.

Em relação aos casos clínicos conclui-se que o desafio proporcionado pelos mesmos contribuiu para lapidar a prática profissional.

O caso 1, é referente a um utente em período de reclusão. O primeiro contacto com o mesmo suscitou algum fascínio, ao conhecer o motivo da prisão e os antecedentes pessoais e familiares.

Posteriormente com a observação e aplicação do Rorschach, houve uma maior compreensão da sua dinâmica psíquica. É de realçar as limitações encontradas neste caso, tais como o tempo limitado e as condições pouco apropriadas nos atendimentos.

Ao deparar com um utente cuja hipótese diagnóstica é Transtorno Anti-Social da Personalidade (TASP), considera-se que se trata de um sujeito sem recursos a considerar na proposta de intervenção. Mas para além de avaliar, a Psicologia vai de encontro aos recursos do paciente, mesmo que não sejam perceptíveis. Por isso, a intervenção proposta focaliza-se na utilização de uma abordagem eclética, sendo o Tratamento Farmacológico e a Terapia Cognitiva Comportamental.

Durante a avaliação apercebeu-se que quando o utente é convidado a regredir a um estágio que já ultrapassou, há uma tendência a bloquear-se e dá-se uma quebra de confiança com o avaliador. Isso porque é conduzido à refletir sobre as suas ações, o que o aborrece, pois há auto-aversão.

Ao exteriorar esse comportamento realça que as suas ações são a essência da sua personalidade.

No caso 2, descreve-se uma adolescente com enurese noturna, segundo a hipótese diagnóstica e, conseqüentemente, segundo a queixa principal apresentada. Neste caso a dinâmica familiar conflituosa é considerada como a causa principal para a enurese.

Segundo M o pai é o causador de atritos, principalmente quando o consumo de bebidas alcoólicas é diário. O alcoolismo do pai provoca ansiedade na utente, que prevê

conflitos com o mesmo. A cadência dos conflitos gera Ansiedade, Depressão e baixam a auto estima de M, que por sua vez expressa-se através da enurese noturna.

Como proposta de intervenção considera-se imprescindível a inclusão da família no processo de tratamento. Por isso sugestão de uma Terapia sistémica – Familiar.

Salienta-se o facto de que independentemente da hipótese diagnóstica e proposta de intervenção consideradas nos casos 1 e 2, os resultados permanecem como não definitivos, deixando assim em aberto para futuras considerações.

RECOMENDAÇÕES

As recomendações são no sentido de contribuir para que outros estagiários se sintam dotados de meios para melhor concretizarem a sua missão.

Seria de suma importância a existência de uma sala adequada para estagiários, principalmente de Psicologia, devido à confidencialidade requerida, a qual exige uma certa privacidade.

A inexistência de uma história organizada da Delegacia de Saúde revela uma lacuna nessa Instituição, uma vez que para descrever a história da Delegacia temos de recorrer à memória de algumas pessoas, que por vezes erram na exatidão de alguns dados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aaron Beck, A. F. (1993). *Terapia Cognitiva dos Transtornos de Personalidade*. Porto Alegre: Artmed Editora.

APA. (2011). DSM-IV-TR - Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações. In A. P. Association, *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações*, (4ª ed.) (p. 701). Lisboa: Climepsi Editores.

APA, A. P. (2013). DSM-V Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Porto Alegre: Artmed.

B.O. (16 de Janeiro de 2006). I SERIE –N.º 3 «B. O.» DA REPÚBLICA DE CABO VERDE - 16 DE JANEIRO DE 2006. Cabo Verde. Disponível em <www.gov.cv/index.php.legilação>. [Consultado em 12/10/2015].

Brito, C. (2015). *A Adolescência e o Idoso no Contexto da Avaliação Psicológica*. Mindelo.

Camilla Biazus, V. R. (2012). Depressão na adolescência: Uma problemática dos vínculos. Brasil. Disponível em <www.redalyc.org/articulo>. [Consultado em 02/04/2018].

Carl Alken, J. S. (1984). *Urologia, Guia de Diagnóstico e Terapêutica*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Ceítal, M. (2006). *Gestão de Recursos Humanos Para o Século XXI*. Lisboa: Edições Silabo.

Cury, A. (2006). *Filhos Brilhantes, Alunos Fascinantes*. São Paulo: Academia.

D'Oliveira, T. (2007). *Teses e Dissertações*. Lisboa: Editora RH.

Dénis Leigh, C. P. (1981). *Enciclopédia Concisa de Psiquiatria*. Lisboa: Roche.

Eisenstern, E. (s.d.).

Fachada, M. O. (2012). *Psicologia da Relações Interpessoais*. Lisboa: Edições Silabo.

- Fonseca, A. F. (1985). *Psiquiatra e Psicopatologia*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Freitas, E. (2000). *Psicofarmacologia Aplicada à Clínica*. São Paulo: Publicações Biomédicas.
- Gonsalves, M. M. (1994). *Rorschach na avaliação psicológica*.
- Gonsalves, R. (2008). *Delinquência, Crime e adaptação a Prisão*. Coimbra: Quarteto.
- Henry Gleitman, A. J. (2009). *Psicologia*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Irani Argimon, L. F. (2016). Aplicabilidade do inventário de Depressão de Beck em Idosos: uma revisão sistemática. Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil. Disponível em <pepsic.bvsalud.org/pdf>. [Consultado em 25/04/2018].
- Joan J. Kyes, C. K. (1982). *Enfermería Psiquiátrica*. México: Editora Interamericana.
- Juliana Sbicigo, D. B. (2010). Escala de Auto estima de Rosemberg: Validadde factorial e consistência interna. Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil. Disponível em <www.scielo.br>. [Consultado em 28/05/2018].
- King, L. A. (2009). *The Science of Psychology: an appreciative view study edition*. New York: McGraw-Hill.
- Liarte, O. (1998). *Psicologia Infantil e Juvenil*. Lisboa: Oceano Liarte Editores.
- Norman Sprinthall, W. C. (1994). *Psicologia do Adolescente*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Piaget, J. (1983). *Seis Estudos de Psicologia*. Lisboa: Publicações Dom Quixote.
- Piaget, J. (2010). *Seis Estudos de Psicologia*. Alfragide: Texto Editores.
- Rita Atkinson, R. A. (1995). *Introdução a psicologia*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Rosângela Albuquerque, G. V. (2013). Síndromes - Revista Multidisciplinar do Desenvolvimento Humano. São Paulo, Brasil: Atlântica Editora. Disponível em <www.faculdades montenegro.edu.br>. [Consultado em 22/06/2018].

Sadock, K. &. (1981). *Compêndio de psiquiatria dinâmica*. Porto Alegre: Artes Médicas.

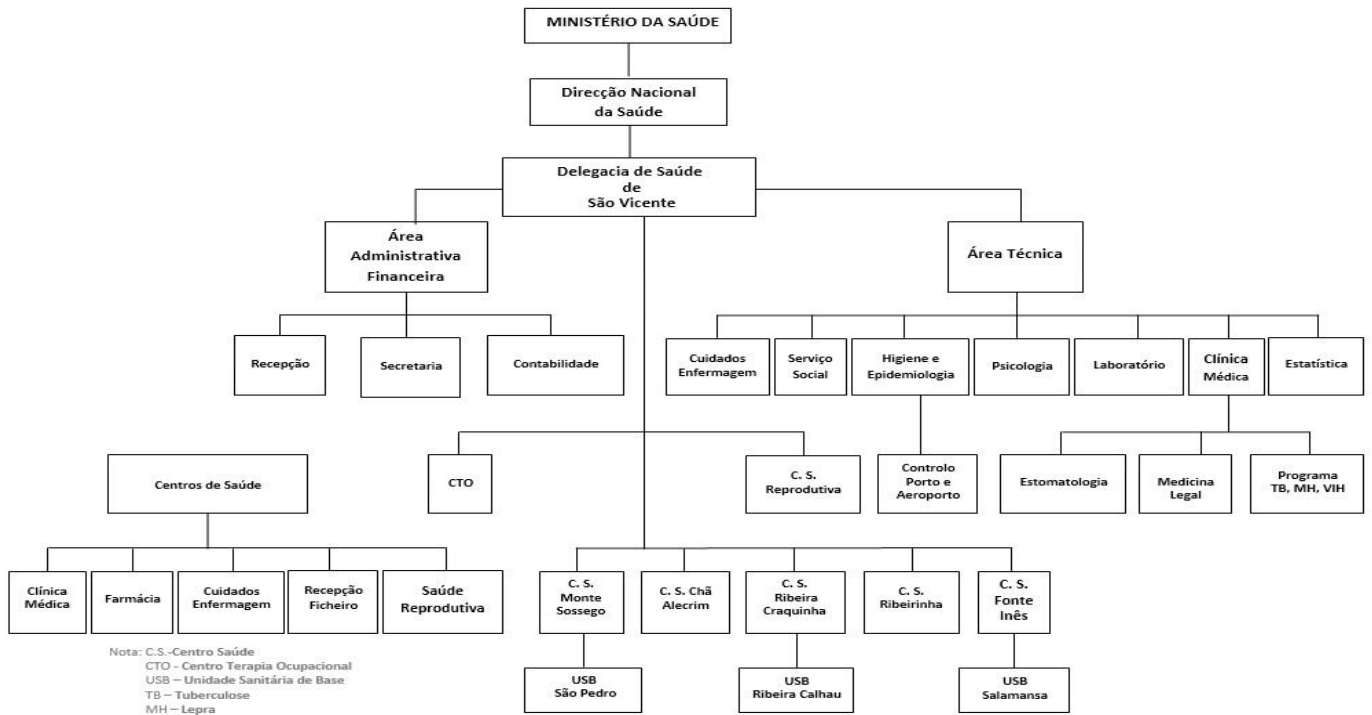
Sousa, L. d. (Abril de 2010). *Perturbação de Personalidade Antissocial e Imputabilidade*. Disponível em < <https://repositorio-aberto.up.pt> >. [Consultado em 21/06/2018].

Ventura, D. A. (2010). *Técnica Projetiva Rorschach - Interpretação de um psicograma*. Lisboa, Portugal. Disponível em <www.psicologia.pt/artigos/textos>. [Consultado em 12/03/2018].

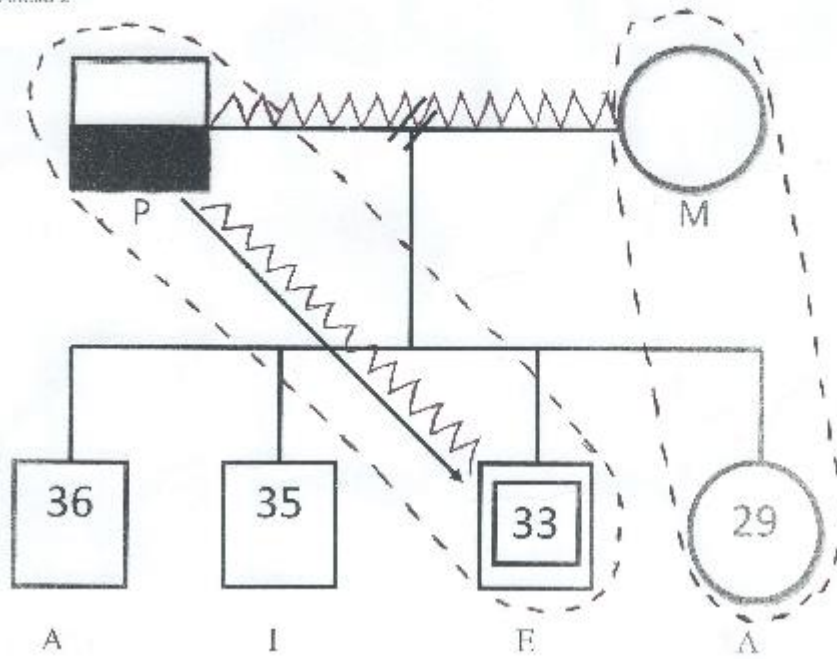
Anexos

1. Organograma - * Anexo 1
2. Genograma caso 1 - * Anexo 2
3. Genograma caso 2 - * Anexo 3
4. Anexos Caso SEF
5. Anexos Caso M
6. Casuística dos Casos Cadeia Civil
7. Casuística dos Casos Delegacia de Saúde
8. Quadro de Palestras

Anexo 1



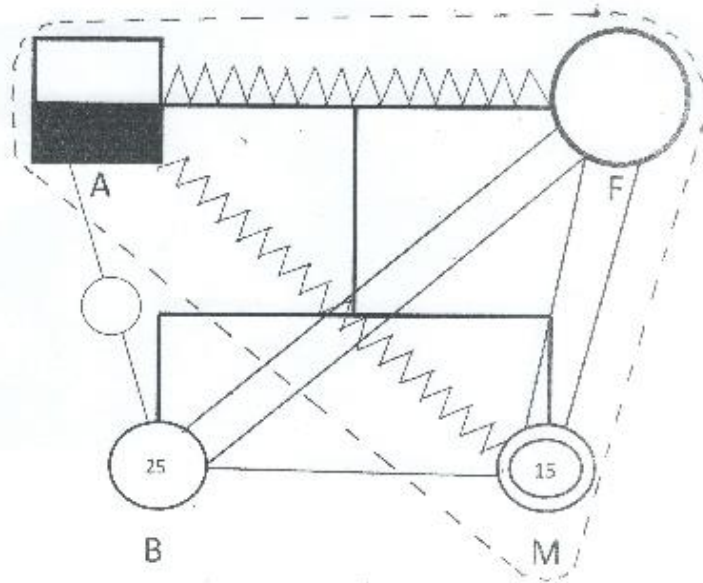
Anexo 2



Legenda:

	Alcoolismo		Vivem Juntos
	Separação		Relação Conflituosa
	Homem		Dominante
	Mulher		Paciente

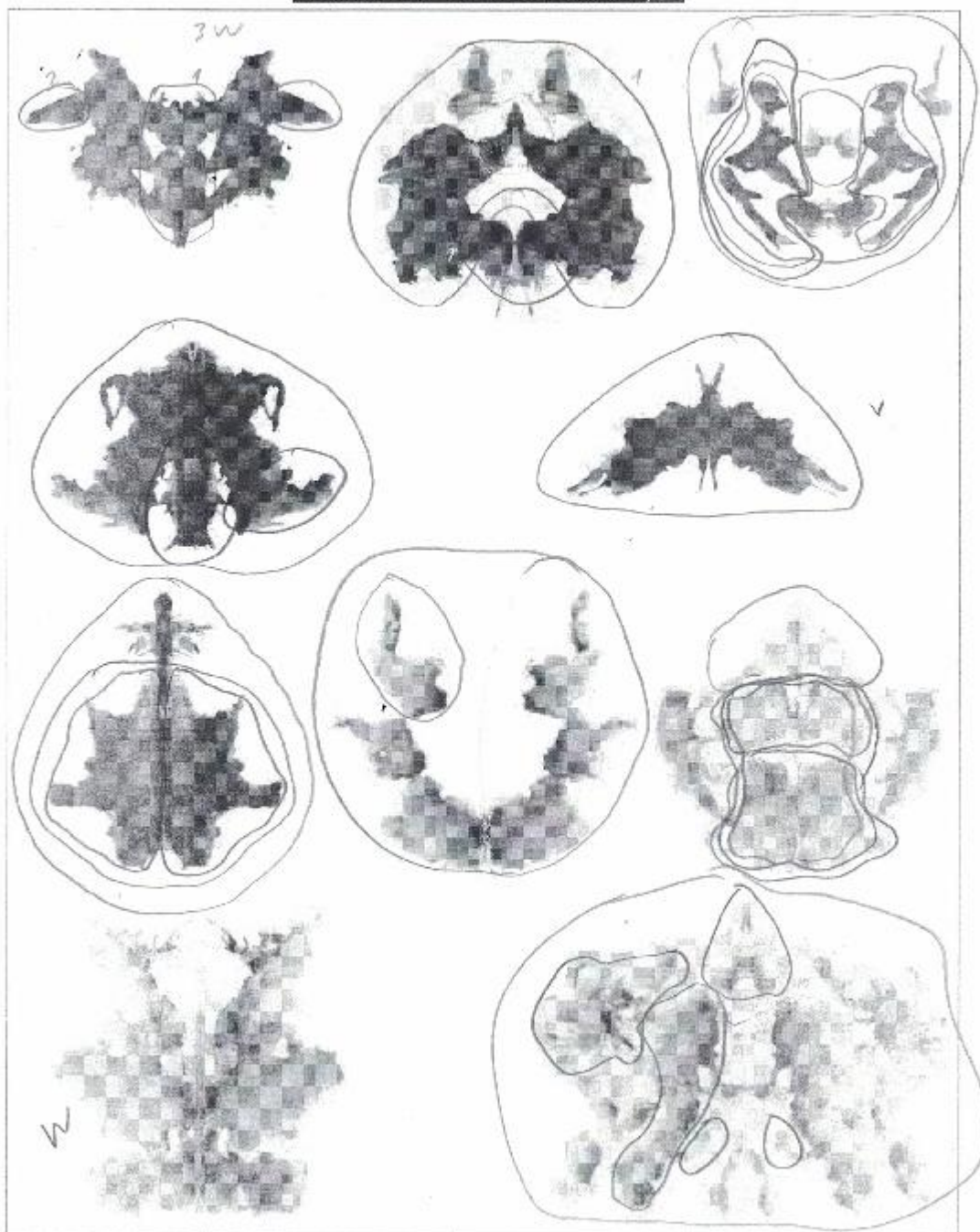
Anexo 3



Legenda:

	Alcoolismo		Vivem Juntos
	Homem		Relação Conflituosa
	Mulher		Paciente
	Amizade		Amor
	Harmonia		

RORSCHACH – FICHA DE LOCALIZAÇÃO



Anexo caso SEF

Nome: S E F 30 anos Data nasc.: 18/05/1985 Escolaridade: 8º Ano			
PL	Resposta	Inquérito	Codificação
I	<p>1-Não é um osso, é osso?</p> <p>2-Face de cara.</p> <p>3-Parece um mapa de um país dividido em duas partes.</p>	<p>1-Parece que é a parte da frente, parte de cintura, a bacia a aguentar o truce. Aguenta o organismo respirar. Teta.</p> <p>Parte de encaixe, parte de costela, no meio a coluna vertebral, parte viçoso, parte de osso, oxigénio expira e inspira.</p> <p>2-Aqui esses dois, orelhas.</p> <p>3-Parece Austrália, geral, redondo.</p>	
II	<p>(Assobia) (Sorriu)</p> <p>4-Tem muitos significados. Parece dois cachorros com fofinho focinho a conversar, aqui orelha, boca, corpo.</p> <p>5-Está vermelho.</p> <p>6-Ilha do Fogo, erupção a bazar lava</p>	<p>4-Cão a beijar o outro cão, são dois ao mesmo tempo, estão aqui.</p> <p>5-Está vermelho, na parte onde colocam a pata e onde tem nariz para cima, como se estavam a brigar.</p> <p>6-Está aqui, momento que vai bazar e mandar para cima, como boca, aqui no meio, como rio que vem a bazar.</p>	
III	<p>7-Partida.</p> <p>8-Duas pessoas, braços cabeças.</p> <p>9-Duas pessoas a conversar.</p> <p>10-v-Parte de um corpo humano, cabeça para baixo e</p>	<p>7-Querem alcançar uma coisa mas não conseguem. Estão a discutir com companheiro, estão aqui, invertidos, pegados num utensílio para não caírem.</p> <p>8-No meio deles parece dois corações pegados. Aqui em cima duas figuras em cima dele a tentar tirar alguma coisa.</p> <p>9-Um está aqui, os dois, dois ou mais, nariz comprido, cara, parece corpo, este vem</p>	

	<p>cabeça para cima.</p>	<p>visitar este aqui, a arrumar a sua área para sair.</p> <p>10-Cabeça para baixo, cabeça para cima, no meio, estão no meio. Corpo humano, uma cabeça, uma mulher, mamas, perna grossa, calçado um toquinho, mesma coisa, não tem diferença.</p> <p>Estão rasgados, se tinha outra perna aqui podia compensar aquele.</p>	
IV	<p>(Sorriu)</p> <p>11-Nuvens escuras.</p> <p>12-Parece tipo uma parte de perna calçado um sapato (timbernad).Parece uma bota.</p> <p>13-Perna, costa, como assento, uma coluna</p>	<p>11-Está um pouco escuro, aqui tipo encaixe.</p> <p>12-Sapato aqui, aqui o toco, o pé lá dentro.</p> <p>13-Está assentado para trás, parte de cintura mais pequeno, no meio a coluna, vem daqui em cima, mais fino em cima e mais grosso em baixo.</p> <p>Parece uma caracunda a pedir uma colaboração.</p>	
V	<p>(Sorriu)</p> <p>14-Podia ser um jardim, uma borboleta.Parece como uma asa, antena, duas pernas, duas asas.</p> <p>15-Parece uma pomba.</p>	<p>14-Tipo está a voar, as pernas, as antenas.</p> <p>15-Se colocar assim dá a estética.</p> <p>-Parece um morcego.</p>	
VI	<p>16-Uma estrela.</p> <p>17-v-Nariz, boca, queixada, pescoço, cabeça, uma pinóquio.</p>	<p>16-A estrela vem assim (mostra com os dedos), depois ampara os pontos, não fecha, abre.</p> <p>17-v-Grande nariz, parece duas pessoas de</p>	

	<p>18-v-Painel, um desenho.</p> <p>19-v-Parece muitas coisas, não consigo decifra-lo, não tem estética.</p>	<p>costas, pescoço, queixada, gola fofado, tutice. Camisa com gola.</p> <p>18-v-Assim um desenho completo, duas caras a parecer com companheiro, está fixo. De estética parece com duas caras, de costa a costa.</p> <p>19-Não consigo decifrá-lo, não consigo ver para além, até lá que consigo enxergá-lo.</p>	
VII	<p>20-Parece um cego (cheira a placa).</p> <p>21-Tem muito movimento.</p>	<p>20-Podia ser cego, não tem olho, parece aqui a queixada para fora, por isso não vê nada.</p> <p>21-Vê o pescoço voltado para a direita, tronco para a esquerda e a parte da cintura para direita (apanhei por partes). Esta parte aqui parece com mão para palpar.</p>	
VIII	<p>22-Parece com uma casa.</p> <p>23-Parece uma caixa torácica, peito.</p> <p>24-Abdominal, cintura.</p> <p>25-Uma garganta de homem.</p>	<p>22-Tipo as casas chinesas, tipo coisas de igreja a ocupar a ponta, no topo.</p> <p>23-Caixa torácica, abre e volta a fechar, não tocou em companheiro, tem carne como boi, é vermelho, dobra para contrair e descontair.</p> <p>24-Abdominal, parece vermelho.</p> <p>25-Está aqui, parte da traqueia, pulmão, estética de peito, um peito.</p>	

	26-Interno, externo.	26-Parte interna e externa põem-se em conjugação.	
IX	27-Não sei, um desenho sem sentido.	27-Parece um horizonte e tal, aparece um raio de sol. Parte de tarde. Verde cor da esperança. Amarelo cor de sol. Vermelho. Pé de galinha.	
X	28-Podia ser muitas coisas. 29-Leão a espreguiçar. 30-Cachorros cara a cara com companheiro. 31-Homem e rapazinho numa festa, desenho mesma coisa todos dois. 32-Cara de pessoa a ver para trás. 33-Rapaz assentado a cuprimentar companheiro.	28-É uma coisa divertida. Uma torre, tipo antena. 29-(Leões) Estão aqui, pintados de amarelo, alavanca que faz subir, peito para frente, lobo a virar. 30-Estão aqui. 31-Estão aqui, como teia de aranha, homem e rapazinho, são dois, como com algodão doce. 32-Cara para frente e mão para trás, estão aqui. 33-Estão aqui, atrás companheiro a dar mãozada.	

Rorschach Interpretation Assistance Program™ Interpretive Report

by

John E. Exner, Jr., PhD, and Irving B. Weiner, PhD

Client Information

Name:	S. E. F.	Gender:	Male
Client ID:	-Not Specified-	Ethnicity:	African-American
Birthdate:	05/07/1985	Age (years):	30
Marital Status:	Single	SES Status:	Lower-Lower
Referral Reason:	Psychological evaluation		
<i>Reported Symptoms/Complaints:</i>			
Forensic:	Homicide		

Protocol Information

Test Date:	06/04/2015	Examiner ID :	Gabriel Fortes
Test Setting:	Legal detention facility	Examiner Gender:	Male
Institution ID:	Delegacia de Saúde	Institution Type:	Forensic

Sequência de Códigos

Card	Resp · No	Location and DQ	Loc. No.	Determinant(s) and Form Quality	(2)	Content(s)	Pop	Z Score	Special Scores
I	1	WSo	1	FD.Map.FTu		Hd,An		3.5	PHR
	2	Do		Fo	2	Hd			PHR
	3	Wo	1	FV-		Ge		1.0	
II	4	D+	6	FMao	2	A	P	3.0	COP, FAB, CONTAM,

									PHR
	5	W+	1	CF.FMa.FDu		A		4.5	AG, PHR
	6	WSo	1	FD.mau		Na,Ge		4.5	AG
III	7	D+	1	Ma.FDo		H,Art	P	3.0	COP, AG, GHR
	8	W+	1	FD.Mao	2	H,An		5.5	COP, AG, PHR
	9	D+	1	Mapo	2	H,Hd	P	3.0	COP, GHR
	10	Do	1	FD.FVo	2	Hd,Cg			MOR, PHR
IV	11	Wv	1	Y.mpu		Cl			
	12	D+	6	FD.Mpo	2	Hd,Cg		4.0	PER, PHR
	13	W+	1	FD.FV.Mao		H,Hd,An,Art	P	4.0	PER, GHR
V	14	Wo	1	FMao	2	A,Ls	P	1.0	
	15	Wo	1	Fo		A		1.0	PER, AB
VI	16	Do	1	ma-		Na			
	17	W+	1	FD.mp-	2	Hd,H,Cg		2.5	PER, PHR
	18	Wo	1	Fr-		Art,Hd		2.5	PER, PHR
VII	19	Do	9	FVo		Hd			PER, MOR, PHR
	20	Wo	1	Ma.FDo		H,Hd		2.5	GHR
VIII	21	D+	4	FVu		Art		3.0	PER
	22	Wo	1	FMa.C-		An,Ad		4.5	
	23	Do	2	FC-		An			
	24	Dd+	21	FV.Ma-		Hd,An		3.0	PSV, COP, PHR
IX	25	Wo	1	V.C.mau		Ls		5.5	AB, INC
X	26	Do	11	Fo		Art,Sc			DV
	27	Do	2	FMa.FD.CFo	2	A			AG, CONTAM, PHR
	28	Dd+	25	FMp-	2	A		4.5	COP, PHR
	29	Do	1	TF.Ma-	2	H,Fd			DV, PHR
	30	Do	7	FV.Mp-		Hd			PHR
	31	D+	6	VF.Map-		H		4.0	COP, PHR

Summary of Approach

I: WS.D.W	VI: D.W.W
II: D.W.WS	VII: D.W
III: D.W.D.D	VIII: D.W.D.Dd
IV: W.D.W	IX: W
V: W.W	X: D.D.Dd.D.D.D

Sumário Estrutural

Location Features	
Zf	= 21
ZSum	= 70.0
ZEst	= 70.0
W	= 14
(Wv	= 1)
D	= 15
W+D	= 29
Dd	= 2
S	= 2

DO	
	(FQ-)
+	= 12 (4)
o	= 18 (7)
v/+	= 0 (0)

Determinants	
Blends	
FD.M.FT	M = 1
CF.FM.FD	FM = 3
FD.m	m = 1
M.FD	FC = 1
FD.M	CF = 0
FD.FV	C = 0
Y.m	Cn = 0
FD.M	FC' = 0
FD.FV.M	C'F = 0
FD.m	C' = 0
M.FD	FT = 0
FM.C	TF = 0
FV.M	T = 0
V.C.m	FV = 3
FM.FD.CF	VF = 0
TF.M	V = 0
FV.M	FV = 0

Contents	
H	= 8
(H)	= 0
Hd	= 12
(Hd)	= 0
Hx	= 0
A	= 6
(A)	= 0
Ad	= 1
(Ad)	= 0
An	= 6
Art	= 5
Ay	= 0
Bl	= 0
Bt	= 0
Cg	= 3
Cl	= 1
Ex	= 0
Fl	= 1

S-Constellation	
<input checked="" type="checkbox"/>	FV+VF+V+FD > 2
<input checked="" type="checkbox"/>	Col-Shd Blends > 0
<input checked="" type="checkbox"/>	Ego < .31 or > .44
<input type="checkbox"/>	MOR > 3
<input type="checkbox"/>	Zd > ±3.5
<input checked="" type="checkbox"/>	es > EA
<input checked="" type="checkbox"/>	CF + C > FC
<input checked="" type="checkbox"/>	X+% < .70
<input type="checkbox"/>	S > 3
<input type="checkbox"/>	P < 3 or > 8
<input type="checkbox"/>	Pure H < 2
<input type="checkbox"/>	R < 17
6	Total

Special Scores	
I	1.1
I	1.2

TABELA DE CONSTELAÇÕES

S-Constellation (Suicide Potential)	PTI (Percentual-Thinking Index)
<p><input type="checkbox"/> Positive if 8 or more conditions are true: <i>NOTE:</i> Applicable only for subjects over 14 years old.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> FV+VF+V+FD [20] > 2 <input checked="" type="checkbox"/> Col-Shd Blends [1] > 0 <input checked="" type="checkbox"/> Ego [0.45] < .31 or > .44 <input type="checkbox"/> MOR [2] > 3 <input type="checkbox"/> Zd [0.0] > ±3.5 <input checked="" type="checkbox"/> es [23] > EA [16.5] <input checked="" type="checkbox"/> CF + C [4] > FC [1] <input checked="" type="checkbox"/> X+% [0.45] < .70 <input type="checkbox"/> S [2] > 3 <input type="checkbox"/> P [5] < 3 or > 8 <input type="checkbox"/> Pure H [8] < 2 <input type="checkbox"/> R [31] < 17 <hr/> <p>6 Total</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> (XA% [0.65] < 0.70) and (WDA% [0.69] < 0.75) <input checked="" type="checkbox"/> X-% [0.35] > 0.29 <input type="checkbox"/> (Sum Level 2 Special Scores [0] > 2) and (FAB2 [0] > 0) <input checked="" type="checkbox"/> ((R [31] < 17) and (WSum6 [22] > 12)) or ((R [31] > 16) and (WSum6 [22] > 17)) <input checked="" type="checkbox"/> (M- [4] > 1) or (X-% [0.35] > 0.40) <hr/> <p>4 Total</p>
DEPI (Denression Index)	CDI (Coining Deficit Index)
<p><input checked="" type="checkbox"/> Positive if 5 or more conditions are true:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> (FV + VF + V [9] > 0) or (FD [11] > 2) <input checked="" type="checkbox"/> (Col-Shd Blends [1] > 0) or (S [2] > 2) <input type="checkbox"/> (3r + (2)/R [0.45] > 0.44 and Fr + rF [1] = 0) or (3r + (2)/R [0.45] < 0.33) <input type="checkbox"/> (Afr [0.55] < 0.46) or (Blends [18] < 4) <input checked="" type="checkbox"/> (SumShading [12] > FM + m [11]) or (SumC' [0] > 2) <input checked="" type="checkbox"/> (MOR [2] > 2) or (2xAB + Art + Ay [9] > 3) <input checked="" type="checkbox"/> (COP [7] < 2) or ((Bt+2xCl+Ge+Ls+2xNa)/R [0.32] > 0.24) <hr/> <p>5 Total</p>	<p><input type="checkbox"/> Positive if 4 or more conditions are true:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> (EA [16.5] < 6) or (AdjD [0] < 0) <input type="checkbox"/> (COP [7] < 2) and (AG [5] < 2) <input type="checkbox"/> (Weighted Sum C [5.5] < 2.5) or (Afr [0.55] < 0.46) <input type="checkbox"/> (Passive [8] > Active + 1 [18]) or (Pure H [8] < 2) <input checked="" type="checkbox"/> (Sum T [2] > 1) or (Isolate/R [0.32] > 0.24) or (Food [1] > 0) <hr/> <p>1 Total</p>
HVI (Hypervigilance Index)	ORS (Obsessive Style Index)
<p><input type="checkbox"/> Positive if condition 1 is true and at least 4 of the others are true:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> (1) FT + TF + T [2] = 0 <p>-----</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> (2) Zf [21] > 12 <input type="checkbox"/> (3) Zd [0.0] > +3.5 <input type="checkbox"/> (4) S [2] > 3 <input checked="" type="checkbox"/> (5) H + (H) + Hd + (Hd) [20] > 6 <input type="checkbox"/> (6) (H) + (A) + (Hd) + (Ad) [0] > 3 <input checked="" type="checkbox"/> (7) H + A : Hd + Ad [14:13] < 4 : 1 <input type="checkbox"/> (8) Cg [3] > 3 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> (1) Dd [2] > 3 <input checked="" type="checkbox"/> (2) Zf [21] > 12 <input type="checkbox"/> (3) Zd [0.0] > +3.0 <input type="checkbox"/> (4) Populars [5] > 7 <input type="checkbox"/> (5) FQ+ [0] > 1 <p>-----</p> <p><input type="checkbox"/> Positive if one or more is true:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Conditions 1 to 5 are all true <input type="checkbox"/> Two or more of 1 to 4 are true and FQ+ [0] > 3 <input type="checkbox"/> 3 or more of 1 to 5 are true and X+% [0.45] > 0.89 <input type="checkbox"/> FQ+ [0] > 3 and X+% [0.45] > 0.89

NOTE: '*' indicates a cutoff that has been adjusted for age norms.

Hipóteses Interpretativas

Constelações

PTI = 4	<input checked="" type="checkbox"/> DEPI = 5	<input type="checkbox"/> CDI = 1	<input type="checkbox"/> S-CON = 6	<input type="checkbox"/> HVI = No	<input type="checkbox"/> OBS = No
---------	--	----------------------------------	------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------

Interpretive Search Strategy

Positive Key Variable(s)	Interpretive Search Strategy
1. PTI > 3	Ideação > Mediação > Transformação > Controlos > relacionadas com a situação de estresse > Afeto > Self-Perception > Percepção Interpessoal

Ideação

R = 31	L = 0.11	PTI = 4	<input checked="" type="checkbox"/> DEPI = 5	Critical Special Scores	
EB = 11 : 5.5	EBPer = 2.0	DV = 2	DV2 = 0		
eb = 11 : 12	MOR = 2	INC = 1	INC2 = 0		
FM = 6	m = 5	DR = 0	DR2 = 0		
a:p = 17 : 8	M- = 4	FAB = 1	FAB2 = 0		
Ma:Mp = 9 : 5	M none = 0	ALOG = 0			
	2AB+Art+Ay = 9	CONTAM = 2	Raw Sum6 = 6		
			Wgtd Sum6 = 22		
Responses with Critical Special Scores:					
4, 25, 26, 27, 29					

Mediação Cognitiva

R = 31	Lambda = 0.11	P = 5	<input type="checkbox"/> OBS = No	Minus Responses	
FQx+ = 0	FQxo = 14	FQxu = 6	FQx- = 11	3, 16, 17, 18, 22, 23, 24, 28, 29,	
FQx none = 0				30,	
				31	
Pure C = 2	Pure Y = 1				
Pure C' = 0	Pure T = 0				

Processamento de Informação

R = 31	L = 0.11	Zd = 0.0	DQ+ = 12
EB = 11 : 5.5	W:D:Dd = 14 : 15 : 2	PSV = 1	DQv/+ = 0
Zf = 21	W:M = 14 : 11		DQv = 1
<input type="checkbox"/> HVI = No	<input type="checkbox"/> OBS = No		

Capacidade de Controle e Tolerância ao Stress

EB = 11 : 5.5	EA = 16.5		D = -2
eb = 11 : 12	es = 23	Adj es = 19	Adj D = 0
FM = 6	C' = 0	T = 2	<input type="checkbox"/> CDI = 1
m = 5	V = 9	Y = 1	

Stress Relacionado a Situação

EB = 11 : 5.5	EA = 16.5		D = -2		
eb = 11 : 12	es = 23	Adj es = 19	Adj D = 0		
FM = 6	m = 5	C' = 0	T = 2	V = 9	Y = 1
Pure C = 2	M- = 4	M none = 0			

Analysis of Determinant Blends

Total Blends = 18

Blends created by m or Y = 3

Color-Shading Blends created by Y = 0

Afecto

<input checked="" type="checkbox"/> DEPI = 5	EBPer = 2.0	Blends
EB = 11 : 5.5	FC:CF+C = 1 : 4	FD.M.FT
eb = 11 : 12	Pure C = 2	CF.FM.FD
	SumC':WSumC = 0 : 5.5	FD.m
C' = 0	Afr = 0.55	M.FD
T = 2	2AB+Art+Ay = 9	FD.M
V = 9	S = 2	FD.FV
Y = 1	(S to I, II, and III = 2)	Y.m
	Blends/R = 18 : 31	FD.M
	CP = 0	FD.FV.M
		FD.m
		M.FD
		FM.C
		FV.M
		V.C.m
		FM.FD.CF
		TF.M
		FV.M
		VF.M

Self-Perception

R = 31	<input type="checkbox"/> OBS = No	<input type="checkbox"/> HVI = No		
3r+(2)/R = 0.45	FD = 11	MOR = 2	Hx = 0	An+Xy = 6
Fr+rF = 1	V = 9	T = 2	Sx = 0	
H : (H)+Hd+(Hd) = 8 : 12				

Responses to be read

<i>MOR Responses</i>	<i>FQ- Responses</i>	<i>M Responses</i>	<i>FM Responses</i>	<i>m Responses</i>
10, 19	3, 16, 17, 18, 22, 23, 24, 28, 29, 30, 31	1, 7, 8, 9, 12, 13, 20, 24, 29, 30, 31	4, 5, 14, 22, 27, 28	6, 11, 16, 17, 25

Percepção Interpessoal

<input type="checkbox"/> CDI = 1	a:p = 17 : 8	T = 2	EA = 16.5	EB = 11 : 55	
<input type="checkbox"/> HVI = No	Food = 1	PER = 7	COP = 7	AG = 5	S = 2
Sum H = 20	H:(H)+Hd+(Hd) = 8 : 12		Pure H = 8		
GHR:PHR = 4 : 16	Isolate/R = 0.32		C'+T+V+Y = 12		
Afr = 0.55					
Responses to be read					
<i>M with Pair</i>	<i>FM with Pair</i>	<i>m with Pair</i>	<i>Human Contents</i>		
8, 9, 12, 29	4, 14, 27, 28	17	1, 2, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 17, 18, 19, 20, 24, 29, 30, 31		

Anexos caso M

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG

Este teste tem por objetivo avaliar o sentimento de satisfação que a pessoa tem de si mesma. Compare a frase com a resposta que considera mais apropriada:

A – Muito de acordo.

B – De acordo.

C – Em desacordo.

D – Muito em desacordo.

Frases	A	B	C	D
1. Sinto que sou uma pessoa digna de admiração, no mínimo em igual medida que os demais.		X		
2. Estou convencido de que tenho boas qualidades.		X		
3. Sou capaz de fazer as coisas tão bem como a maioria das pessoas.		X		
4. Tenho uma atitude positiva diante de mim mesmo (a).		X		
5. Em geral estou satisfeito (a) comigo mesmo (a).		X		
6. Sinto que não tenho muito com o que me orgulhar.		+		
7. Em geral, me inclino a pensar que sou um (a) fracassado (a).		+		
8. Gostaria poder sentir mais respeito por mim mesmo.		X		
9. Há momentos em que realmente penso que sou um (a) inútil.		+		
10. As vezes acredito que não sou uma boa pessoa.				X

Casística dos casos Cadeia Civil

NOME	MOTIVO PRISÃO	PROFISSÃO	MORADA
AF.	Roubo	Lavador de carros	Ilha de madeira
AT	Homicídio	Vendedor ambulante	Ribeirinha
K	VBG	Desempregado	Espia
AV	Homicídio	Vendedor ambulante	R ^a craquinha
SA	Agressão	Desempregado	PN- SA
SEF	Homicídio	Pescador	Sal
O	Agressão	Agricultor	RG - SA
F	Furto	Desempregado	Ilha madeira
D	Roubo, dano, posse de arma e explosivos	Desempregado	Fonte filipe
N	Tentativa de homicídio	Pescador	PN - SA
C	Homicídio	Comerciante	SN
C	Tentativa de homicídio	Desempregado	Rg - SA
J	VBG	Mestre de obra	Pedra rolada

Casística dos casos atendidos na Delegacia de Saúde

NOME	IDADE	PROCEDÊNCIA	H.DIAGNÓSTICA	PROCEDIMENTOS
A.M.	45	Consulta Externa	Toxicodependência	Atendimento
A.	45	Encaminhamento	Alcoolismo	Avaliação
Al	65	Consulta Externa	Ansiedade	Atendimento
P.	51	Consulta Externa	Alcoolismo	Atendimento
An	34	Consulta Externa	Alcoolismo	Atendimento
M	15	Consulta Externa	Enurese Noturna	Avaliação

Quadro de Palestras

Data	Palestrante	Tema	Local
19/02	Dr ^a Eudídece	O Comportamento da Família perante o paciente Diabético	Salamansa
	Enf. Annette	Proposta de dieta baseada em alimentos disponíveis em SV	São Pedro
25/02	Dr ^a Djamila Carvalho	Controlo da dor em Doentes com Cancro	HBS
	Enf. Iria Santiago	Cuidados de Enfermagem	HBS
	Dr ^a Teresa Andrade	Conforto Psicológico	HBS
02/03	Dr ^a Emely Santos	Prevenção do Cancro na Criança	DS
	Dr ^a Milene Lima	Cozinha Inteligente na Prevenção do Cancro	DS
11/03	Dr ^a Carla Guiomar	Incontinência Urinária	DS
26/03	Ministra da Saúde	A Mulher e o Trabalho no Passado, Presente e Futuro	DS
09/04	Dr ^a Odete Cardoso Silva	Doença de Parkinson	DS
16/04	Enf. João	Prevenção e Controlo da Hipertensão Arterial	DS
23/04	Dr ^a Eliana	Crise Hipertensiva e Hipertensão Arterial	DS
	Dr ^a Eurídece Lima	Apoio Psicológico à Doentes Crónicos	DS
30/04	Enf. Annette	Prevenção e Controlo da Hipertensão Arterial	São Pedro