



UNIVERSIDADE DO MINDELO
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS HUMANAS,
JURÍDICAS E SOCIAIS

CURSO DE LICENCIATURA EM PSICOLOGIA

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DA
SAÚDE**

ANO LETIVO 2015/2016 - 4º ANO

Autor: João Crisóstomo dos Santos

Mindelo, 2016

UNIVERSIDADE DO MINDELO
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS HUMANAS, JURÍDICAS E
SOCIAIS

RETÓRIO DE ESTÁGIO EM PSICOLOGIA
CLÍNICA E DA SAÚDE

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Universidade do Mindelo como parte de
requisitos para a obtenção do grau de
Licenciatura em Psicologia.

Autor: João Crisóstomo dos Santos n° 2279

Orientadora: Doutora Tereza Andrade

Mindelo, 2016

Resumo

Este relatório descreve em grande parte, o processo de estágio, nomeadamente, a caracterização dos Serviços onde este decorreu. Por outro lado, descreve as respetivas intervenções e atividades realizadas na enfermaria consoante as demandas.

Os estudos de casos, e as avaliações psicológicas realizadas, neste Serviço, estão aqui apresentados com as devidas, fundamentações, compreensibilidades, e as respetivas hipóteses diagnósticas.

Palavras-chave: Avaliação Psicológica, intervenção, Hipótese Diagnóstica, Compreensibilidade.

Abstract

This report describes largely stage process including the characterization of Services where this took place. It goes further to describe the respective interventions and activities in the wards depending on the demands. The case studies, and psychological evaluations performed there of are presented here with the necessary foundations, and their diagnostic hypotheses, compressibility.

Key-Words: Psychological Evaluation, Intervention, Diagnostic Hypotheses, Compressibility.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho em especial ao irmão, Manuel Fernandes, que durante todos estes anos teve paciência comigo, e esteve do meu lado apoiando-me incansavelmente.

AGRADECIMENTOS

Um agradecimento especial a orientadora do estágio, Doutora Teresa Andrade, pela sua dedicação, partilha de conhecimentos adquiridos ao longo do percurso da prática clínica, e exemplo de profissionalismo.

Aos docentes (Mário; André; Albertino Graça; Dorisa; José Pedro; Zilda; Zaida; Cláudia; Maria do Carmo; Rosalina; Arminda; Norman; Augusto, André, Patrícia, Denise, Graciano e outros docentes).

Um agradecimento especial ao Professor Samuel Lima, por ter lançado as bases para que hoje fosse possível atingir este patamar.

Um agradecimento especial a todos os docentes do ensino primário e secundário.

A todos os profissionais da saúde mental que me apoiaram durante o estágio.

Aos meus pacientes, sem eles a parte prática do meu estágio não seria possível; todos ficarão guardados na minha memória pelos momentos de satisfação, e insatisfação mas também momentos de aprendizagem.

Aos meus familiares Silvestra Santos (Mãe), Saudoso Cipriano Cruz, João Oliveira, Maria Paula Fortes, Maria da Luz, António Faial, Samuel, Silvien, Shirley, Imerson, Teresa Cruz, Osvaldo Cruz, Luís Cruz e outros que direta ou indiretamente me apoiaram neste percurso.

Um agradecimento especial ao João Louro, pela sua disponibilidade e apoio logístico.

Agradecimento ao colega do curso, Denis Oliveira, pelos momentos de partilha e troca de experiências.

EPÍGRAFE

O conhecimento adquirido é uma etapa do percurso de construção do saber. Nesse processo, o mais importante é perceber que esta etapa representa o ponto de partida para adquirir novos conhecimentos e nunca o ponto de chegada.

João Crisóstomo Santos

Lista de Abreviaturas

CID-10	Manual de codificação Internacional de Doenças
CP	Citado por
HBS	Hospital Baptista de Sousa
NB	Nota-se bem
P	Página
PP	Paginas
PST	Perturbação Stress Traumático
TCC	Terapia Cognitivo Comportamental
OMS	Organização Mundial de Saúde

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	11
Capítulo I – CARATERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO	12
1.1. História e caracterização do Hospital Dr. Baptista de Sousa	12
1.2. Objetivos da Instituição	13
1.3. Começo de funcionamento da instituição	13
1.3.1. História do Serviço de Saúde Mental em São Vicente.....	13
1.3.2. Caracterização do Serviço de Saúde Mental	14
1.3.3. Caracterização do Serviço de Pediatria	15
1.3.4. Caracterização do Serviço de Medicina	15
Capítulo II – DESCRIÇÃO DA INTERVENÇÃO DO ESTÁGIO	17
2.1. Intervenção no Serviço de Saúde Mental	17
Capítulo III – APRESENTAÇÃO DOS ESTUDOS DE CASOS	19
3. Justificação dos Estudos de casos	19
3.1. Caso I	19
3.1.1. Fundamentação Teórica	19
3.1.2. Identificação da Paciente.....	27
3.1.3. Motivo da consulta	27
3.1.4- Resumo das Entrevistas	27
3.2. Instrumentos de apoio diagnóstico	30
3.2.1. Interpretação TAT (resumo).....	31
3.2.2. Rorschach.....	32
3.2.3. Relatório Interpretativo do Rorschach segundo a Interpretação do Programa RIAP Resumo (anexo 2)	32
3.2.4. Compreensão do Caso	33
3.2.5. Hipótese Diagnóstica.....	36
2.2.6. Proposta de Intervenção	36
3.3. Caso II.....	37
3.3.1. Fundamentação Teórica	37
3.3.2. Identificação da paciente	42
3.3.3. Motivo da consulta	42
3.3.4. Resumo das entrevistas	42
3.3.5. Instrumentos de apoio diagnóstico	44

3.3.6. Resultados das provas	44
3.3.7. Inventário de identificação de pensamento automático.....	45
3.3.8. Substituição dos pensamentos automáticos pelos alternativos.....	45
3.3.9. Técnica Semântica.....	45
3.3.9.1. Compreensão do Caso	46
3.3.9.2. Hipótese diagnóstica	47
3.3.9.3. Proposta de Intervenção	47
Capítulo IV – REFLEXÃO PESSOAL.....	49
RECOMENDAÇÕES	51
CONCLUSÃO	52
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	53
ANEXOS.....	55
APENDICE I.....	56
APENDICE II	57
Transcrições das Entrevistas	58
TAT (Aperction Tematic Test).....	62
Anexo 1-Folhas das Respostas e Interpretação do TAT	64
Anexo 2 -TESTE DE RORSHACH.....	69
Placas de localização (anexo 3).....	70
Placas aplicadas (anexo 4).....	71
SINTESE DO RELATÓRIO (RIAP) Anexo 5	72
Rorschach Interpretation Assistance Program™ (anexo 6)	73
Transcrição das entrevistas.....	79
Anexos - Caso II	79
Escala de Hamilton- HAM-D.....	82
Escala de Ansiedade de Beck.....	83
Protocolos dos Anexos	85
Escala de depressão de Hamilton HAM-D – (anexo 1)	86
Escala de Hamilton	87
Escala de Beck (anexo 2)	88
Exercício de relaxamento (anexo 3).....	89
Inventário de identificação de pensamentos automáticos (anexo4)	89
Substituição dos pensamentos automáticos (anexo 5)	90
Técnica Semântica (anexo 6)	90

Plano de intervenção: terapia a longo prazo (anexo 7)	91
Diploma de formação do aleitamento materno decorrido durante uma semana do Hospital Baptista de Sousa. (Anexo 8)	92
Figura elucidativa (anexo 9).....	93

INTRODUÇÃO

O presente relatório consiste em descrever toda a dinâmica do estágio curricular em Psicologia Clínica e da Saúde realizado no Hospital Dr. Baptista de Sousa, no último ano do curso de Licenciatura em Psicologia, ministrado pela Universidade do Mindelo.

O estágio tem como objetivo integrar os conhecimentos adquiridos ao longo da formação, e assimilar novos conhecimentos, durante o processo. E foi isto que posto em prática e almejado ao longo da sua realização nessa instituição hospitalar.

O relatório que aqui apresentamos está estruturado em quatro capítulos. O primeiro capítulo, descreve a instituição no geral, e os serviços onde decorreu o estágio. O segundo capítulo, a descrição da intervenção no estágio, com enfoque sobre as atividades desenvolvidas no local de estágio. O terceiro apresenta os estudos de casos, com as devidas fundamentações teóricas, resumos das entrevistas, compreensões, e hipóteses diagnósticas. O quarto capítulo traz uma reflexão pessoal sobre o estágio realizado. Seguem na parte final deste relatório, as recomendações, a conclusão e as referências bibliográficas.

Capítulo I – CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

1.1. História e caracterização do Hospital Dr. Baptista de Sousa

A construção do hospital Dr. Baptista de Sousa iniciou-se em 1880 e a inauguração decorreu dois anos depois, 10 de Setembro de 1901, embora já funcionasse parcialmente desde 1899. À medida que os anos foram passando, este foi-se desenvolvendo e se constituindo para atender a demanda e as necessidades da população.

Posteriormente, em 1933, instala-se um serviço adaptado da obstetrícia e em 1994 inicia o funcionamento da enfermaria destinada a atender exclusivamente doentes de foro cirúrgico.

Os anos foram passando, e foi-se criando novos Serviços. Também nessa época já funcionava o laboratório das análises clínicas.

Assim sendo, antes da independência de Cabo Verde tiveram início as obras de remodelação e ampliação do novo Hospital de S. Vicente que só viria a ser inaugurado após a Independência, onde recebeu o referido nome. Nos anos sessenta, com a era tecnológica, surge o gabinete de Eletrocardiografia, em 1967, e o Hospital investe no ensino e formação de profissionais, com a inauguração da escola de enfermagem no ano 1960. Quanto ao serviço de saúde mental, o interesse por este só se desperta nos anos 80. Atualmente o HBS, é um dos hospitais centrais de Cabo verde e recebe para além das pessoas da ilha, também, a demanda de pessoas das ilhas do Sal, Santo Antão e São Nicolau.

Em Novembro de 2014, o Hospital adotou o Sistema de triagem de Manchester nas urgências. Essa triagem consiste numa seleção por prioridade estabelecida a partir de pulseiras coloridas indicando o nível de urgência. Essa abordagem foi autorizada internacionalmente.

1.2. Objetivos da Instituição

Os objetivos do Hospital Dr. Baptista de Sousa, estão expostos no B. O – I serie – Nº 51 da Republica de Cabo Verde – 19 de Dezembro de 2005.

Aos Hospitais centrais são atribuídos os seguintes objetivos: a) Prestar cuidados de saúde especializados, curativos e de reabilitação, em regime de urgência, consultas externas e atendimento; b) Prestar apoios técnicos aos demais serviços e unidade de saúde; c) Colaborar no ensino e na investigação científica em diferentes áreas de interesses para o país, designadamente através da realização de internamento, de cursos e estágios para profissionais de saúde; d) Servir de centro de formação inicial e aperfeiçoamento para quadros de paramédicos.

1.3. Começo de funcionamento da instituição

A direção e a gestão dos Hospitais centrais devem subordinar os seguintes princípios gerais: i) A prestação de cuidados de saúde deve ser pronta e de qualidade, respeitando os direitos dos doentes e apoiar-se numa visão interdisciplinar e global deste; ii) O pessoal de Hospitais centrais é obrigado a cumprimento das normas e ética profissional e deve tratar os doentes com maior respeito; iii) Os hospitais centrais devem por em prática uma política de informação que permite aos utentes o conhecimento dos aspetos essenciais do seu funcionamento; iv) A atividade dos hospitais centrais deve desenvolver-se de acordo com os planos aprovados e com linhas de ação governativas bem definidas.

1.3.1. História do Serviço de Saúde Mental em São Vicente

A história do serviço de saúde mental em São Vicente remonta os anos oitenta do século passado (1980).

Pode-se dizer mesmo que este serviço despertou interesse nessa época. Embora em Santiago, já existia um serviço de psiquiatria, e deslocavam periodicamente psiquiatras para prestar serviço em São Vicente. Em 1980 o serviço de saúde mental em São Vicente iniciou-se com um serviço ambulatorio. Os primeiros técnicos a se deslocarem

para São Vicente foram os espanhóis, os brasileiros e os cubanos. Na época fazia-se avaliações psicológicas muito pontualmente, tendo em conta que a população que mais recorria aos serviços eram pessoas que sofriam de transtornos psicóticos, neuróticos, epilépticos entre outros.

A partir dos anos 1988 o serviço passou a ter um psiquiatra residente. Em 1996 inaugurou-se a enfermaria de saúde mental. Trata-se de uma enfermaria de crise e de curta duração (com a capacidade de nove camas e cujo o período de internamento é de media de quinze dias). Com o passar dos tempos, passou a ter um corpo técnico com mais psiquiatras residentes, mais psicólogos, enfermeiros etc. Tornou-se desnecessário a evacuação de pacientes para Santiago diminuindo assim, os custos de deslocamento.

Ao longo dos anos a demanda foi aumentando devido a uma maior consciencialização das pessoas. Em termos de registos existe aproximadamente 8611 casos que já passaram pelo serviço incluindo os casos duplicados. Atualmente, o serviço dispõe de um corpo técnico, com três psicólogas, dois psiquiatras, quatro enfermeiros de turno, um enfermeiro chefe e quatro auxiliares, que somando, dá um total de catorze funcionários.

1.3.2. Caracterização do Serviço de Saúde Mental

O Serviço de saúde mental e psiquiatria do Hospital Dr. Baptista de Sousa, encontra-se localizado na parte velha do hospital. O serviço é constituído por duas alas:

A primeira, onde funciona as consultas externas, constituída por quatro gabinetes de atendimento, o gabinete do enfermeiro chefe, a sala de espera e uma casa de banho.

A segunda, onde funciona a enfermaria, que é uma ala maior, composta por um pequeno pátio, uma sala onde se realizam as reuniões, ministram-se os seminários, entre várias outras atividades e que também funciona como um espaço de lazer para os pacientes. Possui um gabinete para os profissionais de serviço nomeadamente os enfermeiros de turno e os auxiliares, e uma casa de banho para os mesmos.

A enfermaria tem uma copa onde os pacientes fazem as suas refeições, dois quartos, sendo um para os pacientes do sexo masculino e o outro para os do sexo feminino, ambos com as suas respetivas casas de banho.

1.3.3. Caracterização do Serviço de Pediatria

O serviço de pediatria é constituído por cinco salas, uma para a observação de crianças com gastroenterites, duas para infeções respiratórias e outras duas dirigidas a situações de isolamento.

No fundo do corredor, encontra-se dois gabinetes de atendimento, uma sala de reuniões e uma sala onde fazem a triagem dos doentes. Na parte traseira da enfermaria encontram-se dois gabinetes destinados a consulta externa, existe um refeitório que também serve de espaço de entretenimento das crianças. Ao lado do refeitório, tem acesso a um quarto com cinco beliches e uma casa de banho. Esse quarto é destinado às acompanhantes que se deslocam das outras ilhas. E fica afastado dos quartos das crianças.

Ao fundo do corredor da enfermaria existe um parque de diversões. Quanto ao corpo técnico, este possui nove médicos pediatras, cinco enfermeiros de turno, um enfermeiro chefe, quatro serventes, uma copeira, e uma educadora de infância.

1.3.4. Caracterização do Serviço de Medicina

A nível da estrutura, este serviço é constituído por um gabinete médico onde são realizadas reuniões entre si. Existe um gabinete de enfermagem, e no mesmo espaço encontra-se o serviço administrativo, e possui também um refeitório. Quanto às enfermarias, existem cinco quartos sendo que quatro possuem oito camas e uma outra com seis, logo, toda a enfermaria tem a capacidade de suportar trinta e oito camas.

Em relação às enfermarias, dois quartos são para os pacientes do sexo masculino, dois são para os do sexo feminino e o outro é dividido em seis partições com capacidade de uma cama destinada a patologias diversas. Também há um gabinete de enfermagem, uma sala de procedimentos e de tratamentos, a sala de preparação de medicamentos, o

espaço de troca de vestuário dos técnicos de enfermagem, duas casas de banho para os pacientes, uma para os homens e outra para as mulheres. Também possui um espaço destinado ao pessoal auxiliar, uma arrecadação de resíduos hospitalares, e um gabinete destinado ao médico diretor do serviço.

Quanto ao corpo técnico, o serviço dispõe de doze médicos que trabalham no período das oito horas às quinze, e a maioria faz urgência. Possui um enfermeiro chefe, onze enfermeiros que fazem escala, um auxiliar de enfermagem, uma assistente administrativa e cinco auxiliares, entre eles, os de limpeza. Nesta enfermaria as demandas mais encontradas são doentes de abstinência alcoólica, sendo que a maioria é do sexo masculino. Também, hipertensos, doentes de Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC), diabéticos, muitas vezes descompensados, casos de HIV, Pneumonias, diarreias, Infecções respiratórias, Tuberculose entre outros.

Capítulo II – DESCRIÇÃO DA INTERVENÇÃO DO ESTÁGIO

2.1. Intervenção no Serviço de Saúde Mental

As atividades inerentes ao processo do estágio têm como finalidade por em prática, procedimentos no campo da psicologia clínica e da saúde, realçando o contacto com o quotidiano da instituição, no intuito de ganhar mais experiências, vivenciar a dinâmica laboral, e acima de tudo aperfeiçoar com os profissionais da área da psicologia e os demais.

O processo de estágio decorreu na enfermaria de saúde mental. Iniciou-se no dia 6 de Novembro de 2016, precisamente, no serviço de saúde mental do Hospital Dr. Baptista de Sousa. Deu-se primeiramente o encontro com a orientadora do estágio com objetivo de conhecer o plano e o processo de estágio em si, e apresentação dos técnicos do serviço entre eles, psicólogos, psiquiatras e enfermeiros. Posteriormente fizemos uma visita guiada pelo serviço com o objetivo de conhecer o espaço físico onde o estágio iria decorrer. Este período teve a duração de um mês e, durante esse tempo, assistimos seminários com a orientadora onde, os primeiros tiveram como tema, “a avaliação psicológica”, uma vez que é o processo mais importante a realizar durante o processo de estágio, e também, como forma de consolidar os conhecimentos adquirido ao longo dos anos de formação em relação ao referido tema.

E consoante a necessidade surgida nesse período e apresentada como prioritária, íamos trabalhando vários temas de extrema importância para o processo. Ainda nessa fase, e com a autorização da orientadora do estágio, foi-nos ministrada uma aula de psicofarmacologia pelo psiquiatra do serviço Dr. Aristides da Luz.

Foi um período basicamente de observação, consulta das fichas dos pacientes internos, e de seminários ministrados pela orientadora.

Durante este período de estágio, participamos das visitas médicas realizadas nas camas, cujo objetivo é ter conhecimento dos pacientes que se encontram na enfermaria, fizemos um balanço breve do seu estado psicológico e também físico. Fizemos entrevistas

clínicas aos pacientes internados para melhor conhecimento, através da triagem; conhecemos a dinâmica pessoal dos pacientes, realizamos exames psíquicos, para conhecer o estado atual, avaliando várias esferas como a percepção, a orientação, o discurso, a consciência etc.

Na entrevista clínica realizamos o exame psíquico para conhecer a evolução dos pacientes durante o internamento. Procuramos saber, como reagem ao processo, se estão mais equilibrados ou se o seu estado evolui para melhoria ou não.

Realizamos atividades ocupacionais no âmbito da época natalícia, páscoa, e em outras ocasiões, juntamente com os pacientes, fizemos a decoração do espaço de saúde mental. E concluímos que estas atividades ocupacionais têm efeitos calmantes para os pacientes.

Capítulo III – APRESENTAÇÃO DOS ESTUDOS DE CASOS

Este capítulo apresenta a descrição de todo o processo de avaliação psicológica dos casos, bem como a compreensão segundo os dados coletados e propostas de intervenção.

3. Justificação dos Estudos de casos

A justificação da escolha dos casos para este relatório surge na sequência de marcação das consultas externas da psicologia sob proposta da orientadora. Para cada caso o vínculo terapêutico foi estabelecido de forma muito positiva e sólida, facilitando assim o processo terapêutico.

3.1. Caso I

3.1.1. Fundamentação Teórica

O Stress

Segundo Paul e Fonseca (2001) o *stress* verifica-se quando há um desequilíbrio entre as exigências ambientais e as capacidades de respostas do organismo (capacidades de coping).

O conceito relacional, o *stress* traduz esse desequilíbrio e varia com o estado psicológico da pessoa, com as condições ambientais, físicas e com a interpretação/avaliação individual que a pessoa faz das situações concretas e das perceções que possuem e desenvolvem.

Do ponto de vista de Ógden (2000), é considerado stressor, o que é causado pelo ambiente externo (por exemplo, problemas no trabalho, doenças) como stress a resposta ao sofrimento. Sendo que o conceito de *stress* é visto como algo que envolve mudanças biopsíquicas, fisiológicas, comportamentais e psicológicas. Lazarus e Launier (cit. in Ogden 2000 p. 203), consideravam o *stress* como uma transação entre a pessoa e o meio

ambiente. Dentro desta definição, o *stress* implica uma interação entre o stressor e o sofrimento.

O *stress* e a depressão estão frequentemente associados. Segundo Herman e col. (2000), esta ligação é importante por três aspetos: I) Um deles, porque nos leva a compreender a importância que os acontecimentos sociais têm para o ser humano; II) Um outro, porque nos dá indicações sobre a estrutura psicológica do indivíduo os acontecimentos que é sensível e significado que lhes atribuí; III) Um outro, porque se tem verificado quando está deprimido, que não lida adequadamente com as próprias situações de *stress* (Herman, 2000,p. 13-14).

Sinais de Stress

Segundo Paul e Fonseca (2001), o *stress* surge a volta de sinais: 1) Emocionais: em que o indivíduo manifesta-se tenso, irritável, apresenta sentimentos negativos, fragilidade emotiva, choro com episódios de ansiedade e depressão; 2) Físicos: o indivíduo tem dificuldades de relaxar, apresenta cefaleias, fadiga, perda e ganho de peso rapidamente; 3) Comportamentais: torna-se negligente consigo mesmo, tem perda ou excesso de apetite, ineficácia crescente e sensação de afastamento; 4) Cognitivos: o indivíduo apresenta fraca concentração, distrações, esquecimentos, pensamentos negativos, sentimentos de desânimo e injustiça; 5) Relacionais: o indivíduo perde a capacidade para lidar com as necessidades e exigências das outras pessoas, torna-se impaciente e intolerante procurando evitar companhia (Paul e Fonseca, pp. 62-63).

Os autores Yehud, Spertus e Golier (2001) atestam que os acontecimentos adversos numa idade precoce podem alterar os sistemas neurobiológicos e comportamentais e influenciar as respostas subsequentes ao *stress*.

Se o acontecimento traumático for precoce e repetitivo, como usualmente ocorre no abuso físico ou sexual na infância a circunstância pode ter repercussões a longo prazo. Nestes casos o ser humano costuma revelar, posteriormente dificuldade na formação de elos afetivos, apresentar uma autoestima pobre, ter a tendência para desenvolver comportamentos de evitamento e manifestar dificuldade na formação de relações interpessoais.

O indivíduo que é vítima de abuso numa idade precoce transporta consigo ao longo da vida riscos potenciais para se tornar novamente uma vítima no adulto, revelando uma menor capacidade de resistência quando confrontado com ocorrência de novos traumas. (Graça, 2003, p.10)

Fredy et al. (cit. in Ramos, 2004, p.270) sublinham que a vulnerabilidade ao impacto do *stress* depende dos recursos adquiridos na vida, particularmente na infância, na interação com os pais e no meio familiar, os quais vão permitir a adaptação aos acontecimentos de vida negativos e poderão reforçar a autoestima e autoconfiança das crianças.

A violência ou abuso sexual no âmbito familiar tem como agressores o pai ou outros familiares, ou pessoas conhecidas, nomeadamente vizinhos e amigos, afetando tantos meninos, mas sobretudo as meninas.

As crianças vítimas de abusos sexuais, de familiares ou não, são em geral agredidas por aqueles que são destinados a protegê-las ou que estão em posição de autoridade ou de confiança (os membros da família, vizinhos, professores, educadores e outros).

Com base em Ramos (2004, pp.61-69) atesta-se que a violência familiar (física, psicológica ou sexual) está na origem de múltiplos traumatismos, com grandes implicações na vida e no futuro da criança e do adulto, da mulher e na saúde física e mental podendo considerar-se um grave problema da saúde pública e um atentado à dignidade humana. Este tipo de violência tem como consequências lesões e traumatismos físicos, conduzindo mesmo, por vezes, à morte, e provocando igualmente sintomas de *stress* pós-traumático e perturbações psicológicas graves, nomeadamente, depressão, isolamento, ansiedade generalizada, baixa autoestima e autoconfiança, culpabilidade, ideias de suicídio, problemas de sono, automutilação, abuso do álcool e drogas, comportamentos antissociais e violentos, problemas sexuais, abandono escolar e deterioração dos resultados escolares vitimização e maus tratos e violência a longo termo.

A definição de abuso sexual infantil é bastante ampla e complexa visto que aspetos históricos sociais e culturais são levados em conta. Sanderson (2005) explica que se

trata de um conjunto de abusos que uma criança pode experimentar e dividido em quatro categorias: abuso físico, abuso emocional, negligência e abuso sexual.

A questão dos maus-tratos na infância, dentre eles o abuso sexual, em função da frequência de casos e das consequências negativas tanto para o sujeito vitimado quanto para a família, foi considerado como um grave problema de saúde pública (OMS, 1999). Assim sendo, o abuso sexual é uma temática complexa que perpassa diversas dimensões, desde situações específicas e vítimas, as questões familiares, sociais e culturais (Amazarray & Koller, 1998; Avery & Whitaker, 2002). Além disso há consequências sérias que são resultantes das experiências de tal evento e que afetam diversos aspectos do desenvolvimento cognitivo emocional de crianças e adolescentes vítimas de tal violência.

Complexo de Édipo e sua relação com o abuso sexual

Freud (1924/1996), considera o complexo de Édipo como um fenômeno central do período sexual da primeira infância. É no complexo de Édipo que se observa o desenvolvimento de efusivas e apaixonadas disputas quando a criança rivaliza com o genitor.

Entretanto, as linguagens dos atores dessa trama são diferenciadas, ternura da criança e a paixão do adulto podem ser confundidas tomando rumos diversos, visto que a situação edípica não diz respeito exclusivamente à vítima, mas a ela e seus pais. Estes por sua vez mobilizados nas suas tragédias edípicas pessoais, trazem também a tona os seus conflitos mal elaborados – essa situação confirma a transição geracional dos conflitos, segredos e fixações tecendo as tramas familiares (Násio, 2007).

Abuso Sexual e a implicação Traumática

De acordo com Cyrulnik (2005) a questão do trauma deve estar alinhado com a qualidade e a intensidade do laço afetivo que o sujeito tinha com o infrator ou seja para o autor, a situação será tão traumática quanto o sujeito estiver ligado ou engajado afetivamente com quem inflige castigos, abuso etc. Neste sentido, só se pode tratar de traumatismo se houver uma violação, isto é, se a surpresa catastrófica submerge o

sujeito e derruba-o. Para o autor, de acordo com o que ocorre, é rompida a bolha protetora, na qual o sujeito aguardava.

Desorganiza-se o seu mundo e observa-se uma confusão em que o sujeito, não completamente consciente do que lhe acontece, percebe-se desamparado.

As consequências de experiências traumáticas estarão presentes nos aspectos cognitivos, afetivos, e relacionais. Na perspectiva psicanalítica, os aspectos relacionais e à representação simbólica do abuso e as respostas dissociativas do funcionamento psíquico formam a base para a compreensão das reações frente as experiências abusivas. No caso de abuso sexual infantil, as memórias traumáticas estarão associadas às fantasias sexuais agressivas desse período e, quanto mais precocemente ocorrer o abuso, mais sintomática será a resposta do sujeito em função da incapacidade do ego de organizar a experiência traumática.

A incapacidade de contenção afetiva, o significado e a estruturação da experiência colocam-no numa organização caótica, a qual, por sua vez ocasiona vivências de isolamento pessoal e sintomas de ansiedade e pânico. Portanto, resta a criança uma forma elaborada de funcionamento que consiste em isolar as experiências intrusivas, dissociando as outras vivências psíquicas. Estas experiências dissociativas não se limitam ao isolamento da memória do abuso mas também atingem aspectos do self. Desse modo, considerando-se estes aspectos do funcionamento, observa-se que constituem a base para o possível desenvolvimento da personalidade Borderline situação caracterizada pela alta modulação afetiva, pela ansiedade difusa pelas dificuldades relacionais, pela depressão e agressividade.

Tipo de Severidade do abuso

Russel citado em Wolfe & Birt (1997) categorizou o abuso como “muito severo” (cópula vaginal, oral ou anal), “severo” penetração digital, simulação do coito, “menos severo” beijo forçado, carícias nos órgãos genitais com a criança vestida (cit. in Miguel, p.45).

O incesto é poderoso

Incesto se insere nas constelações das emoções e dos conflitos familiares. Não há um estranho de que se possa fugir, não há uma para onde se possa escapar. A criança não se sente mais segura nem mesmo em sua própria cama. A vítima é obrigado a aprender a conviver com o incesto; ele abala a totalidade do mundo da criança. O agressor está sempre presente e o incesto é quase sempre um horror contínuo na vítima.

A “Síndrome de acomodação” da criança é outra questão importante na manutenção do sigilo. Caracteriza-se pela adaptação da criança à situação abusiva já que praticamente, a sua única opção é aceitar e sobreviver. Essa síndrome consiste em várias fases: segredo; desamparo; aprisionamento, acomodação e revelação.

A “Síndrome de adição” do abusador, ameaçando ou subornado a criança de forma que esta tenha medo das consequências da revelação. Há ainda outros fatores que contribuem para a ocultação (especialmente nos casos de abuso intrafamiliar). A culpabilidade e vergonha muitas vezes associadas, bem como a adaptação progressiva da criança à situação abusiva a qual lhe permite manter-se psicologicamente «assintomática». São dificuldades acrescidas.

Os “Sinais de alarme” bem reconhecidos e estudados podem levar a suspeitar de uma situação de abuso. Os clínicos podem em alguma situação observar fisicamente a crianças, podendo deparar-se com hemorragias, fissuras ou lacerações anais e genitais, corrimento vaginal, infecções urinárias recorrentes, dores ao sentar-se ou ao andar, enurese ou encoprose, doenças sexualmente transmissíveis ou lesões bocais, entre outros.

A intervenção terapêutica

A intervenção terapêutica é muitas vezes o trabalho sobre o psíquico, a resolução dos conflitos internos e interpessoais, mas também sobre o físico, assegurando um desenvolvimento ótimo da criança (Furniss, 1993). O que mais importa é a qualidade das relações afetivas no interior da família e não as exigências normativas da sociedade (Criville, 2001).

Rutter (cit. in Miguel, p. 244) diz que apesar da intervenção adequada e atempada de profissionais das áreas de psiquiatria e psicologia, nestas situações, o prognóstico é imprevisível, sendo apenas certo que o abuso sexual é fator de risco importante para o desenvolvimento de psicopatologia na infância, adolescência e vida adulta.

A intervenção psicológica com vítimas de abuso

Diversos modelos têm sido propostos para intervir com crianças abusadas e os seus familiares. Estes podem diferir em termos de alcance e objetivos de intervenção (intervenção em crise, psicoterapia de longo termo), quanto ao relacional teórico subjacente a intervenção (cognitivo-comportamental, sistémico, narrativo, psicodinâmico), quanto à estratégia terapêutica dominante (terapias verbais, play-therapy) ou ainda quanto ao alvo predominante de intervenção (individual, familiar, grupal).

A Perturbação Stress Traumático

Os sujeitos com Perturbação Stress Traumático podem descrever sentimentos intenso de culpa por terem sobrevivido quando outros não conseguiram. O padrão dos evitamentos pode interferir com os relacionamentos interpessoais e levar a conflitos conjugais, divórcio ou perda de emprego. As alucinações auditivas e a ideação paranoide podem estar presentes em alguns casos graves e crónicos. Pode ocorrer a seguinte constelação de sintomas associados, que estão mais frequentemente ligados a stressores de natureza interpessoal (por exemplo, abuso sexual ou físico na infância, maus tratos em casa): deterioração dos afetos; comportamento impulsivo e autodestrutivo; sintomas dissociativos; queixas somáticas; sentimentos de ineficácia pessoal culpa, desespero ou falta de esperança; sentimento de estar permanente diminuído perda das crenças anteriormente mantidas; hostilidade; isolamento social; sentimento de ameaça constante; deficiência nos relacionamentos com os outros.

A perturbação Aguda ao Stress (PAS) distingue-se da Perturbação Stress - Traumático porque na Perturbação Aguda de Stress o padrão do sintoma deve ocorrer nas quatro semanas seguintes ao acontecimento traumático e desaparecer no mesmo período de quatro semanas. Se os sintomas permanecerem mais de um mês e preencherem os

critérios de, perturbação aguda ao *stress* o diagnóstico deve ser alterado de Perturbação Aguda de Stress para Perturbação Stress - Traumático.

Ao contrário, na perturbação da adaptação o agente stressor pode ter qualquer tipo de intensidade. O diagnóstico de perturbação de adaptação é apropriado, tanto para as situações nas quais a resposta a uma agente stressor externo não preenche os critérios para a Perturbação Stress-Traumático (DSM-IV-TR, p-465).

Desertismo Familiar

O desertismo familiar pode ser abordado como um fenómeno mais ou menos grave visto tratar-se de falta ou impossibilidade de estabelecer a relação no estado familiar, da não existência do vínculo afetivo essencial. Conforme esta carência for total ou parcial assim os resultados no equilíbrio psicológico da criança serão mais ou menos graves. Os efeitos imediatos são pouco visíveis e parecem compensar-se de um modo ou de outro. A ferida, porém, fica lá e revelar-se-á integralmente, muito tempo depois, minando a personalidade a distância e arruinando o equilíbrio psicológico do adulto.

O desertismo familiar resulta de carências paternas e maternas, foi estudado por Heuyer, a que lhe deu a denominação equívoca de hospitalismo familiar. A este nível do desenvolvimento, o desertismo representa a forma da síndrome de hospitalismo de Spitz ou carência materna. Se por um lado esta síndrome está na origem das psicoses adultas, o desertismo está na origem de uma doença ulterior que Germaine Gueux descreveu com o nome de “neurose de abandono”. Esta neurose é intermediária entre a doença irremediável e global que é a psicose (especialmente a demência precoce) e as doenças mais localizadas e mais facilmente curáveis que são as neuroses, todas de origem posterior ao estado edipiano.

A neurose de abandono é “Eu” que de uma forma lúcida se sente no universo deserto, experimentando a sua solidão afetiva e a impossibilidade desesperada de criar seja quem for uma ligação qualquer.

Esta perturbação de base tem como consequência resultados diferentes, conforme os caracteres, a inteligência da pessoa, as reações que esta atitude provoque nos outros e

ainda consoante a gravidade da lesão. Não devemos esquecer que a idade adulta estas perturbações têm como resultado diversas doenças, desde a indiferença afetiva, quase esquizofrénica, até aos impulsos, ao suicídio e à agressividade desesperada contra os outros e a sociedade.

Nos casais onde o marido e a mulher, além das discussões, têm cenas violentas provocadas pelo alcoolismo, a criança alia o abandono à angústia (Mucchielli, 1976, pp. 85-86).

3.1.2. Identificação da Paciente

Nome: R.J.F.	Residente: M. sossego
Data de nascimento: 22/7/95	Estado Civil: Solteira
Idade: 20 anos	Profissão: Doméstica
Escolaridade: 3ª classe	Naturalidade: Santo Antão
Orientação Religiosa: católica	-----

3.1.3. Motivo da consulta

O stress, nervosismo, tristeza, insónias constantes, conflitos verbais agressivos com o namorado e outras pessoas a sua volta.

Durante o processo de a avaliação psicológica foram realizadas quatro entrevistas e aplicação de testes.

3.1.4- Resumo das Entrevistas

1ª Entrevista

Ao iniciarmos a entrevista R diz que sente constantemente stressada, nervosa, triste e com insónias constantes quando lhe vem a mente de que foi vítima de violação aos 7 anos de idade por parte do pai, e constantes dores proveniente de uma operação que foi submetida aos dois nódulos, nos dois seios aos 16 anos de idade, provocando-lhe constantes descontrolo emocionais entrando muitas vezes em conflitos verbais agressivas com o namorado e outras pessoas a sua volta. Alega sentir-se perturbada com a situação, então decidiu procurar ajuda.

Ao perguntar-lhe como é que sente emocionalmente respondo-me que sente stressada, sensação de desmaio e se estiver a executar o trabalho abandona-o por momento. Acrescenta ainda que sente raiva e por vezes agrida verbalmente o namorado ou outras pessoas a sua volta.

2ª Entrevista

R diz que é a mais velha de uma fratria de sete irmãos de pais solteiros. Aos seus 6 anos de idade os pais separaram porque entravam em brigas constantes, devido ao consumo do álcool do pai. Com a separação a mãe emigrou para o estrangeiro onde nasceu uma filha já com 10 anos idade.

Quanto aos antecedentes familiares, diz que a tia materna faleceu por câncer, e o tio faleceu por enforcamento.

Aos sete anos de idade diz que foi violada pelo pai. E aos 16 anos de idade foi submetida a uma operação de dois nódulos nos dois seios.

Após separação da mãe para emigração ao estrangeiro, R ficou aos cuidados da (avó por afinidade por ter sido quem criou a mãe).

Alega que a relação afetiva com a mãe na infância foi muito boa, mas com a separação para emigração, a relação deixou de existir. Com a irmã a relação também foi boa na infância, mas, atualmente não é como tal. Com os irmãos a relação é boa, mas com o pai a relação afetiva nunca existiu. Quanta avó, R, confessou que a relação foi muita boa, tendo-lhe colocada no jardim, porém, faleceu após 6 meses de estar com ela.

3ª Entrevista

Com o início da entrevista, pedi-lhe para falar-me sobre o sucedido com o pai. Após de algum silêncio, R iniciou-se deste modo: - “estando-me em casa do meu tio paterno, o meu pai chegou aí, solicitou-me para fazer um trabalho em sua casa e fui lá, ao chegar aí, mandou-me entrar e disse: - não vais fazer nenhum trabalho colocou-me a faca no pescoço e obrigou-me tirar as roupas ameaçando matar-me, se não despisse, então a minha única solução foi tirar as minhas roupas”. E disse: - “tu não podes dizer a ninguém, se não vou deitar-vos fogo em casa”. «A partir desse momento eu já não podia vê-lo a minha frente».

Ao perguntar-lhe como é que vivenciou o ato, diz: – “Fiquei espantada e assustada sem ninguém, cheio de raiva e ódio do pai. Não sei porque isto aconteceu comigo!” – Este foi o momento em que R exteriorizou uma certa tristeza levando a sua cara para o chão.

4ª Entrevista

Ao iniciarmos a entrevista perguntei-lhe se gostaria de falar sobre a operação e respondo-me: que naquela altura tinha muitas dores nos seios, foi observada pelo médico, e fez as análises e a partir daí foi operada. Diz que a operação foi feita no momento apropriado porque, se avançasse mais não seria bom para ela. E acrescenta ainda que tem medo de ter a causa da morte da sua tia. – Nesta sequência quisemos dialogar um pouco sobre os cuidados que R deve ter, com seu corpo, e seguir as suas consultas sempre que for necessário para que ela possa ter melhor controlo, e melhoria da sua saúde.

Além da operação há mais algum problema que podemos saber? – «Sim, fiz um aborto, não foi feito no hospital, mas, em casa do enfermeiro em reforma, passei muito mal porque eu tinha imensas dores de barriga, e passava muitas horas sem dormir, mas depois tudo passou e as dores desapareceram».

- Gostarias de explicar melhor a decisão que tomou para fazer o aborto? – «Sim, eu e o namorado concordamos fazê-lo, porque naquele momento eu se encontrava em casa do meu tio, ele ameaçou colocar-me fora de casa, se não o fizesse, mas a nossa intenção não era fazê-lo».

3.2. Instrumentos de apoio diagnóstico

De acordo com a demanda, depois das entrevistas e das observações, achamos pertinente de entre as outras provas aplicar as seguintes:

TAT (Apercetion Tematic Test)

Rorschach

NB: é importante referir que estas provas não são aferidas a população cabo-verdiana, os dados devem ser relativizados.

De acordo com Debray (1984, p. 537) o TAT - é complementar de Rorschach, pois traz nova luz à história do indivíduo.

TAT (Apercetion Tematic Test)

Neste dia R respondo-me que sentia satisfeita de estar na consulta, e ter depositada a sua confiança na minha pessoa, e que sobre os seus problemas, já sentia alguma mudança em relação a sua pessoa.

A partir daí, quis retribuir, dizendo-lhe que a função do profissional é de ajudar a pessoa a encontrar as melhorias necessárias, para o seu melhor funcionamento. Mas isto só se

consegue através de uma boa relação terapêutica ou empática, e disponibilidade de ambas partes, envolvidos no processo de avaliação psicológica, o que acabou por acontecer. Concluído o diálogo, R recebe a explicação dos objetivos do teste TAT.

1ª Etapa

R - inicia tarefa, e produziu as respectivas histórias de cada prancha. Concluído a tarefa marcamos a próxima etapa.

2ª Etapa

R inicia a tarefa, e é-lhe solicitada que dê a sua história importância imaginária de um sonho, um mito, ou conto de fadas. Assim R produziu todas histórias. (Ver anexo 1).

3.2.1. Interpretação TAT (resumo)

No que diz respeito ao TAT, há uma forte presença dos impulsos agressivos nomeadamente nas pranchas, nº 4, 8, 9, 10,11, 18, e 20., O que parece estar relacionado com ambiente violento que R vivenciou durante a sua infância.

No que concerne a carência afetiva, está presente nas pranchas, nº 1, 6, 13, 15, 16, 19 e 7., O que também parece estar relacionada com a separação dos familiares. Facto expresso na entrevista psicológica.

Em algumas pranchas do TAT, e a entrevista psicológica R apresenta uma forte angústia perante a morte, o que provavelmente esteja relacionada com a história de perdas durante o percurso de vida de R, nomeadamente desestruturação familiar, a morte de familiares e o aborto.

3.2.2. Rorschach

Com as explicações dos objetivos do teste, R recebe a placa I e começou a responder, deu a primeira resposta parou, e diz - «não estou a ver mais respostas.» A partir daí, tive que incentivá-la para analisar com calma, após alguns minutos R começou a dar as respostas sem parar, com exceção da placa IV e VI em que houve choques ou interrupção, são reações de «estupor afetivo» de perturbação emocional intensa provocadas no sujeito por particularidades de certas pranchas.

Assim R concluiu o teste, tendo produzido trinta e três (33) respostas consideradas válidas segundo as normas de aplicação de Rorschach. (Ver anexo 2).

3.2.3. Relatório Interpretativo do Rorschach segundo a Interpretação do Programa RIAP Resumo (anexo 2)

Interpretação

Este relatório está organizado de acordo com os dados do RIAP (relatório de Rorschach) e com as entrevistas psicológicas.

O Relatório de Rorschach apresenta em primeiro lugar o Stress excessivo o que vai de encontro, as queixas de R apresentadas na primeira entrevista psicológica e durante a avaliação.

Por outro lado o relatório refere que R tem dificuldade em estabelecer, relações interpessoais e que a sua capacidade para formar vínculo com outras pessoas é deficitário.

Com efeito, os dados confirmam o comportamento de R quando diz que agride verbalmente o namorado e outras pessoas à sua volta.

Ao longo das entrevistas psicológicas também percebemos que o *stress* e a disfunção emocional e a agressividade verbal de R em relação ao namorado e as outras pessoas, parece estarem relacionados com diversos traumas provenientes dos conflitos familiares, isto é, a agressão do pai a mãe, a violência física e psicológica que R sofreu na sua infância.

Efetivamente R, na fase de latência dos seus 6 anos, já se encontrava numa situação de desertismo familiar, passando por vários familiares o que colocou-lhe numa situação de “neurose de abandono” que também de certa forma contribuí para acentuar a carência afetiva muito evidenciada nos testes e nas entrevistas psicológicas.

R aos sete anos de idade é violada pelo pai e ativa na sua mente o sentimento de revolta, raiva e ódio segundo as suas palavras. Esses são os impulsos que foram recalcados no seu subconsciente e representa o sofrimento das partes intoleráveis da sua pessoa.

Em suma todos esses fatores contribuem para que R atualmente seja disfuncional em termos emocionais e que interferem no seu relacionamento afetivo ou dificuldade na formação de relações interpessoais.

3.2.4. Compreensão do Caso

Com base nos relatos do sujeito, podemos inferir que, R, desde a sua infância tem vindo a vivenciar enumeras ocorrências, nomeadamente traumático, com repercussões graves a nível cognitivo e emocional, do seu desenvolvimento, e na sua vida atual. Na segunda entrevista R faz referência das repercussões cognitivas, diz que os resultados escolares foram fracos, ficou três anos na 4ª classe, sem transitar e acabou por desistir, o que de certo modo, são frutos das consequências, principalmente da violação de que foi vítima.

Com efeito, a desestruturação da família colocou-lhe numa situação do desertismo familiar, tendo passado por outras familiares, e que segundo as exteriorizações de R, as

recordações não são boas, e alega sentir-se desamparada “sem mãe e sem pai, ficando ao Deus dará”.

Efetivamente, com a emigração da mãe para o estrangeiro, R diz que ficou desprotegida, e não tendo relações afetivas com o pai nas fases antecedentes, devido ao consumo do álcool, a carência afetiva acentua-se e torna-se inexistente com a violação do pai.

Na 3ª entrevista psicológica, R descreve a forma brutal como foi violada e diz o seguinte: - «colocou-me a faca no pescoço e obrigou-me tirar as roupas». Desta forma, é óbvio que R foi castrada, violada, agredida e violentada quer fisicamente quer psicologicamente.

Segundo Guiter (2000) crianças vítimas de experiências incestuosas lidam internamente com sentimentos de onnipotência e, ao mesmo tempo sentimento de ódio e raiva e ambivalência, marcado pelo temor de ameaças constantes a estrutura psíquica.

Com efeito, esta situação de violação - teve e continua a ter as suas consequências traumáticas, e estão presentes nos aspetos cognitivos, afetivos e relacionais, de R durante o seu desenvolvimento como criança, adolescente e atualmente.

Na entrevista psicológica R exterioriza que a relação afetiva com o pai nunca existiu, daí se pode deduzir que provavelmente, o complexo de Édipo foi mal elaborado, e quando assim, se pode dizer que ficou «fixada». Isto dá origem, uma personalidade neurótica segundo a perspectiva freudiana. Uma personalidade normal é aquela que ultrapassou todas as fases do desenvolvimento.

A partir daí se pode inferir, um evidência de um estrutura psíquica pelo primado do genital e a triangulação edipiana da angústia de castração de um conflito localizado,

entre pulsões e as interdições parentais e internalizados no superego que é defendido pelo recalçamento.

No que tange ao TAT, há uma forte presença dos impulsos agressivos nomeadamente nas pranchas, nº 4, 8, 9, 10,11, 18, e 20., O que parece estar relacionado com ambiente violento que R vivenciou durante a sua infância.

No que concerne a carência afetiva, está presente nas pranchas, nº 1, 6, 13, 15, 16, 19 e 7. do TAT, o que também parece estar relacionada com a separação dos familiares. Facto expresso na entrevista psicológica.

No que diz respeito as pranchas do TAT, e a entrevista psicológica, R apresentam uma forte angústia perante a morte, o que provavelmente esteja relacionada com a história de perdas durante o percurso de vida de R, nomeadamente desestruturação familiar, a morte de familiares e o aborto.

No tocante ao Rorschach, os impulsos agressivos são manifestados nas pranchas IV e VII, nesta duas pranchas o tempo de latência foi maior, e R identificou a cor preta em ambas pranchas, o que significa conflitos com a figura paterna segundo a perspectiva teórica abaixo citada.

Peter Mohr (cit. in Adrade, 1990, p. 90), afirma que a cor preta atualiza os conflitos com a figura paterna e coloca em evidência as da mulher perante a figura masculina. Da incorporação positiva da figura paterna pela menina depende em parte do seu êxito, nas relações adultas com o homem e não é de estranhar que quando estas não são positivas experimenta um choque perante a prancha IV.

Na primeira placa (I) de Rorschach, R identificou uma cara de mascara no centro da placa, o que significa a carência afetiva de acordo com as ideias de Bohm que se

seguem: esta resposta é resultado de uma imagem do mundo muito rígida, e traduzem a falta de contacto afetivo (Andrade, 1990, p. 107).

Em síntese podemos inferir que os mecanismos de defesas, a projeção e o recalçamento manifestados tanto no TAT, como em Roschach e nas entrevistas psicológicas, são representações pulsionais intoleráveis de R, principalmente naquelas que se referem os desejos sexuais ou dificuldades sexuais da infância.

Tendo em consideração as queixas, - sintomas, os resultados do relatório, e os resultados dos instrumentos aplicados, a compreensão, o diagnóstico diferencial, podemos apontar:

3.2.5. Hipótese Diagnóstica

Stress -Traumático F43.1 de acordo com CID-10.

2.2.6. Proposta de Intervenção

Tendo em conta que durante o processo de avaliação psicológica utilizamos a psicoterapia de apoio: educação; aconselhamento; securização - propomos as mesmas terapias; cognitiva comportamental e psicodinâmica para a intervenção a longo prazo.

Terapia cognitivo comportamental – levar a paciente a examinar, e compreender sua forma de pensar os seus problemas), através das técnicas: treino de tarefas graduais, treino assertivo; desempenho de papéis, etc. (ver quadro 1 anexo 7).

Terapia Psicodinâmica – levar o sujeito a consciencializar pelos seus próprios sentimentos e a forma de lidar com os mesmos.

NB: tendo em consideração os resultados do relatório de Rorschach, as entrevistas e outros instrumentos aplicados é necessário que R seja acompanhada.

NB: o desmame da paciente aconteceu de forma normal, esclarecendo-lhe que a minha permanência no hospital seria até junho do corrente mês, e a partir daí, podia ser acompanhada pelos técnicos do Hospital.

3.3. Caso II

3.3.1. Fundamentação Teórica

Conceito de Perturbação de Humor

Perturbação de humor: distúrbios afetivos, suficientemente severos para intervir com o funcionamento normal do dia-a-dia.

Na definição das perturbações de humor incluem quatro tipos de episódios: depressivo maior, maníaco, misto e hipomaníaco. (Allen, 2003, p.135)

Conceito da Depressão

Depressão – Síndrome psicopatológica caracterizada por abatimento físico ou moral (tristeza, desolação, perda de interesse, perda de amor próprio), múltiplas queixas somáticas (insónia, fadiga, anorexia), atraso motor ou agitação e sentimentos de abdicação que são frequentemente acompanhados de ideias agressivas ou (tentativas) de suicídio. (Cabral & Nick, 1976, p. 83).

Formas da Depressão

Pode assumir três formas: Ligeira, Moderada e Grave.

Ligeira: pode ser uma reação depressiva pós-gripal ou seguindo-se ou acompanhando um processo inflamatório. Estas reações depressivas variam muita de umas pessoas para outras. Outras vezes, o quadro clínico é mais sólido e mesmo a tristeza é mais perceptível.

Deve incluir aqui as síndromas de depressão associada à vida da mulher, que costumam ser ligeiros ou moderados e dão lugar a mudanças físicas e psicológicas em cada um destes segmentos: menarca (primeira menstruação), síndrome de tensão pré-menstrual, ovulação, pós-parto e climatério.

Moderada ou de gravidade média: aqui já a doença somática tem mais alcance e, a reação depressiva é mais intensa prolongada. Por exemplo febre tifoide, reumatismo poliarticular agudo, à endocardite crónica e a tantas outras formas clínicas.

Grave: as reações depressivas graves possuem um duplo interesse: consideradas em si mesmas e, por outro lado, pela capacidade que tem de servir de fatores desencadeantes que inauguram uma depressão que se encontra mais ou menos escondida. Como exemplo uma das mais notáveis é a hepatite viral. É particularmente interessante o que acontece com os doentes submetidos a transplantes renais: na fase da hemodiálise sustentada podem suceder-se psicoses pós-operatórias.

Reações Depressivas

O termo reação foi extraído da física por Jaspers e tem aqui uma dupla aceção. O conceito de reação pode ser resumido dizendo que é aquele acontecimento ou facto que nos afeta e que produz uma relação estímulo resposta (um binómio essencial), que vai complicando no campo da psicologia e psiquiatria. Dito de outro modo, a reação, é um conjunto de fenómenos físicos, psicológicos, comportamentais, cognitivos e afirmativos (ou sociais) que são desencadeados por um estímulo ou influxo exterior

Reações Depressivas Psicológicas

Trata-se aqui de reações ligadas às experiências de vida: respostas emocionais perante estímulos psíquicos. Estas reações são normais quando saudáveis, isto é, quando são oportunas e adequadas ao motivo desencadeante, prevalecendo uma correta proporção entre o que vem de fora e a resposta que vem de dentro, e verificando-se uma boa sequência entre esses dois extremos, porque se ajusta à realidade do que aconteceu e em

termos de conduta esse indivíduo nem maximiza (dramatiza), nem minimiza (retira-lhe demasiado importância). Se perguntarmos às pessoas que vão a uma consulta psiquiátrica se estão tristes, eles possivelmente dirão que sim, embora talvez não estejam doentes e com uma depressão. Nestes casos se as perguntas não forem mais subtis, é muito difícil captar corretamente a intimidade do paciente.

Reações depressivas psicológicas puras

Neste caso, como é óbvio, a reação não é desencadeada por fenómeno físico. Trata-se de uma reação, resposta emocional perante um estímulo psíquico. Estes tipos de reações são muito vulgares e normais, a não ser que funcionem como base para uma resposta patológica.

Reações adaptativas

Denomina-se assim o surgimento de sintomas emocionais ou comportamentais em resposta a um ou mais agente de *stress*. O termo foi cunhado pela, Associação Americana de Psiquiatria (*American Psychiatric Association*) e para que uma reação possa ser considerada adaptativa deve manifestar-se durante um período máximo de três meses uma vez ocorrido o fator que produz ou desencadeia a ansiedade, o qual deve ser completamente identificável.

Estes fatores desencadeantes são muitos variados, embora o mais habitual é que tenham que ver com o problema no trabalho, dificuldades económicas, crises sentimentais, ruturas conjugais, problemas familiares, doenças somáticas graves ou que prejudicam, com alguma gravidade, as atividades profissionais ou familiares. A origem do stress pode ser quer um quer vários desses fatores, combinados ou em alternância e podem manifestar-se tanto de forma continuada como em episódios intermitentes. O psiquiatra ou psicólogo deve tentar perceber qual a regularidade de fatores na história clínica do

paciente, já que a sua influência é normalmente relevante no aparecimento de perturbações psíquicas e, em concreto depressões. (Rojas, 2007, pp. 94-100)

Perturbações Depressivas

Depressão agitada: alguns doentes deprimidos exprimem os seus sintomas de ansiedade através da atividade física ou agitação. Isto pode ir de uma inquietação ligeira a um movimento incessante do indivíduo, como torcer as mãos ou coçar-se. A expressão do discurso está normalmente presente e o indivíduo fala incansavelmente sobre os mesmos tópicos. Manifestam dificuldades de concentração e incapacidade em dedicar-se à tarefa que tem entre mãos. Não conseguem de parar de pensar nas situações desagradáveis em que não querem pensar. A agitação é mais comum e mais acentuada na depressão que ocorre na meia-idade ou na velhice.

Depressão sorridente: este é um termo utilizado para descrever doentes que se apresentam no consultório negando o humor deprimido e mantendo uma aparência sorridente. No entanto, falta de calor e espontaneidade ao sorriso. O recurso à assistência médica é em regra resultado do incitamento de um parente ou colega próximo que notou uma mudança no comportamento do doente.

Depressão breve recorrente: esta é uma doença cada vez mais reconhecida em que o doente tem acessos de depressão muito graves e incapacitantes com duração de cerca de três dias. O indivíduo torna-se tenso, suscetível e irascível, exibindo desconforto nas relações com as outras pessoas, e muitas vezes, é-lhe incorretamente diagnosticada uma perturbação de personalidade. Este tipo de doente corre um risco especial de comportamento suicida durante as fases depressivas. O doente sofre uma gama de sintomas observados na depressão major, mas a doença tem um início súbito. Os episódios terminam de forma abrupta, mas tem a tendência a passar algumas semanas. (Hallstrom, 2000, pp.68-69)

Depressões Endógenas e Exógenas

Segundo Magalhães, a depressão endógena (internas) constitui cerca de 10% dos casos e tem origem em disfunções químicas no cérebro ou em fatores hereditários (genes), o tratamento privilegiado deverá ser o medicamentoso.

Mas a grande maioria das depressões tem origem nas reações psicológicas a acontecimentos de vida, negativos ou stressantes é a exógena (externas) ou seja, são os eventos negativos que podem desencadear a depressão. Por exemplo, relacionamento que terminam, sentimentos de perda, rejeição amorosa, divórcio, conflitos, ou frustrações em atingir um objetivo pessoal, são fatores frequentes que explicam o início de uma depressão.

Mais do que os acontecimentos em si, é a forma como as pessoas interpretam os acontecimentos, que é, em geral, uma leitura ou uma avaliação negativa de si e de outros, o que permite manter e desenvolver a depressão.

O problema é que estas pessoas passam a distorcer a realidade e avaliar negativamente, de forma sistemática, as informações do meio. Se nós temos um sentimento de tristeza ou depressão, é porque os nossos pensamentos conduziram a esse sentimento e não tanto aos acontecimentos exteriores a nós. É o pensamento que determina a nossa forma de sentir. Por exemplo, a ansiedade está frequentemente associado a pensamentos de perigo ou de algo negativo que pode vir a acontecer.

Na depressão as pessoas estão convencidas que os seus pensamentos são verdadeiros, válidos e úteis, quando na realidade, eles são na sua maioria interpretações irrealistas e distorcidas da realidade. Por exemplo, depois de uma rejeição amorosa, pode haver pensamentos como estas: «A culpa é minha», «Ninguém me vai amar», «Nunca mais vou conseguir amar alguém». Estes e outros pensamentos estão na base dos sentimentos de tristeza e/ ou depressão.

É através da terapia que o cliente vai descobrindo os padrões de pensamento realista e que não funcionam e que permitem que a depressão se mantenha. O psicólogo ajuda a encontrar interpretações realistas e adaptativas e apoia na mudança do comportamento, pois a Ação é fundamental na superação da depressão.

3.3.2. Identificação da paciente

Nome: M. S.	Residente: M. Sossego
Sexo: Feminino	Estado civil: divorciada
Idade: 58 anos	Profissão: Doméstica
Escolaridade: 4ª classe	Naturalidade: S. Nicolau
Orientação Religiosa: Racionalista Cristã

3.3.3. Motivo da consulta

Depressão (tristeza desinteresse e ansiedade)

Durante o processo de avaliação psicológica foram realizadas três (3) entrevistas e aplicação de escalas, Inventários de substituição de pensamentos automáticos e a Técnica Semântica.

3.3.4. Resumo das entrevistas

1ª Entrevista

M diz que, desde algum tempo para cá, vem tendo problemas, como o desinteresse e tristeza e ansiedade.

Salienta que os problemas que afetam são derivados dos vários traumas durante o percurso da sua vida nomeadamente, o divórcio e vários problemas de saúde. Ao perguntar-lhe como é que sente quando está em situação de tristeza, respondo-me que tem desinteresse sensação de desmaio, mas que posteriormente se restabelece. Diz que tem problemas da tensão, mas faz o controlo Médico, e que a sua tensão está normal. Alega que faz exercícios físicos em casa e também, caminhadas juntamente com algumas amigas vizinhas. Neste sentido tive que reforçá-la incentivando-lhe a continuar a praticar os seus exercícios físicos para melhorar cada vez mais a sua saúde.

Concluído o tempo estipulado demos por terminado a entrevista e marcamos a próxima.

2ª Entrevista - História de Vida

M diz que casou aos 20 anos de idade em 31/5/79; M e o marido viveram juntos durante 10 anos, sendo o marido emigrante, e M residente em Cabo Verde. Posteriormente já em 1988, M teve que emigrar para Holanda para junto do marido, ao chegar aí, a vivência com o marido foi sempre de conflito, porque ele estava envolvido com outra mulher. Assim separou do marido em 1989, e conseguiu emigrar para Espanha, onde trabalhou alguns anos. Divorciou em 2000, por solicitação do marido e regressou a Cabo Verde em 27 Março de 2014, onde reside atualmente por razões de saúde.

M vive só, e em casa própria, não trabalha por razões de saúde, tem tensão alta, dificuldades auditivas, (usa aparelhos auditivos). No ouvido esquerdo, o aparelho foi colocado em 2011, e o direito em 2015, tem várias Hérnias discais, osteoporose e um problema uterina que foi detetado aos 36 anos de idade, razão pelo qual, segundo o médico não podia ter filhos.

3ª Entrevista

Nesta entrevista M, diz que ao ser informada pelo Médico que não podia ter filhos devido o problema uterino atrás mencionado, a sua reação foi de desespero, e que ela não queria acreditar, mas, posteriormente acabou por conformar-se com a situação. Acrescenta ainda que o marido reagiu aparentemente de forma positiva, quando soube que ela não podia ter filhos, mas manifestou-lhe o desejo de os terem. Diz que as relações com o marido nos primeiros tempos, sempre foram boas, mas, que tudo complicou com a relação do marido com a outra pessoa no estrangeiro, facto que veio a originar o seu divórcio.

Ao perguntar-lhe como encarou o pedido do divórcio do marido, M responde-me: que não foi fácil porque gostava muito do marido, e fez o casamento para uma única vez. Eis a razão por que, nunca fez outro casamento.

Com o divórcio M diz que preferiu viver sozinha em casa, porque assim sente mais segura. Embora tenha encontrado alguém que queria casar com ela, recusou para evitar cair na situação anterior.

Como é que a Senhora pode descrever-me a sua pessoa atualmente? - «Sinto-me uma pessoa frustrada, sou uma vitima não tive sorte com o a casamento, não tive filhos, e

tenho problemas de saúde. «Sou uma fracassada.», - «Estou pagando uma dívida.», «Não sei o que fiz ao mundo». [Sic.]

3.3.5. Instrumentos de apoio diagnóstico

De acordo com a demanda, depois das entrevistas e das observações achamos conveniente, de entre outras provas, aplicar as seguintes: 1) Escala - (Escala de Hamilton para a depressão); 2) Escala de Ansiedade de Beck.

Nesse dia M - diz que se encontrava bem e que ficou satisfeita com a consulta, foi confirmado pelo Psiquiatra de que não tinha problemas psiquiátricos e que o Doutor aconselhou-lhe a prosseguir a consulta da psicologia.

A partir daí, foi um momento de diálogo, acabei por explicá-la que o encaminhamento só deve ser feito quando é necessário, ou seja durante observação e avaliação, o psicólogo percebe se a pessoa tem ou não a necessidade de ser encaminhada.

De seguida perguntei-lhe se gostaria de responder algumas questões sobre a escala de depressão (Escala de Hamilton para a depressão de HAM-D), prontamente aceitou, expliquei-lhe a essência e os objetivos da escala, M acabou por responder todas questões colocadas.

3.3.6. Resultados das provas

A pontuação registada foi de 22 pontos, valores entre 18-25 correspondente a Depressão Moderada. (Ver Anexo 1)

Com estes resultados houve a necessidade de aconselhá-la a tomar as devidas precauções, para que M possa ter uma vida mais saudável. Além disso dialogamos também sobre os níveis de depressão nomeadamente: leve moderada e grave, para que ela possa estar devidamente informada, e por outro lado tranquilizá-la visto que M apresentava especto de impaciência e queria de imediato explicação para o seu problema. Também falamos da utilidade de exercícios físicos que ajuda na melhoria da saúde. Nesta sequência perguntei-lhe se gostaria de fazer um exercício relaxamento, ela o aceitou de bom agrado, e executámo-lo; ficou satisfeita, e acertamos, que o referido exercício seria treinado em casa. (Ver Anexo 3)

Assim concluído o encontro acertamos que o próximo aplicar-se-á a escala de ansiedade de Beck.

Escala de Ansiedade de Beck

Ao iniciarmos a tarefa expliquei-lhe a essência e os objetivos da mesma, M começou a tarefa, e respondeu todas as questões. Assim concluída a tarefa, fiz a soma das pontuações, cujo total foi de 21 pontos situados entre 18 e vinte e cinco pontos, correspondente a moderada. (Ver anexo 2)

Com os resultados obtidos, quisemos dialogar um pouco sobre os mesmos, explicando-lhe as medidas que devem ser tomadas e alertá-la no sentido de seguir as regras para que haja melhoria da sua saúde.

3.3.7. Inventário de identificação de pensamento automático.

Nesta tarefa pedi-lhe que identificássemos alguns pensamentos automáticos no inventário selecionado para o efeito, e ela colocaria uma cruz ou outro sinal de identificação na frase ou pensamento automático que lhe achava corresponder a sua pessoa, e concordou, assim foi concluída a tarefa, e identificámos um pequeno exercício de três frases de pensamentos automáticos como trabalho de casa. (Ver Anexo 4).

3.3.8. Substituição dos pensamentos automáticos pelos alternativos

Nesta tarefa remeto-lhe para refletirmos um pouco sobre algumas crenças que ela já tinha referido nas entrevistas anteriores, nomeadamente: - «Sou uma fracassada», «Estou pagando uma dívida», «não sei o que fiz ao mundo.»

Aqui o meu papel como terapeuta foi ajudá-la a substituir os pensamentos automáticos e reconhecer a sua irracionalidade pelos pensamentos alternativos com recurso a abordagem a cognitivo comportamental. (Ver anexo 5)

3.3.9. Técnica Semântica

Técnica semântica: é o significado que o cliente dá aos seus pensamentos automáticos, registado no canto de uma folha.

Com o início da tarefa como terapeuta assumi o papel socrático, colocando-lhe algumas questões. Uma vez identificados os pensamentos irracionais, M pode neutralizá-los, substituí-los por outros de carácter mais racional ou funcional, tal facto, fará com que M se sinta e funcione melhor. Seguidamente falamos sobre a validade das suas hipóteses e inferências absolutistas e dogmáticas, ensinando-a a discriminá-las e reconhecer a irracionalidade de certas crenças e suposições.

Finalmente, desenvolvemos o diálogo socrático, questionando-lhe através de perguntas sobre um dos seus pensamentos irracionais «eu sou uma fracassada». E desta vez com recurso a técnica semântica. (Ver anexo 6)

“O cliente nunca pode sair pior do que entrou”. Holland.

NB: Os instrumentos aplicados não são aferidos para a população cabo-verdiana, os resultados devem ser relativizados.

3.3.9.1. Compreensão do Caso

De acordo com os relatos, as entrevistas e as observações que foram realizadas é de mencionar que M tem uma história de perdas. A que mais sobressaia é o divórcio do marido que impõe a sua filosofia absolutista, e dogmática e determina a forma como M pensa, compreende e percebe as coisas que rodeiam o mundo. As suas crenças irracionais,- são cognições que carecem de suporte lógico ou empírico, que impedem a satisfação das suas necessidades e objetivos básicos para a manutenção da sua vida. Com efeito estas crenças disfuncionais, ilógico, irracional, implicam que M tenha emoções inadaptadas tais como: ansiedade, depressão, culpa vergonha, frustrações, sentimento de fracasso.

Obviamente essas crenças devem ser substituídas pelas crenças racionais, isto é, aquelas que são lógicas, suportadas empiricamente e permitem a satisfação das suas necessidades básicas, para que M funcione e se sinta melhor.

No que se refere aos resultados dos instrumentos, ambos os resultados foram moderados e enquadram perfeitamente dentro da sua problemática.

Efetivamente M na entrevista diz que perdeu o marido seu objeto, uma clara frustração, o seu ego ficou frágil, pode-se considerar que houve um desinvestimento, isto é, o objeto deixou de existir em termos emocionais. Esta perda está enraizada na crença central, quando M diz: «eu sou uma fracassada».

M – vivencia uma angústia de perda, pelas suas exteriorizações nas entrevistas psicológicas, o divórcio é das piores coisas que podia ter acontecido na sua vida, segundo as suas palavras ficou uma ferida pelo divórcio. M não consegue elaborar o luto, considera que perdeu tudo na sua vida.

Segundo Lemaitre (2005) quando um casal se separa, diferentes emoções de intensidades diversas atingem ambos os cônjuges, constam que alguns dos sujeitos buscam desesperadamente manter “modelo fusional” presente nas etapas precoces da vida em cada, relação amorosa que se estabelecem e ficam incapacitados de fazer um trabalho de luto após o seu rompimento. Quando isto ocorre, vive a dor de uma feridade narcísica e coloca em questão sua capacidade de ser amada(o), duvidando do seu próprio valor. O ressentimento e o ódio pela perda das ilusões depositadas no casamento ou no parceiro provocam desejo de aniquilar o outro.

O psicólogo Clínico Aaron Beck citado em Fildman propôs a ideia de que as cognições inadequadas estão subjacentes aos sentimentos depressivos das pessoas. A sua teoria cognitiva da depressão sugere que os indivíduos deprimidos tipicamente se vêem a eles próprios como perdedores na vida, Auto culpabilizando-se quando algo corre mal. Centrando no lado negativo das situações sentem-se inaptos e incapazes de atuar construtivamente no sentido de mudar o seu ambiente. Em suma as cognições negativas levam a sentimentos de depressão. (Fildman, 2001, p.556)

De acordo com os relatos do sujeito a avaliação psicológica, os resultados dos instrumentos aplicados, a compreensibilidade e o diagnóstico diferencial podemos apontar a seguinte:

3.3.9.2. Hipótese diagnóstica

Depressão F.32.11 de acordo com CID - 10

3.3.9.3. Proposta de Intervenção

Tendo em conta que durante o processo de avaliação psicológica utilizamos a psicoterapia de apoio, propomos a mesma; e terapia cognitiva comportamental e psicodinâmica para a intervenção de longo prazo.

Terapia Cognitivo Comportamental – longa duração. (Ver quadro Anexo 7)

O objetivo avaliar e modificar os pensamentos negativos e automáticos, as distorções cognitivas e os esquemas inadequados no intuito de reconstrução de novos constructos que mostram adequados a modificação das ideias irracionais substituindo-as para as mais funcionais para que o cliente se sinta adaptada e funcione melhor.

Terapia Psicodinâmica

Esta tem como objetivo levar M entender que o comportamento é motivado por forças interior e inconsciente sobre as quais as pessoas possuem pouco controlo. E que deve aumentar a sua capacidade de reflexão sobre si mesmo no que se refere ao seu funcionamento de forma evidenciar a sua mudança.

NB: o desmame aconteceu de forma normal, explicando-lhe que a minha permanência no hospital seria até junho do ano corrente, e que a partir desse mês a consulta seria com os técnicos do Hospital.

Capítulo IV – REFLEXÃO PESSOAL

O estágio foi para mim um momento impar, isto é, levou-me a refletir aquilo que sei e o que não sei. Efetivamente o que percebi durante o estágio é que os meus conhecimentos académicos estariam mais numa perspetiva teórica. O ideal seria dar atenção a parte prática, para que haja um desempenho perfeito, tendo em conta que a teoria e prática devem estar de mãos dadas. Isto, acabou por ser consolidado no estágio. A cada momento que se colocava frente aos pacientes, estudava cada caso, o que implicava investigar, e aprofundar-se mais, sobre cada caso, a fim de dar resposta as necessidades de cada demanda em análise.

Com efeito durante o desenrolar do processo, penso que estive engajado de forma muito ativo, tanto no cumprimento das tarefas solicitadas pela orientadora, como também colaborando com os colegas do estágio.

No entanto, penso, que a minha reflexão deve ser mais profunda, tendo a atenção principalmente as dimensões éticas, dos procedimentos a efetuar, o que nalguns casos podem colocar barreiras intransponíveis, dado que o objeto de estudo é o ser humano, tenho que ter atenção as consequências que o submete, não podendo em nome da ciência, cometer qualquer tipo de atrocidade mesmo que a minha investigação venha fornecer dados preciosos a ciência.

Efetivamente com término do estágio, eu devo dizer, que em termos de conhecimento adquiridos considero de muito bom, isto deve-se ao facto de ter uma excelente orientadora, e por outro lado, considero-me um estudante ativo e exigente, empenhado em ser um bom profissional. Devo dizer, que este foi objetivo preconizado. Aliás a psicologia foi a minha disciplina por opção nos dois anos pré - universitário, entrei para o curso de psicologia com notas de 16 e 18 valores, e com a média de 17 valores em psicologia; seria frustrante para mim, sair do curso com conhecimento muito aquém das minhas expectativas.

Um outro ponto que merece a minha reflexão – é no que diz respeito, aplicação dos testes. No estágio deparei que há dificuldades na aplicação dos mesmos. A meu ver esta questão dos testes deve ser um pré-requisito que o estudante deve trazer da Universidade, ou seja, deve ser mais aprofundados na universidade.

Como psicólogo, penso que, devo ser um profissional ativo e adaptado as exigências atuais, colocando os meus conhecimentos e as minhas energias a disposição, na procura de melhorias de vida de qualquer utente, ou a sociedade.

Em Cabo Verde estamos a viver momentos de violência e assassinatos violentos, penso que, como psicólogo, esta situação não deve ser alheio a minha pessoa, e deve ser a preocupação de outros profissionais. Temos aqui um campo de pesquisa que a meu ver, requer algum conhecimento especializado em colaboração com outros técnicos para estudar o fenómeno. Na minha perspectiva a elaboração e implementação de um projeto com sustentabilidade em várias abordagens teóricas, ajudaria compreender melhor as causas e as consequências da violência, bem como criar meios inovadores para evitá-la. Por outro lado fornecer as entidades subsídios para atuarem de forma preventiva, reduzir ou eliminá-la.

A minha sugestão vai no sentido de reunirmos todas as capacidades de várias áreas profissionais com finalidade de procurar soluções para limitar a prevalência do comportamento violento, criar programas para ensinar as pessoas como lidar com a exposição à violência, com objetivo de minimizar esse padrão do comportamento agressivo. Poder-se-á iniciar nos primeiros anos de vida, com programas de educação sobre a violência, tendo como alvo crianças em idade pré-escolar, especialmente crianças de escolas e bairro onde a violência ocorre com mais frequência. Com um estudo prévio indicaria as causas e as consequências. Desta forma, atacar-se-á o mal pela raiz e evitar a sua progressão.

RECOMENDAÇÕES

Quanto à instituição onde decorreu o estágio, o Hospital Baptista de Sousa, é o lugar ideal para a sua realização. Possui excelentes profissionais, mas carece em termos de espaço, ou gabinete para atendimento, já que as vezes dada a inexistência do referido espaço, havia sempre a necessidade de solicitar os profissionais para cederem os seus gabinetes; mas prontamente os profissionais nos ajudaram encontrar a solução, cedendo o seu espaço para o atendimento. Esta é a realidade, mas, foi ultrapassada.

A minha recomendação vai no sentido de alertar as entidades competentes, para criar as condições para que haja um Hospital Universitária de referência, onde os profissionais e estudantes possam sentir mais estáveis, contribuindo para uma maior produtividade e melhorias das condições de saúde e o bem-estar da população.

CONCLUSÃO

Após a conclusão do estágio, o que eu posso dizer, é que as minhas expectativas foram ultrapassadas. Efetivamente este foi o momento impar para colocar em evidência, os conhecimentos adquiridos durante o curso, e procurar novos conhecimentos consoante a demanda que eu deparava.

Cada atendimento que me surgia era o momento de angústia porque havia sempre a dúvida como o paciente ia reagir ao atendimento.

Com efeito o estágio foi para mim um momento de aprendizagem e consolidação dos conhecimentos adquiridos durante o percurso universitário, e ampliar os conhecimentos principalmente com os profissionais da área, mas também, o estágio colocou-me desafios interessantes na procura de mais conhecimentos visto que, cada caso é um, e as abordagens teóricas terão que ser diferenciadas. Ou seja cada caso deve ser entendido segundo o modelo holístico, que considere o indivíduo na sua totalidade e complexidade, nas suas dimensões social, psicológica, cultural e biológica, ou de outro modo, coletiva individual, e a educação e saúde como processo de desenvolvimento que ocorrem num dado contexto sociocultural, económico, político e familiar e que se processam ao longo da vida de um indivíduo. Por outro lado, há que ter em conta a perspectiva eclética, visto que, é a demanda de cada caso, é que nos dá, a indicação qual ou quais os modelos a seguir.

Relação entre os factos verificados dos casos avaliados e os referenciais teóricos

Pela Avaliação Psicológica, Compreensibilidade, as hipóteses diagnósticas e os resultados verificados, existem relações entre os factos verificados dos respetivos casos e os referenciais teóricos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adrados, I., (1990). *Teoria e Prática de Rorschach*. (10ª ed.) Rio de Janeiro / Petrópolis. Vozes.
- American Psychiatria Association; (2006). *Manual Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais - DSM - IV - Tr. (4ª ed.)*
- Cabral, A., & N (1979). *Dicionário Técnico de Psicologia (2ª ed.)* São Paulo. Cultrix Lda.
- Debray, R., (1984). *Dicionário de Psicologia da Criança*.(s/ed.).
- Fildman, R. S., (2001). *Compreensão à Psicologia*. (6ª ed.) Portugal: McGraw-Hill Portugal Lda.
- France, A., & R.R. (2004), *Casos Clínicos DSM - IV - TR. Guia para Diagnóstico Diferencial (1ª ed.)*. Climepsi Editora.
- Gonçalves, O. (2004), *Terapias Cognitivas, Teoria e Práticas Cognitivas (4ª ed.)*.
- Herman, M. Van Pradg., & Ron Kloct, Jim Van, (2000) *OCerebro e a Depressão*, (1ª ed) Climepsi.
- Hollstrom, C., & N.M., (2000), *Stress Traumático, Intensidade, Depressão. Perguntas Respostas (1ª ed.)* Climepsi Editora.
- Miguel, L. Larcher, (s/d), *A Violência sobre a Criança*.
- Mucchielli, R., (1976). *A Personalidade da Criança: sua formação do nascimento até o fim da adolescência*. Lisboa: Livraria Clássica Editora.
- Ogden, J., (2000). *Psicologia de Saúde*. (s.n. ed.) Lisboa: Climepsi Editora.
- Paul, C.. Fonseca Antonio (2001). *Psicologia de Saúde*. (s.n. ed.) S.L.
- Ramos, N., (2004). *Psicologia Clínica de Saúde*. (s.n. ed.) S.L.: Universidade Aberta.
- Roja, E., (2007). *Adeus Depressão*. S.L. : s. Ed.

Web grafias

Magalhães, F. pt/terapicognitivva. htpm Hora: Data: 24-10-2016/12:12

Www.sielo.brpdf/jbpsi/vb: 25-10- 2016/11:29

https://pt.wikipedia.org/wiki/Escola_de_depressão_de_Beck: Data: 25-10-2016 -10:38

<https://psilogado.com/atuação/psicologiaclínica/abusosexual>, Data: 26-10-2016-19:54.

[Stops//www.google.cv?gws_rd](https://www.google.cv?gws_rd). Data: 15-12-2016-10:25

Pepsic.bvsalud.org/scielo.php?sourceid=chrom, Data: 15-12-2016 – 18:06

ANEXOS

APENDICE I

1.2 Seminário temático e atividades realizadas durante o estágio

Nº	Seminários	Apresentação	Local
01	Avaliação psicológica no contexto hospitalar	Psicóloga	Saúde Mental
02	Avaliação psicológica a partir do TCC	Estudantes da Lusófona	Saúde Mental
03	Avaliação Psicológica Intervenção em suicídio	Estudantes – Uni- mindelo	Anfiteatro HBS
04	Emergências Psiquiátricas	Psiquiatra	Saúde Mental
05	Intervenção em suicídio saúde mental em profissionais de saúde mental	Estudante – Uni- mindelo	Saúde Mental e Uni- mindelo
06	Intervenção em crise	Estudantes Uni- mindelo	Saúde Mental
07	Intervenção em suicídio	Estudante Uni- mindelo	Saúde mental
08	Formação em aleitamento materno	Técnicos do HBS -Participantes: Estudante: Uni- mindelo	Anfiteatro (HBS)
09	Terapias breves	Estudantes Uni- mindelo	Saúde mental
10	Terapia de grupo	Psicóloga	Saúde mental
11	Uso dos Psicofarmacos	Psiquiatra	Saúde Mental
12	Terapia de grupo	Psicólogo	Saúde Mental
13	Doença Mental e suicídio 4ª semana de psicologia	Estudante Uni- mindelo	Uni-mindelo

APENDICE II

1.3 Casuística do Serviço de Saúde Mental:

Sujeito	Idade	Possível Diagnóstico	Procedimento
*M.L	16	Núcleo depressivo	Av.psicológica
*C.F	25	Transt.Personalid. Borderline	-
*M.F	39	Reacção Aguda ao Stress	-
*S.F	16	Transtorno de Transito	-
*Z.M	29	Stress Pós-Traumático	-
*J.M	34	Depressão Reactiva	-
*E.C	18	Hipocondria	-
*Y	15	-	-
J.D	57	-	Av. Psicológic.
P.J	26	-	Av.Psicológic.
I	25	-	Av.Psicológic.

*discussão conjunta

Transcrições das Entrevistas

Caso I

2.1.2 Identificação da Paciente

Nome: R.J.F.	Residente: M. Sossego
Data de nascimento: 22/7/95	Estado Civil: Solteira
Idade: 20 anos	Profissão: Doméstica
Escolaridade: 3ª classe	Naturalidade: Santo Antão
Orientação Religiosa: Católica	

2.1.3 Motivo da consulta:

O stress, nervosismo, tristeza, insónias constantes, conflitos verbais agressivos com o namorado e outras pessoas a sua volta.

Durante o processo de avaliação foram realizadas quatro (4) entrevistas e aplicação de testes

1ª Entrevista

Ao iniciarmos a entrevista R diz que sente constantemente stressada, nervosa, com conflitos verbais agressivo com o namorado, triste, e com insónias constantes quando lhe vem a mente de que foi vítima de violação aos 7 anos de idade por parte do pai, e constantes dores proveniente de uma operação de dois nódulos, nos dois seios aos 16 anos de idade, provocando-lhe constantes descontrolo emocionais. Alega sentir-se perturbada com a situação, então decidiu procurar ajuda.

Ao perguntar-lhe como é que sente emocionalmente respondo-me que sente stressada, sensação de desmaio e se estiver a executar o trabalho abandona-o por momento. Acrescenta ainda que sente raiva e por vezes agrida verbalmente o namorado ou outras pessoas a sua volta.

Referiste atrás de que as vezes tens insónias, gostarias de falar-me sobre estas insónias? «Sim constantemente tenho esse problema, quando acontece abro a televisão para ver se o sono aparece, mas se não aparecer, a solução é ficar com os olhos fixados na televisão». Sic.

2ª Entrevista - História de Vida

R diz que é a mais velha de uma fratria de sete irmãos de pais solteiros. Aos seus 6 anos de idade os pais separaram porque entravam em brigas constantes, devido ao consumo do álcool do pai. Com a separação a mãe emigrou para o estrangeiro onde nasceu uma filha já com 10 anos idade.

Quanto aos antecedentes familiares, diz que a tia materna faleceu por câncer, e o tio faleceu por enforcamento.

Aos sete anos de idade R diz que foi violada pelo pai. E aos 16 anos de idade foi submetida a uma operação de dois nódulos nos dois seios.

Após separação da mãe para emigração para o estrangeiro, ficou sob cuidados da avó (por afinidade por ter sido quem criou a mãe). Alega que a relação afetiva com a mãe na infância foi muito boa, mas com a separação para emigração a relação deixou de existir. Com a irmã a relação também foi boa na infância, mas, atualmente não é como tal. Com os irmãos a relação é boa, mas com o pai a relação afetiva nunca existiu. Quanta avó, ao que R me diz, que a relação foi muita boa, tendo-lhe colocada no jardim, porém, faleceu após 6 meses de estar com ela.

No entanto, a partir daí R passou a viver com o avô paterno onde esteve durante três meses, tendo em conta que este emigrou. Durante estes três meses com o avô, R diz sentir um trato diferente, do avô, em relação aos netos que lá iam visitá-lo como por exemplo, enquanto o avô colocava os outros netos a comer na sala de jantar R comia na cozinha, e não podia brincar com eles na sala de jantar. Alega que talvez, a razão desse facto é que a mãe não lhe enviava algo para o seu sustento.

Após desse período na casa do avô R passa a viver em casa do tio onde não gostava de viver, tendo em conta que R não gostava de tomar banho, e tio batia-lhe com tubos de encher água. Além disso, diz que trabalhava muito em casa, tinha pouco tempo para estudar, e chegava sempre atrasada a escola e os resultados eram fracos. Acrescenta ainda que sentia-se desamparada e numa situação «ao Deus dará sem mãe e sem pai».

3ªEntrevista

Com o início da entrevista, remeto-lhe para falar-me sobre o sucedido com o pai. Após de algum silêncio, R iniciou-se deste modo: - «estando-me em casa do meu tio paterno, o meu pai chegou aí, solicitou-me para fazer um trabalho em sua casa, e fui lá, ao chegar aí, mandou-me entrar e disse: - «não vais fazer nenhum trabalho» - ‘colocou-me a faca no pescoço e obrigou-me tirar as roupas ameaçando matar-me, se não despisse, então a minha única solução foi tirar as minhas roupas. E disse’: - «tu não podes dizer a ninguém, senão vou deitar-vos fogo em casa». A partir desse momento eu já não podia vê-lo a minha frente”. Sic.

Após o ato R diz ter ficado espantada e assustada sem ninguém, cheio de raiva, e ódio do pai. Este foi o momento em que R exteriorizou uma certa tristeza levando a sua cara para o chão.

Acrescenta ainda que ficou 3 anos na 4ª classe sem transitar, trabalhava muito em casa, chegava sempre atrasada as aulas, e devido ao acontecimento com o pai, sofreu muitas frustrações dos colegas da escola, e isto fez que ela abandonasse a escola.

R Alega que naquela altura tinha um colega da escola dois anos mais velho do que ela, e como andavam sempre juntos; o pai com medo de o divulgar, foi queixar a polícia de que ela tinha sido violada pelo colega.

Ao ser chamada pela polícia acabou por dizer a verdade dos factos contradizendo-lhe, e declarou a polícia de que não tinha sido o colega mas sim, o pai. A partir daí, o processo foi encaminhado para o tribunal e solicitou-lhe que fosse inspecionada pelo médico. E a violação

acabou por ser confirmada pelo médico que observou-lhe. E o tribunal ordenou que o pai fosse fechado, mas após uma semana ele foi libertado. Nesta situação a irmã mais nova queria que R retirasse o processo ao pai. Após esse momento o Tribunal perguntou-lhes se queriam dar continuidade o processo, responderam que sim, mas não havia dinheiro para pagar o advogado. E assim o processo não teve seguimento.

Como reagiram os outros familiares quando souberam do sucedido com o pai?- «O tio e tia paterna posicionaram a meu favor, a minha mãe na altura da reativação do processo ela se encontrava em Cabo Verde, mas, não se colocou do meu lado. Ela achou que eu não devia ter divulgada a situação a Justiça, e ainda mais grave para mim, é que ela trouxe encomenda para o meu pai, (uma camisa e um rádio).

4ª Entrevista

Ao iniciarmos a entrevista perguntei-lhe se gostaria de falar sobre a operação e respondo-me: que naquela altura tinha muitas dores nos seios, foi observada pelo médico, e fez as análises e a partir daí foi operada. Diz que a operação foi feita no momento apropriado porque, se avançasse mais não seria bom para ela. E acrescenta ainda que tem medo ter a causa da morte da sua tia. - Nesta sequência quisemos dialogar um pouco sobre os cuidados que R deve ter, com seu corpo, e seguir as suas consultas sempre que for necessário para que ela possa ter melhor controlo e melhoria da sua saúde.

Além da operação há mais algum problema que podemos saber? «Sim, fiz um aborto, não foi feito no hospital, mas em casa do enfermeiro em reforma, passei muito mal porque eu tinha imensas dores de barriga, e passava muitas horas sem dormir, mas depois tudo passou e as dores desapareceram». Sic

- Gostarias de explicar melhor a decisão que tomou para fazer o aborto «Sim, eu e o namorado concordamos fazê-lo, porque naquele momento eu se encontrava em casa do meu tio, ele ameaçou-me colocar-me fora de casa se o não fizesse, mas a nossa intenção não era fazê-lo». Sic

Nesta sequência pede-lhe, para falar-me sobre a relação com o namorado, e diz que está bem. A partir dai conversamos um pouco, sobre as relações sociais, como forma de estabelecer uma relação saudável entre o namorado e outras pessoas, ou relações interpessoais, e também da necessidade de ser mais assertiva. Por outro lado, dialogamos sobre a questão da violência sexual a que ela foi vítima no sentido de levá-la a perceber que o acontecimento pertence ao passado e deve ser esquecido. Também dialogamos sobre os benefícios do relaxamento ou

treino de respiração ou uma caminhada são fundamentais na redução do stress e manter a vida mais saudável.

2.2- Instrumentos de apoio diagnóstico

De acordo com a demanda, depois das entrevistas e das observações, achamos pertinente de entre as outras provas aplicar os seguintes testes:

TAT (Apercetion Tematic Teste).

Rorschach

O TAT – compreende trinta e uma pranchas que evoca situações mais ou menos ambíguas. Umhas destinadas a adultos, outras as crianças, representa quer cenas com uma ou várias personagens de diferentes idades, quer paisagens agradáveis ou fantásticas. (Debray, 1984), (p.533).

TAT (Apercetion Tematic Test)

Neste dia, R diz que sentia satisfeita de estar na consulta, e ter depositada a sua confiança na minha pessoa, e que sobre os seus problemas já se sentia alguma mudança em relação a sua pessoa.

A partir daí quis retribuir, dizendo-lhe que a função do profissional é de ajudar a pessoa a encontrar as melhorias necessárias para o seu melhor funcionamento. Mas, isto só se consegue através de uma boa relação terapêutica ou empática e disponibilidade de ambos as partes envolvidos no processo de avaliação psicológica, o que acabou por acontecer. A partir daí quis saber as suas expectativas futuras. Diz que quer continuar as consultas, ir para escola, emigrar para o estrangeiro, conseguir um trabalho, ser independente e formar uma família.

Concluído o diálogo, R recebe a explicação dos objetivos do teste TAT.

1ª Etapa

R, começa a tarefa, e produziu as respetivas histórias de cada prancha. Concluído o tarefa marcamos a próxima etapa.

2ª Etapa

Para esta tarefa R é solicitada que dê a sua história importância imaginária de um sonho, um mito, ou conto de fadas. Assim R produziu todas histórias.

Assim concluída a tarefa acertamos que o próximo aplicar-se-á Rorschach

Rorschach – Médico psiquiatra suíço, publicou em 1921 seu trabalho de pesquisa sob o título de Psychodiagnostik.

A técnica - consiste na apresentação ao sujeito de 10 prancha contendo borrões de tinta bissimétricas. Cinco dos borrões são em branco e preto, com várias zonas matizadas (gradações de cinzento); dois contém preto, branco e cores em várias quantidades; três são de diversas cores. As pranchas são apresentadas ao sujeito em posição e prescritas e perguntar-se-lhe: «A que é que se parece? O que isto podia ser? As respostas são categorizadas e avaliadas de acordo com fatores tais como o montante de movimento.

Tendo em conta que o Rorschach é um instrumento que usa estímulos visuais pouco estruturados indefinidos que possibilitem a demonstração da capacidade percentual e assim, entendida a projeção de aspetos internos do examinando, com o objetivo de diagnosticar a personalidade, bem como de quadros psicológicos, houve a necessidade de aplicar o Rorschach (Exner, 2003) que avalia outros aspetos como:

- Qualidade da inteligência
- Afectividade
- Atitudes
- Humor.
- Traços Neuróticos.

Rorschach

Com as explicações dos objetivos do teste, R recebe a placa I e começa a responder, deu a primeira resposta parou, e diz - «não estou a ver mais respostas.» A partir daí, tive que incentivá-la para analisar com calma, a placa, e após alguns minutos R começou a dar as respostas sem parar, com exceção da placa IV e VI que houve choques ou interrupção, são reações de «estupor afetivo» de perturbação emocional intensa provocadas no sujeito por particularidades de certas pranchas.

Assim R concluiu o teste, tendo produzido trinta e três (33) respostas considerado válido segundo as normas de aplicação de Rorschach. (Ver anexo)

Estudo de Caso 1

Protocolos dos testes e anexos

TAT (Aperception Tematic Test), folha das respostas e interpretação (anexo 1)

Teste de Rorschach, (anexo 2)

Localização nas placas (anexo 3)

Placas aplicadas (anexo 4)

Síntese do Relatório (anexo 5)

Programa de Assistência de Interpretação de Rorschach (anexo 6)

Quadro 1 de Intervenção: Terapia a longo prazo (anexo 7)

Anexo 1-Folhas das Respostas e Interpretação do TAT

Prancha nº 1

Historia produzida pelo sujeito: «A criança está aborrecida porque não consegue tocar com os colegas».

- «**Porque achas que está aborrecida?**» Porque teve problema com os pais:

Nesta prancha ela projeta no seu herói o menino a sua angústia, impossibilidade, necessidade de estabelecer laços afetivos com os familiares, satisfação carências, afetiva.

Prancha nº 2

Historia: «Estou a ver um homem, duas mulheres, uma menina a ir para escola, atravessando um campo.

No tocante a esta prancha, o sujeito evidência a questão da triangulação, projeta nas personagens, conflito: isolamento, separação,

Prancha nº 3

História: «Uma senhora com tristeza porque a mãe terá falecido.

No que se refere a esta placa: o sujeito projeta a angústia de morte, a tristeza, uma ambivalência, a mãe como objeto bom, satisfação do seu prazer, e por outro lado a mãe como objeto mau, causando a frustração pela não satisfação do seu desejo, agressividade, (perda do objeto).

Placa nº 4

História: «Um homem em discussão com a outra pessoa, por desentendimento no trabalho, e a sua mulher pega-lhe pedindo para não entrar em conflito.

No concerne a esta placa, emerge o tema violência, Está subjacente um conflito intrafamiliar, agressividade, a violência que o sujeito vivenciou durante a infância.

Placa nº 5

História: «A mãe e filho estão tristes, talvez tenham a acontecido alguma coisa desagradável».- «Que coisa desagradável poderá ter acontecido?» - «porque faleceu um familiar».

No que diz respeito a esta placa: o sujeito projeta mais uma vez a sua angústia de morte, perda e separação.

Placa nº 6

História: «O filho a procura de afeto do pai. No meu caso é horrível, não sei, porque isto aconteceu comigo». «Lembro-me dos meus cinco anos era tudo negro» - (Nesta prancha o tempo de latência é de um 1 mn e quatro segundos, ou seja houve choque do sujeito com o figura paterna).

Nesta placa o sujeito demonstra de forma clara o seu conflito com o pai. A sua necessidade (carência afetiva que nunca teve do seu pai).

Placa nº7

História: «Uma mulher entrando em casa, e vê se está alguém em casa.

O sujeito demonstra nesta placa uma certa necessidade de proteção, amparo para a sua pessoa e por outro lado uma de desconfiança de que poderá estar alguém em casa para o atacar.

Placa nº8

História: «A mãe e a filha com a irmã nas mãos sentada na cama a falarem sobre o nome que podem dar a irmã. Nesta Família há diálogo, mas no meu nunca houve dialogo».

Nesta placa, o sujeito demonstra claramente a sua situação de conflito, agressividade do seu ambiente familiar hostil, e que de certa forma o internaliza ou identifica-a as suas manifestações agressivas.

Placa nº 9

História: «Um homem com o seu cachimbo conversando com a mulher sobre a vida. Ele tem especto autoritário».

O sujeito demonstra nesta placa uma certa pulsão agressiva ódio, um conflito, internalizado.

Placa nº 10

História: «uma mulher a pensar o que fazer sobre a vida de amanhã». – «Na tua opinião o que é que ela pensa?» - «Ela terá tido alguma discussão com o marido, ela está pensando em deixá-lo».

Nesta placa, o sujeito projeta sua angústia nesta personagem o conflito familiar. Necessidade de aconselhamento.

2ª Etapa

Placa nº 11

História: «Uma irmã a ver a sua irmã a fugir após uma discussão.»

Nesta placa demonstra de forma concreta o conflito entre o sujeito e a irmã. Após uma reflexão há necessidade de aconselhamento.

Placa nº 12

História: «Avó e o neto pensando, estão tristes o filho faleceu.»

Nesta placa o sujeito projeta nestas nas personagens a sua angústia de morte, perda do objeto, solidão, abandono. Necessidade afetiva, desejo ser amada.

Placa nº 13

História: «É uma paisagem natural, água corrente e um bote para passear e algumas árvores com folhas, mas não sei parece que as folhas estão secas».

Aqui o sujeito descreve de forma concreta uma paisagem natural, e remete-nos para a questão de folhas secas que poderá eventualmente significar a sua carência afetiva.

Placa nº 14

História: «Um homem está chorando porque a sua mulher faleceu.

O sujeito, apresenta como tema a angústia de morte, perda do objeto.

Placa nº 15

História: «uma casa escura, não há amor nesta casa, a senhora abre as janelas da casa para ter clareza mas nem assim há clareza».

O sujeito demonstra nesta placa uma certa solidão, isolamento, necessidade afetiva, separação.

Placa nº 16

História: «uma folha de papel branco, representa a paz, história de amor de mãe, e pode construir um barquinho com este papel.»

Nesta prancha o sujeito demonstra carência afetiva da sua mãe e faz referência a paz, devido à ambiente hostil vivenciada durante a sua infância.

Placa nº 17

História: «Uma senhora a ver o marido com os seus amigos, com tanta comida para as pessoas, e alguns pescadores saindo de um boto com muitos peixes para o sustento da casa».

Esta placa o sujeito faz uma descrição onde coloca em destaque duas figuras principais (o marido e a sua mulher) projetando nestas figuras como protetores, trabalhando para o sustento da família, talvez a família ideal que ela gostaria de ter.

Placa nº 18

História: «uma senhora a enforcar uma mulher porque está com raiva, e ódio da mulher, por ter tomado o marido.»

De novo o sujeito projeta uma cena de violência, agressividade, necessidade de aconselhamento, proteção.

Placa nº19

História: «parece uma casa com janelas e uma lareira, fora da casa há gelo. A lareira está deitando fumo, está com lume para aquecer as pessoas.»

Nesta placa o sujeito apresenta a lareira deitando fumo o que poderá eventualmente representar o apelo a sua autonomia ou liberdade, ou aquecimento da lareira símbolo como proteção.

Placa nº 21

História: «parece um senhor ao mesmo tempo uma senhora, sem cabelo na cabeça, de pé no cemitério com muita tristeza. Talvez a tristeza é devido a morte da família.»

Nesta prancha emerge novamente a angústia de morte, que nos remete para as questões das perdas, (morte do tio e a tia), separação dos familiares, lutos mal elaborados.

Placa que mais gostou e que não gostou.

Gostei mais da placa 17GF porque representa um cenário dos homens no trabalho da pesca procurando o sustento para a família com honestidade. Embora nem todas as pessoas tenham a honestidade.

Não gostei da Placa 18ª GI, porque há violência da parte da Senhora pegando a outra pelo pescoço.

Podia explicar de onde extraíram as suas histórias?

- «As minhas histórias foram extraídas nos factos que aconteceram comigo durante a minha vida, em particular na minha infância». Sic.

No que refere ao plano formal, a descrição das histórias, R não apresenta nenhuma confusão em descrevê-las, representa aquilo que é o concreto da sua história de vida.

No tocante ao conteúdo R representa os seus conflitos, os seus desejos e as suas necessidades.

Anexo 2 -TESTE DE RORSHACH

Teste de Rorschach						
Serviço de Psicologia Clínica Hospital Baptista de Sousa São Vicente			Nome: R.F Sexo: Feminino Idade : 20 Escolaridade: 3ª Classe			
Pl	Interpretação	Esclarecimento	L	D	C	Obs:
I	- Uma aranha - Uma mosca -Dois ouvidos animais - Uma cara de um Lobo - Uma cara de mascara 2'33''	-É uma aranha (no meio) R1 - Sim, uma mosca, R2 - Dois ouvidos R3 - Sim é a cara de um lobo R4 - Uma cara de mascara (espaços em branco são os olhos).				*Chq.
II	6'' - Dois cachorros - Um avião - Uma borboleta 2'28''	Dois cachorros em cada lado (R1) em toda a prancha brincando. - Um avião no meio R2 -Uma borboleta (cor vermelha).				*Rod. *Pl.
III	4' - Uma aranha - Dois Pinguis - Uma fita. 3'21''	- Uma aranha - Dois pinguis em cada lado.R2 - Uma fita cor-de-rosa				*Rod *Pl.
IV	1'4'' - Santopeia - Dois porcos - Uma cabra. 2'22''	Santopeia R1 (no meio) Dois porcos em cada lado. Uma Cabra preta				*Choq. +R.Pl.
V	- Um Morcego - Uma borboleta - Uma barata. 1'55''	É um morcego em toda a prancha. Uma borboleta com antenas Uma barata				*R.V
VI	1'34'' - Animais Voadores - Santopeia. - Cara de um gato	Animais voadores Santopeia com olhos Cara de um gato (porque bigodes).				*Rod. *PL.
VII	-Um ursinho -Duas caras de duas pessoas -Uma Borboleta 2'34''	Um ursinho em toda a prancha preto. Duas caras duas pessoas. Uma borboleta				
VIII	-Dois Tigres - Um Morcego - Uma flor 3'24''	Dois tigres trepando Um Morcego Uma flor cor-de-laranja.				
IX	- Parece uma mosca - Mar e sol - Duas rochas - Uma aranha 2'33''	Uma mosca (toda a prancha está O mar no meio e sol a volta Duas Rochas em cada lado Uma aranha				
X	- Ferrão de abelha - Duas Antenas de barata - Parece Cavalo-marinho 1'12''	Ferrão de abelha Duas antenas de barata Cavalo-marinho				*Rod. *PL.

+ Rotação da placa

*Choque

Placas de localização (anexo 3)

RORSCHACH - FICHA DE LOCALIZAÇÃO

The image displays ten numbered Rorschach inkblot cards, each with a specific black ink pattern on a white background. Each card is overlaid with a series of thin, hand-drawn circles that define the boundaries of various perceptual elements within the inkblot. The cards are arranged in a grid-like fashion:

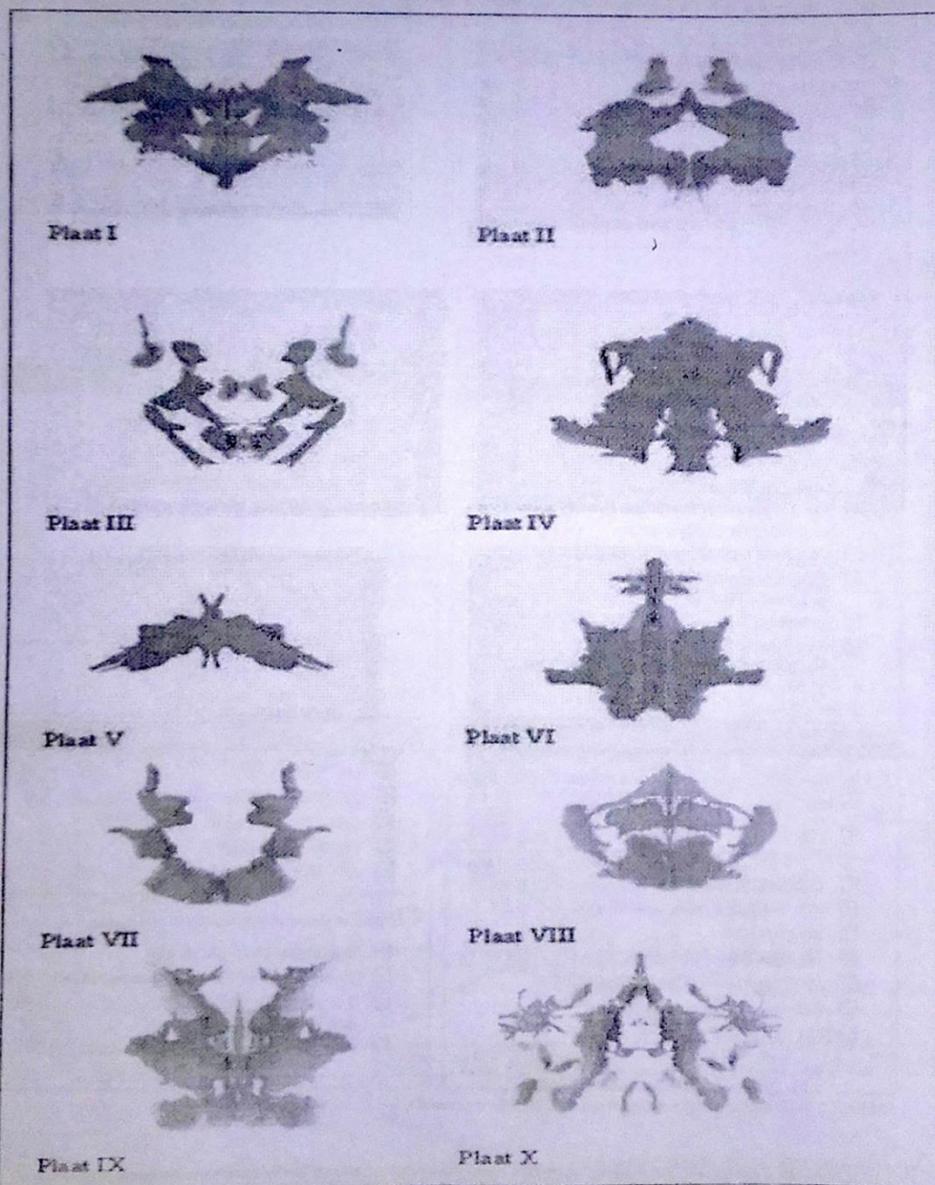
- Card 1: A butterfly-like figure with wings spread.
- Card 2: A complex, multi-lobed shape with a central vertical axis.
- Card 3: A figure with a central body and two large, curved wings.
- Card 4: A figure with a central body and two large, curved wings, similar to card 3 but with different proportions.
- Card 5: A horizontal, elongated shape with a central vertical axis.
- Card 6: A figure with a central body and two large, curved wings.
- Card 7: A figure with a central body and two large, curved wings.
- Card 8: A figure with a central body and two large, curved wings.
- Card 9: A figure with a central body and two large, curved wings.
- Card 10: A figure with a central body and two large, curved wings.

CENTRO EDITOR DE TESTES E PESQUISAS EM PSICOLOGIA
Lafayette, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

NOME: _____ DATA: _____
IDADE: _____ SEXO: _____ INSTRUÇÃO _____

Placas aplicadas (anexo 4)

ANEXO 3- Imagem das X pranchas



SINTESE DO RELATÓRIO (RIAP) Anexo 5

Visão Gera

Os dados deste relatório são válidos e deve normalmente, fornecer informações confiáveis sobre o funcionamento da personalidade.

R Apresenta com stress excessivo, com problemas de disfunções emocionais.

R parece ter capacidade limitada para gerir as relações interpessoais de uma maneira confortável e gratificante. Ela pode conduzir-se adequadamente em situações sociais e, às vezes, até mesmo fazer uma impressão inicialmente favorável sobre outras pessoas. No entanto, como consequência de habilidades sociais inadequadas que podem não ser facilmente perceptível, ela tende a optar por relações superficiais e transitórias com os outros e a se afastar de relacionamentos envolvidos ou prolongadas

R dá evidência de capacidade limitada para formar vínculos estreitos com outras pessoas. Embora ela não pode necessariamente evitar relações interpessoais, essas relações tendem a ser distante e isolada, em vez de próximo e íntimo; seus relacionamentos de amizade e amor são suscetíveis de ser psicologicamente no comprimento do braço, em vez de próximo e íntimo.

É provável que ela experimenta baixa autoestima e podem não ter confiança em si. Além disso, sua tendência de julgar-se desfavoravelmente pode resultar em sentimentos de inutilidade e contribuir para episódios de depressão.

ATENÇÃO! R mostra muitas características comumente observadas em pessoas que cometem suicídio posteriormente. A possibilidade de tendências suicidas e preocupações devem ser avaliados com cuidado, e os responsáveis por seus cuidados devem ser alertados para o potencial risco de suicídio.

Dá evidência de perturbação afetiva significativo que é suscetível de ser associado ou com um Transtorno Depressivo Maior ou com uma disposição crónica a tornar-se deprimida.

Rorschach Interpretation Assistance Program™ (anexo 6)

Interpretive Report

By

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

Client Information

Name:	R F	Gender:	Female
Client ID:	-Not Specified-	Ethnicity:	African-American
Birthdate:	27/07/1996	Age (years):	20
Marital Status:	Single	Education (years):	3ª Cl.
SES Status:	Upper-Upper	Referral Reason:	Psychological evaluation
Reported Symptoms/Complaints:			
Emotional:	Anxiety		

Protocol Information

Test Date:	27/06/2016	Examiner ID:	João Crisóstomo Santos
Test Setting:	School	Examiner Gender:	Male
Institution Type:	Educational		

Sequence of Scores

Card	Res p. No	Location and DQ	Loc. No.	Determinant(s) and Form Quality	(2)	Content(s)	Pop	Z Score	Special Scores
I	1	Ddo	21	FVo		A			
	2	Do	7	F-		A			
	3	D+	2	Fu	2	A		4.0	
	4	DdSo	99	F-		(A)			
	5	WSo	1	Fo		Art		3.5	
II	6	D+	1	FD.FMao	2	A		3.0	COP, FAB, GHR
	7	Do	4	FVu		Sc			
	8	Do	3	FCo		A			
III	9	Do	7	Fo		A			
	10	Ddo	34	FD-	2	A			
	11	Do	3	FCo		Cg			

IV	12	Do	1	FVo		A			
	13	Do	7	FDu	2	A			
	14	Ddo	99	FC'-		A			
V	15	Wo	1	Fo		A	P	1.0	
	16	Do	6	Fu		A,Ad			
	17	Do	7	F-		A			
VI	18	Do	3	FMau		A			
	19	Do	12	F-		A			INC
	20	Ddo	22	Fo		Ad			
VII	21	Ddo	22	C'F-		A			
	22	Do	1	Fu	2	H			GHR
	23	Do	4	Fo		A			
VIII	24	D+	1	FMao		A	P	3.0	
	25	Ddo	33	F-		A			
	26	DdSo	29	FC-		Bt		4.0	
IX	27	Wo	1	F-		A		5.5	
	28	DS+	8	FVu		Na		4.5	
	29	Do	12	FDo	2	Ls			
	30	Do	1	F-		A			
X	31	Do	14	F-		A			
	32	Do	10	Fu	2	A			
	33	DdSo	29	F-		A		6.0	

Summary of Approach

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

Simbolos

Single
M = 0
FM = 2
m = 0
FC = 3
CF = 0
C = 0
Cn = 0
FC' = 1
C'F = 1
C' = 0
FT = 0
TF = 0
T = 0
FV = 4
VF = 0
V = 0
FY = 0
YF = 0
Y = 0
Fr = 0
rF = 0
FD = 3
F = 18
(2) = 7

Positive if condition 1 is true and at least 4 of the others are true:

(1) $FT + TF + T [0] = 0$

(2) $Zf [9] > 12$
 (3) $Zd [7.0] > +3.5$
 (4) $S [5] > 3$
 (5) $H + (H) + HD + (HD) [1] > 6$
 (6) $(H) + (A) + (HD) + (Ad) [1] > 3$
 (7) $H + A: HD + Ad [26:2] < 4: 1$
 (8) $Cg [1] > 3$

(1) $Dd [9] > 3$
 (2) $Zf [9] > 12$
 (3) $Zd [7.0] > +3.0$
 (4) $Populars [2] > 7$
 (5) $FQ+ [0] > 1$

Positive if one or more is true:

Conditions 1 to 5 are all true
 Two or more of 1 to 4 are true *and* $FQ+ [0] > 3$
 3 or more of 1 to 5 are true *and* $X+% [0.36] > 0.89$
 $FQ+ [0] > 3$ *and* $X+% [0.36] > 0.89$

Self-Perception

$R = 33$	<input type="checkbox"/> OBS = No	<input type="checkbox"/> HVI = No		
$3r+ (2) /R = 0.21$	FD = 4	MOR = 0	Hx = 0	An+Xy = 0
Fr+rF = 0	V = 4	T = 0	Sx = 0	
H: (H)+Hd+(Hd) = 1: 0				
Responses to be read				
<i>MOR Responses</i>	<i>FQ- Responses</i>	<i>M Responses</i>	<i>FM Responses</i>	<i>m Responses</i>

None 2, 4, 10, 14, 17, None 6, 18, 24 None 19, 21, 25, 26, 27,
30, 31, 33

Capacity for Control and Tolerance for Stress

EB = 0 : 1.5	EA = 1.5		D = -2
eb = 3 : 6	es = 9	Adjes = 9	Adj D = -2
FM = 3	C' = 2	T = 0	<input type="checkbox"/> CDI = 4
m = 0	V = 4	Y = 0	

<input type="checkbox"/> DEPI = 6	EBPer = N/A	Blends FD.FM
EB = 0 : 1.5	FC:CF+C = 3 : 0	
eb = 3 : 6	Pure C = 0	
	SumC':WSumC = 2 : 1.5	
C' = 2	Afr = 0.43	
T = 0	2AB+Art+Ay = 1	
V = 4	S = 5	
	(S to I, II, and III = 2)	
	Blends/R = 1 : 33	
	CP = 0	

Information Processing

R = 33	L = 1.20	Zd = +7.0	DQ+ = 4
EB = 0 : 1.5	W:D:Dd = 3 : 21 : 9	PSV = 0	DQv/+ = 0
Zf = 9	W:M = 3 : 0		DQv = 0
<input type="checkbox"/> HVI = No	<input type="checkbox"/> OBS = No		

Cognitive Mediation

R = 33		<input type="checkbox"/> OBS = No	Minus Responses 2, 4, 10, 14, 17, 19, 21, 25, 26, 27, 30, 31, 33
Lambda = 1.20	P = 2	WDA% = 0.75	
FQx+ = 0		XA% = 0.61	
FQxo = 12		X+% = 0.36	
FQxu = 8		F+% = 0.28	
FQx- = 13		X-% = 0.39	
FQx none = 0		S-% = 0.23	
		Xu% = 0.24	
Pure C = 0	Pure Y = 0	M- = 0	
Pure C' = 0	Pure T = 0	M none = 0	

Ideation

R = 33	L = 1.20	PTI = 1	□ DEPI = 6	Critical Special Scores	
EB = 0 : 1.5	EBPer = N/A	DV = 0	DV2 = 0		
eb = 3 : 6	MOR = 0	INC = 1	INC2 = 0		
FM = 3	m = 0	DR = 0	DR2 = 0		
a:p = 3 : 0	M- = 0	FAB = 1	FAB2 = 0		
Ma:Mp = 0 : 0	M none = 0	ALOG = 0			
	2AB+Art+Ay = 1	CONTAM = 0	Raw Sum6 = 2		
			Wgtd Sum6 = 6		
Responses with Critical Special Scores: 6, 19					

Plano de intervenção – terapia a longo prazo (anexo 7)

Sessão	Quadro teórico	Técnicas	Objectivos	Objectivos esperados
1ª	Terapia Cognitivo Comportamental	Tarefas graduais	Capacitar o cliente como relacionar	O cliente seja mais ousado nas relações sociais
2ª		Treino Assertivo	Estabelecer o contacto visual e ser capaz de reclamar quando for necessário.	Cliente eficiente
3ª		Desempenho de papéis	Mostrar o cliente formas eficazes de lidar com situações particulares	Cliente estabelece a relação afetiva
4ª		Exposição in Vivo	Demonstrar o cliente que o acontecimento faz parte do passado	Maior Tranquilidade
5ª		Processamento Cognitivo Técnicas de reestruturação cognitiva	Intervir em Perturbação Stress Traumático em vítima de violação: debate de crenças problemáticas, autculpabilização e tentativas mentais de refazer o evento. Trabalhar os temas em causa: a segurança, a confiança, o poder, o controlo a estima e a intimidade.	Redução do Stress.
6ª	Psicodinâmica	Associação Livre o terapeuta faz que o paciente através de uma palavra exteriorize tudo que se encontra no inconsciente.	Inconsciente	Sujeito consciente dos seus conflitos no sentido de proceder a mudança

Transcrição das entrevistas

Anexos - Caso II

2.3.2 Identificação da paciente

Nome: M. S.	Residente: M. Sossego
Sexo: Feminino	Estado Social: divorciada
Idade: 58 anos	Profissão: Doméstica
Escolaridade: 4ª classe	Naturalidade: S.Nicolau
	Orientação Religiosa: R. Cristã

2.3.3 Motivo da consulta

Depressão (tristeza desinteresse e ansiedade)

Durante o processo de avaliação psicológica foram realizadas três (3) entrevistas, aplicação de escalas, Inventários de substituição de pensamentos automáticos e a Técnica Semântica.

1ª Entrevista

M diz que, desde algum tempo para cá, vem tendo problemas, como o desinteresse a tristeza e ansiedade.

Salienta que os problemas que afetam são derivados de vários traumas durante o percurso da sua vida, nomeadamente, o divórcio e vários problemas de saúde. Ao perguntar-lhe como é que sente quando está em situação de tristeza, respondo-me que tem desinteresse sensação de desmaio, mas que posteriormente se restabelece. Diz que tem problemas da tensão, mas faz o controlo Médico, e que a sua tensão está normal. Alega que faz exercícios físicos em casa e também, caminhadas juntamente com algumas amigas vizinhas. Neste sentido tive que reforçá-la incentivando-lhe a continuar a praticar os seus exercícios físicos para melhorar cada vez mais a sua saúde.

Concluído o tempo estipulado demos por terminado a entrevista e marcamos a próxima.

2ª Entrevista - História de Vida

M. diz que casou os 20 anos de idade em 31/5/79, M e o marido viveram juntos durante 10 anos, sendo o marido emigrante, e M residente em Cabo Verde. Em 1988 M teve que emigrar para Holanda para junto do marido, ao chegar aí, a vivência com o marido foi sempre de conflito porque, ele estava envolvido com outra mulher. Assim separou do marido em 1989, e conseguiu emigrar para Espanha, onde trabalhou alguns anos. Divorciou por solicitação do marido em 2000, e regressou a cabo verde em 27 de Março de 2014 onde reside atualmente por razões de saúde.

M vive só, e em casa própria, não trabalha por razões de saúde, tem tensão alta, dificuldades auditivas, (usa aparelhos auditivos). No ouvido esquerdo, o aparelho foi colocado em 2011, e o direito em 2015, têm várias Hérnias discais, osteoporose e um problema uterina que foi detetado aos 36 anos de idade, razão pela qual segundo, o médico não podia ter filhos.

Alega que os problemas de saúde são hereditários, isto é, que os pais tinham esses problemas.

3ª Entrevista

Nesta entrevista M, diz que ao ser informada pelo Médico que não podia ter filhos devido o problema uterino a sua reação foi de desespero, e que ela não queria acreditar, mas, posteriormente acabou por conformar-se com a situação. Acrescenta ainda que o marido reagiu aparentemente de forma positiva quando soube que ela não podia ter filhos, mas manifestou o desejo de os terem. Diz que as relações com o marido nos primeiros tempos sempre foram boas, mas, que tudo complicou com a relação do marido com a outra pessoa no estrangeiro, facto que veio a originar o seu divórcio.

Ao perguntar-lhe como encarou o pedido do divórcio do marido M, respondo-me: que não foi fácil, porque gostava muito do marido e fez o casamento para única vez. Eis razão porque nunca fez outro casamento.

Com o divórcio M diz que preferiu viver sozinha em casa, porque assim sente mais segura. Embora tenha encontrado alguém que queria casar com ela, recusou para evitar cair na situação anterior.

Como é que a senhora pode descrever-me a sua pessoa atualmente? - «Sinto-me uma pessoa frustrada, sou uma vítima não tive sorte com o casamento, não tive filhos e tenho problemas de saúde. «Sou uma fracassada.», - «Estou pagando uma dívida.», «Não sei o que fiz ao mundo». Sic.

A Sra. Referiu atrás que é uma fracassada, gostaria de explicá-la melhor?

«Perdi os meus países, e o marido que eu gostava muito, tinha-o nas minhas mãos, fiz tudo para que nós fossemos felizes, mas ele deu-me um golpe duro o «divórcio», eu nunca tinha pensado se ele podia deixar-me na vergonha com meu povo. Não imaginas como é perder o marido, ele fazia tudo para mim, ficou uma ferida na minha pessoa”. Sic

M. ao expressar sobre a questão do divórcio vi na sua face o sentimento de profunda tristeza e angústia sobre a perda do marido.

Nesta sequência quisemos dialogar um pouco, no sentido de encontrar alguma tranquilidade, como forma de persuadir as ideias sobre as perdas, onde ficou claro que na vida qualquer pessoa está sujeita a determinadas perdas, obviamente temos os nossos sentimentos, mas, há que ultrapassá-los, nesta perspetiva coloquei-lhe a seguinte questão: a senhora acha que a vida terminou aqui com o divórcio? Respondo-me que não. Então, temos que superar a situação e caminhar para frente.

Após a entrevista, M, diz que gostaria de fazer uma consulta com o Médico psiquiatra, e disse-lhe que não havia nenhum obstáculo e que podia marcá-la.

Assim concluímos a entrevista e marcamos a próxima.

2.3.5- Instrumentos de apoio diagnóstico

De acordo com a demanda, depois das entrevistas e das observações achamos pertinente de entre outras escalas, aplicar as seguintes:

Escala de Hamilton- HAM-D

Escala de depressão de Beck

A escala de depressão de Beck ou inventário de depressão de Beck, criado por Aaron Beck, consiste em um questionário de autorrelato com 21 itens de múltipla escolha. É um dos instrumentos para medir a severidade de episódios depressivos.

Escala-HAM-D (Escala de Hamillton para a depressão)

Neste dia M, diz que se encontrava bem e que ficou satisfeita com a consulta, foi confirmado pelo Psiquiatra de que não tinha problemas psiquiátricos e que o Doutor aconselhou-lhe a prosseguir a consulta de psicologia.

A partir daí, foi um momento de diálogo, acabei por explicá-la que o encaminhamento só deve ser feito quando é necessário, ou seja durante observação e avaliação, o psicólogo percebe se a pessoa tem ou não a necessidade de ser encaminhada.

De seguida perguntei-lhe se gostaria de responder algumas questões sobre a escala de depressão (Escala de Hamillton para a depressão de HAM-D), prontamente aceitou-a, expliquei-lhe a essência e os objetivos da escala, M acabou por responder todas questões colocadas.

2.3.6- Resultado da prova

A pontuação registada foi de 22 pontos, valores entre 18-25 correspondente a Depressão Moderada. (Ver Anexo 1)

Com estes resultados houve a necessidade de aconselhá-la a tomar as devidas precauções, para que M possa ter uma vida mais saudável. Além disso dialogamos também sobre os níveis de depressão nomeadamente: **leve moderada** e **grave**, para que ela possa estar devidamente informada, e por outro lado tranquilizá-la visto que M apresentava especto de impaciência e queria de imediato explicação para o seu problema. Também falamos da utilidade de exercícios físicos que ajuda na melhoria da saúde. Nesta sequência perguntei-lhe se gostaria de fazer um exercício relaxamento, ela o aceitou de bom agrado, e executámo-lo de seguida, ficou satisfeita, e acertamos, que o referido exercício seria treinado em casa. (**Ver Anexo 3**)

Assim concluído o encontro acertamos que o próximo aplicar-se-á a escala de ansiedade de Beck.

Escala de Ansiedade de Beck

Ao iniciarmos a tarefa expliquei-lhe a essência e os objetivos da escala, M começou a tarefa, e respondeu todas as questões. Assim concluído a tarefa, fiz a soma das pontuações, cujo total foi de 21 pontos situados entre 18 e vinte e cinco pontos, correspondente a moderada.

Com os resultados obtidos, quisemos dialogar um pouco sobre os mesmos, explicando-lhe as medidas que devem ser tomadas e alertá-la no sentido de seguir as regras para que haja melhoria da sua saúde. (Ver Anexo 3)

2.3.7- Inventário de identificação de pensamento automático.

Com esta tarefa pedi-lhe que identificássemos em conjunto alguns pensamentos automáticos no inventário selecionado para o efeito, e ela colocaria uma cruz ou outro sinal na frase ou pensamento automático que lhe achava corresponder a sua pessoa, e concordou, assim foi concluída a tarefa, e identificamos um pequeno exercício de três frases de pensamentos automáticos como trabalho de casa. (**Ver Anexos 4**)

2.3.8- Substituição dos pensamentos automáticos pelos alternativos

Nesta tarefa pedi-lhe para refletirmos um pouco sobre algumas crenças que ela já tinha referido nas entrevistas anteriores, nomeadamente: - «Sou uma fracassada», «Estou pagando uma dívida», «não sei o que fiz ao mundo.»

Aqui o meu papel como terapeuta foi ajudá-la a substituir os pensamentos automáticos e reconhecer a sua irracionalidade pelos pensamentos alternativos com recurso abordagem a cognitivo comportamental. (Ver anexo 5)

2.3.9- Técnica Semântica

Técnica semântica: é o significado que o cliente dá aos seus pensamentos automáticos, registado no canto de uma folha.

Com o início da tarefa como terapeuta, assumi o papel socrático, colocando-lhe algumas questões. Uma vez identificados os pensamentos irracionais, M, pode neutralizá-los, substituí-los por outros de carácter mais racional ou funcional tal facto fará com que M se sinta e funcione melhor. Seguidamente falamos sobre a validade de suas hipóteses e inferências absolutistas e dogmáticas, ensinando-a a discriminar e reconhecer a irracionalidade de certas crenças e suposições.

Foi desenvolvido o diálogo socrático, questionando-lhe através de perguntas sobre um dos seus pensamentos irracionais «eu sou uma fracassada». E desta vez com recurso a técnica semântica. (Ver anexo 6)

«O cliente nunca pode sair pior do que entrou.» Holland.

Protocolos dos Anexos

Escala de depressão de Hamilton HAM-D – (anexo 1)

Escala de depressão de Beck – (anexo 2)

Exercício de relaxamento – (anexo 3)

Inventário de identificação de pensamentos automáticos – (anexo 4)

Substituição dos pensamentos automáticos – (anexo 5)

Técnica Semântica – (anexo 6)

Plano de intervenção a longo prazo – (anexo 7)

Diploma de formação do Aleitamento Materno – (anexo 8)

Figura Ilustrativa. – (anexo 9)

Escala de depressão de Hamilton HAM-D – (anexo 1)

Escala de Hamilton para a Depressão¹

Para cada item que melhor caracteriza o doente durante a semana que passou, escreva a pontuação na caixa apropriada.

		PONTUAÇÃO
HUMOR DEPRIMIDO 0. Inexistente 1. Apenas detectado quando inquirido 2. Referido por comunicação verbal espontânea 3. Detectado sem comunicação verbal (expressão facial, postura, voz, choro fácil)		
4. O doente relatou VIRTUALMENTE APENAS estes sintomas em comunicação espontânea verbal e não verbal Registe o período de tempo com Humor Deprimido: _____ semanas		2
1. TRABALHO E ACTIVIDADES 0. Sem dificuldades 1. Fadiga, fraqueza ou pensamentos/sentimentos de incapacidade (relacionada com o trabalho, actividades, hobbies) 2. Perda de interesse (directa ou indirectamente relatado através de falta de atenção, indecisão e vacilação)		
3. Diminuição do tempo dispendido em actividades ou diminuição da produtividade 4. Parou de trabalhar devido à doença actual		1
3. SINTOMAS SOMÁTICOS, GASTROINTESTINAIS 0. Nenhum 1. Perda de apetite (mas a comer sem precisar de incentivo; sensação de abdómen pegado)		
2. Dificuldade em comer sem incentivo (Pede ou necessita de laxantes ou medicação para os intestinos ou sintomas G.I.)		
1. PERDA DE PESO 0. Nenhuma perda de peso ou perda de peso não causada pela doença actual 1. Perda de peso provavelmente associada à doença		
2. Perda de peso (segundo opinião do doente) Perda de peso desde a última visita _____		1
1. INSÓNIA, PRECOCE 0. Sem dificuldade em adormecer 1. Dificuldade ocasional em adormecer (mais de 15 hora)		
2. Dificuldade em adormecer à noite		
1. INSÓNIA, MEIO DA NOITE 0. Sem dificuldades 1. Queixas de sono agitado durante a noite		
2. Acorda durante a noite (se sair da cama, excepto para urinar ou evacuar, equivale a 2 pontos)		
7. INSÓNIA, TARDIA 0. Sem dificuldades 1. Acorda de máorugada, mas volta a adormecer		
2. Não consegue voltar a adormecer se sair da cama		
1. SINTOMAS SOMÁTICOS, GERAIS 0. Nenhum 1. Peso nos membros, costas ou cabeça (dores nas costas, dores de cabeça, dores musculares; perda de energia e fadiga)		
2. Qualquer sintoma bem definido equivale a 2 pontos		1
3. SINTOMAS GENITAIS 0. Ausentes 1. Moderados		
2. Graves		
0. SENTIMENTOS DE CULPA 0. Ausentes 1. Auto censura (desistir de coisas) 2. Sentimentos de culpa ou remorso sobre erros ou pecados passados		
3. A doença presente é um castigo, ilusão de culpa 4. Crave vozes acusadoras ou denunciadoras (ou ter alucinações usualmente amesçadoras)		3
1. SUICÍDIO 0. Ausente 1. Sente que a vida não vale a pena ser vivida 2. Deseja morrer ou pensamentos sobre a própria morte		
3. Ideias ou pesos suicidas 4. Tentativas de suicídio (qualquer tentativa seria equívale a 2 pontos)		
		8

Escala de Hamilton

Subtotal da outra página 8

12. ANSIEDADE, PSÍQUICA

0. Ausente
 1. Tensão e irritabilidade subjectivas
 2. Preocupa-se com assuntos menores
 3. Atitude apreensiva detectada na face ou no discurso
 4. Medo-expressp sem ser questionado

1

13. ANSIEDADE, SOMÁTICA

0. Ausente
 1. Leve
 2. Moderada
 3. Grave
 4. Incapacitante

2

14. HIPOCONDRIA

0. Nenhuma
 1. Auto-absorvimento pelo corpo
 2. Preocupação com a saúde
 3. Queixas frequentes, pedidos de ajuda
 4. Ilusões hipocondríacas

3

15. RETARDAMENTO

0. Discurso e pensamento normais
 1. Ligeiro retardamento na entrevista
 2. Retardamento obvio na entrevista
 3. Entrevista difícil
 4. Letargia completa

4

16. AGITAÇÃO

0. Nenhuma
 1. Inquietação
 2. "Brincar com" as mãos; cabelo, etc.
 3. Movimenta-se, não consegue estar sentado
 4. Torcer as mãos, morder as unhas, puxar os cabelos, morder os lábios

1

17. OBSERVAÇÃO PRÓPRIA

0. Reconhece estar deprimido e doente
 1. Admite a doença mas atribui a causa à má comida, ao clima, ao excesso de trabalho, a um vírus, à necessidade de descansar ou outra desculpa
 2. Nega completamente estar doente

18. VARIACÃO DIURNA

0. Ausente
 1. Moderada
 2. Grave
 Os sintomas agravam-se de manhã ____ h. ou à noite ____ h.

1

19. DESPERSONALIZAÇÃO E DESREALIZAÇÃO

0. Ausente
 1. Ligeira
 2. Moderada
 3. Grave
 4. Incapacitante

1

20. SINTOMAS PARANÓIDES

0. Nenhum
 1. Suspeita
 2. Ideias de referência
 3. Ilusões de referência e perseguição

21. SINTOMAS OBSESSIVOS E COMPULSIVOS

0. Ausentes
 1. Moderados
 2. Graves

1

PONTUAÇÃO	INTERPRETAÇÃO	DATA	PONTUAÇÃO
0-7	Nenhuma/depressão mínima		
8-17	Depressão ligeira		
18-25	Depressão moderada		
26 -	Depressão grave		
PONTUAÇÃO TOTAL ACTUAL			
PONTUAÇÃO ANTERIOR			
DIFERENÇA			

NOTA: ARQUIVET UNIFORMITATE CUM A TITLA DO DOENTE

EFE, OR

... na Terapêutica das Depressões

Escala de Beck (anexo 2)

ESCALA DE ANSIEDADE DE BECK

(BECK-A)

Data: ___ / ___ / _____

Abaixo temos uma lista de sintomas comuns à ansiedade. Favor preencher cada item da lista cuidadosamente. Indique agora os sintomas que você apresentou durante A ÚLTIMA SEMANA INCLUINDO HOJE. Marque com um X os espaços correspondentes a cada sintoma.

	0	1	2	3
	<u>Ausente</u>	Suave, não me incomoda muito	Moderado, é desagradável mas consigo suportar	Severo, quase não consigo suportar
1. Dormência ou formigamento			X	
2. Sensações de calor			X	
3. Tremor nas pernas			X	
4. Incapaz de relaxar			X	
5. Medo de acontecimentos ruins			X	
6. Confuso ou delirante				
7. Coração batendo forte e rápido		X		
8. Inseguro (a)		X		
9. Apavorado (a)		X		
10. Nervoso (a)				
11. Sensação de sufocamento			X	
12. Tremor nas mãos		X		
13. Trêmulo (a)		X		
14. Medo de perder o controle				
15. Dificuldade de respirar				
16. Medo de morrer				
17. Assustado (a)		X		
18. Indigestão ou desconforto abdominal		X		
19. Desmaios		X		
20. Rubor facial				
21. Sudorese (não devido ao calor)		X		

Desenvolvido por: BECK, A.T.; EPSTEIN, N.; et al. An Inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. J. Consult. Clin. Psychol. 1988; 56:893-897.

Exercício de relaxamento (anexo 3)

Gostaria que focalizasse a sua atenção nos músculos da mão e braço dominante. Quando eu disser. Agora, vou pedir-lhe que contraia esses músculos, fechando o punho. Agora... Sinta a tensão na mão sobre as articulações e, mais acima, até ao braço.

Manter a contração durante 5-7 segundos. (Gonçalves, s/d. P.165)

Inventário de identificação de pensamentos automáticos (anexo4)

Inventário de pensamentos automáticos	
Instruções: Marque um X ao lado de cada pensamento automático negativo que voc últimas semanas.	
<input checked="" type="checkbox"/>	Eu deveria estar me dando melhor na vida.
<input type="checkbox"/>	Ele/ela não me entende.
<input checked="" type="checkbox"/>	Eu o/a decepcionei.
<input checked="" type="checkbox"/>	Eu simplesmente não consigo mais achar graça em nada.
<input checked="" type="checkbox"/>	Por que sou tão fraco(a)?
<input type="checkbox"/>	Eu sempre estrago tudo.
<input checked="" type="checkbox"/>	Minha vida está sem rumo.
<input checked="" type="checkbox"/>	Não consigo lidar com isso.
<input checked="" type="checkbox"/>	Estou fracassando.
<input checked="" type="checkbox"/>	Isso é demais para mim.
<input type="checkbox"/>	Não tenho muito futuro.
<input type="checkbox"/>	As coisas estão fora de controle.
<input type="checkbox"/>	Tenho vontade de desistir.
<input type="checkbox"/>	Com certeza, alguma coisa de ruim vai acontecer.
<input checked="" type="checkbox"/>	Deve ter alguma coisa de errado comigo.
<small>Fonte: Adaptado com permissão de Wright J.H., Wright A.S., Beck, A.T.: <i>Good Days Ahead: The M</i> <i>Cognitive Therapy</i>. Louisville, KY, Mindstreet, 2004. Disponível no site: http://www.appi.org/pdf/wr</small>	

Substituição dos pensamentos automáticos (anexo 5)

Pensamentos irracionais	Pensamentos Alternativos
Não sei o que eu fiz o mundo	O mundo não fez nada comigo, são os pensamentos que vem a cabeça.
Estou pagando uma Divida	Tive problema, mas penso que não é divida para com o mundo
Deus foi injusto comigo	Deus não é injusto comigo, são acontecimentos da vida
Sou uma fracassada	Não sou fracassada porque consegui alguma coisa na vida

Técnica Semântica (anexo 6)

Técnica Semântica – consiste no significado que o cliente dá aos seus pensamentos automáticos, registado no canto de uma folha.

Atividade: Identificamos uma das crenças e iniciamos a catividade:

Terapeuta: que significado a senhora dá «eu sou uma fracassada?»

Cliente: sou uma fracassada porque perdi o marido.

Terapeuta: será que outra (s) pessoa (s) daria (m) esse mesmo significado?

Cliente: penso que não.

Terapeuta: por que não? Devemos ter uma definição para você e outra para as restantes pessoas?

Cliente: acho que não há uma única definição. ...A partir do momento que o cliente reconhece a irracionalidade dos seus pensamentos automáticos pode neutralizá-los e substituí-los pelos mais funcionais ou adequados.

Plano de intervenção: terapia a longo prazo (anexo 7)

Sessão	Modelo Teórico	Técnicas	Objectivos	Objectivos esperados
1 ^a	Cognitivo Comportamental	Reestruturação cognitiva	Modificação dos pensamentos automáticos negativos	Desenvolvimento de alternativas racionais. Novos pensamentos adaptativos e melhor comportamento.
2 ^a		Método Socrático	Questionamento das crenças irracionais do Cliente. Motivar o paciente como encontrar a resposta para o problema	Cliente autónomo (pensar para si mesmo).
3 ^a	Psicodinâmica	Associação Livre Através da transferência o terapeuta faz com que o paciente atualize os problemas do inconsciente	Inconsciente	Paciente consciente dos seus problemas.

Diploma de formação do aleitamento materno decorrido durante uma semana do Hospital Baptista de Sousa. (Anexo 8)

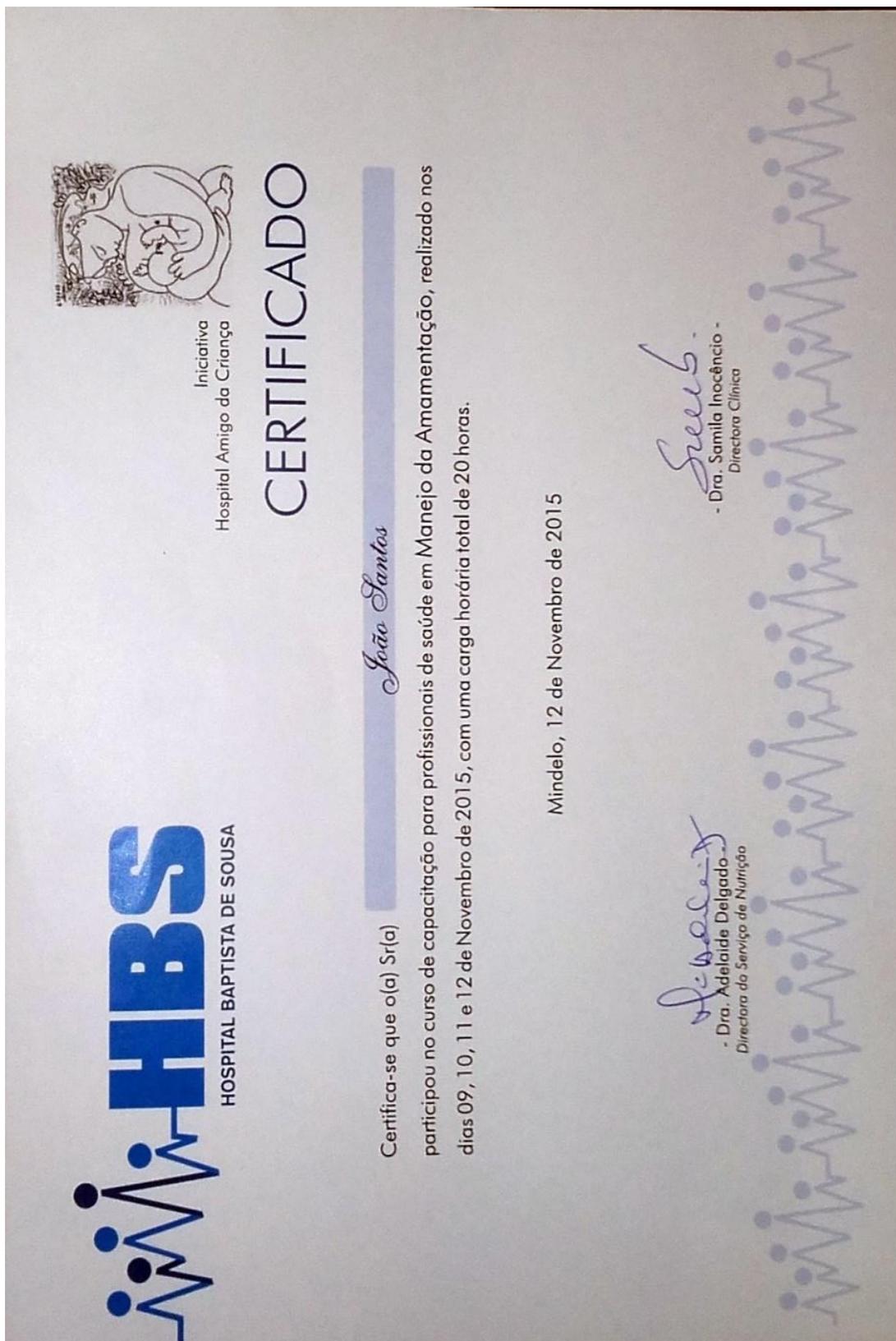


Figura elucidativa (anexo 9)



«Estamos perante seres de quem não podemos dizer, nem o que são, nem o que não são. (...)

Não se definem e, no entanto, terrivelmente, eles são.»

Henri Lefebvre