

UNIVERSIDADE
AUTÓNOMA
DE LISBOA



DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA
ESPECIALIDADE EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DE ACONSELHAMENTO
UNIVERSIDADE AUTÓNOMA DE LISBOA
“LUÍS DE CAMÕES”

**O PAPEL DA PSICOLOGIA CLÍNICA NOS SERVIÇOS: CUIDADOS
PALIATIVOS E REABILITAÇÃO EM PSIQUIATRIA**

Relatório de Estágio para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia

Autora: Andrea Claudia Lipovan

Orientador: Professor Doutor Tito Rosa Laneiro

Número da candidata: 30003495

Maio de 2021

Lisboa

Resumo

O presente relatório enquadra-se no trabalho final a ser apresentado na conclusão do Mestrado em Psicologia Clínica e do Aconselhamento, da Universidade Autónoma de Lisboa. O objetivo do presente relatório é de experienciar através da prática clínica e do aprofundamento dos conhecimentos adquiridos durante os anos letivos, assim como forma de adquirir mais competências profissionais e pessoais no decorrer do estágio curricular. Numa fase inicial decorreu um período de integração na instituição e observação do trabalho desenvolvido pelo serviço de psicologia nas diversas unidades, de forma a aperfeiçoar os conhecimentos sobre as mesmas, cooperando de forma gradual nas atividades. Posteriormente, o foco do meu trabalho passou a ser desenvolvido no contexto da unidade dos cuidados paliativos, onde a intervenção ocorreu de forma supervisionada pela psicóloga responsável e posteriormente foram realizadas duas intervenções sem supervisão presencial. A outra parte da intervenção foi realizada na unidade da reabilitação psicossocial em psiquiatria intervindo semanalmente nas reuniões comunitárias com as utentes e participando nas reuniões multidisciplinares. De forma a ser um estágio mais completo, foi também realizada uma avaliação psicológica, onde foram aplicados dois testes psicológicos, mais precisamente as Escalas de Inteligência de Weschler (WAIS III) e as Matrizes Progressivas de Raven para adultos (MPR). O presente estágio resultou em inúmeros momentos de aprendizagens e reflexões sobre o trabalho desenvolvido pelo serviço de psicologia. Assim, este relatório consiste na apresentação do trabalho desenvolvido na área da Psicologia Clínica, com recurso à literatura por forma a descrever as problemáticas existentes na instituição.

Palavras-Chave: Cuidados Paliativos; Psicologia Clínica; Reabilitação Psicossocial; Testes psicológicos; WAIS III.

Abstract

This report is part of the final work to be presented at the conclusion of the master's in clinical psychology and Counseling, from the Autonomous University of Lisbon. The purpose of this report is to experience through clinical practice and the deepening of the knowledge acquired during the academic years, as well to acquire more professional and personal skills while the curricular internship. In an initial phase, there was a period of integration in the institution and observation of the work developed by the psychology service in the different units, to improve the knowledge about them, gradually cooperating in the activities. Subsequently, the focus of my work began to be developed in the context of the palliative care unit, where the intervention took place under the supervision of the responsible psychologist and only later were two interventions without on-site supervision. The other part of the intervention was carried out in the psychosocial rehabilitation unit in psychiatry, intervening weekly in community meetings with patients and participating in multidisciplinary meetings. To be a more complete stage, a psychological assessment was also carried out, where two psychological tests were applied, more precisely Weschler's Intelligence Scales (WAIS III) and Raven's Progressive Matrices for adults (MPR). This internship resulted in innumerable moments of learning and reflections on the work developed by the psychology service. Thus, this report consists of the presentation of the work developed in Clinical Psychology, using the literature in order to describe the problems existing in the institution.

Key words: Clinical psychology; Palliative Care; Psychosocial Rehabilitation; Psychological tests; WAIS III.

Índice

Resumo	2
Abstract	3
Lista de anexos.....	8
Lista de figuras.....	9
Lista de abreviaturas	10
Introdução	11
Parte I.....	11
1. Caracterização do Local de Estágio	11
1.1. Instituição como organização	12
1.2. O papel do psicólogo na Instituição e nas equipas multidisciplinares.....	13
1.3. Problemáticas existentes na Instituição	15
1.3.1. Psicoses: Esquizofrenia.....	15
1.3.2. Psicoses	15
1.3.3. Esquizofrenia	16
1.3.4. Depressão	17
1.3.5. <i>Burnout</i>	18
1.4. Cronograma do Projeto de Estágio	18

1.5. Objetivos gerais e específicos no estágio do estágio	19
1.5.1. Objetivos Gerais no estágio	20
1.5.2. Objetivos específicos no estágio	20
Parte II. Enquadramento teórico	21
2.1. Saúde mental	21
2.2. Dados Estatísticos portugueses relativos a saúde mental	22
2.3. O papel do psicólogo clínico em contexto hospitalar	23
2.4. Psicologia comunitária.....	24
2.5. Reabilitação Psicossocial em Psiquiatria: <i>Empowerment</i> e Autonomia	24
2.6. Cuidados Paliativos: Contextualização histórica	26
2.6.1. Princípios básicos em Cuidados Paliativos.....	27
2.7. Abordagens dentro da psicologia.....	29
2.7.1. Abordagem Centrada na Pessoa (intervenção psicológica utilizada)	29
2.7.2. Importância da relação na intervenção psicológica	30
2.7.3. A tendência atualizante	31
2.7.4 Não-diretividade	31
2.7.5. As seis condições necessárias e suficientes	32
Parte III – Trabalho de Estágio	33
3.1. Trabalho de Estágio	33

3.2. Trabalho no Estágio - Avaliação Psicológica	34
3.2.1. Caso “Amélia”	34
3.2.2. Pedido	34
3.2.3. Dados biográficos	34
3.2.4. Historial Clínico.....	35
3.2.5. Estrutura e contexto familiar.....	36
3.2.6. Instrumentos Psicométricos utilizados.....	37
3.2.7. MPR – Matrizes Progressivas de Raven.....	37
3.2.7.1. Aplicação do instrumento	37
3.2.7.2. Resultados	38
3.2.8. Informação Social	38
3.2.9. Resultados qualitativos	38
3.2.10. Escalas de Inteligência de Weschler para adultos, 3ª Edição - WAIS.....	39
3.2.11. Matrizes Progressivas de Raven	40
3.2.12. SPM - Matriz progressiva de Raven Geral – Análise e Resultados.....	42
3.2.12. Análise e integração dos resultados da avaliação psicológica.	43
3.3. Discussão clínica.....	44
3.4. Reflexão sobre o caso	45
3.5. Intervenção Psicológica em Grupo	47

3.5.1. Intervenção no âmbito do serviço de Reabilitação Psicossocial.....	47
3.5.2. Objetivos gerais da intervenção	48
3.5.3. Objetivos específicos da intervenção	48
3.5.4. Reflexão sobre o caso	49
3.6. Acompanhamento psicológico individual, Caso “Fátima”	50
3.6.1. Uma Abordagem biopsicossocial da utente	51
3.6.1.1. Identificação Pessoal.....	51
3.6.1.2. Motivo da Consulta.....	51
3.6.1.3. Anamnese Biográfica e História Familiar.....	52
3.6.1.4. Fatores desenvolvimentais	52
3.6.1.5. Fatores biológicos	52
3.7. Dados de Observação.....	52
3.7.1. Aspeto físico	52
3.7.2. Compreensão do Caso.....	52
3.7.3. Reflexão sobre o Acompanhamento Individual.....	54
4. Discussão Global do Trabalho de Estágio	57
5. Conclusão.....	58
6. Referências	60

Lista de anexos

Anexo 1 – Tabela Cronograma

Anexos 2 – Modelo de avaliação clínica

Anexo 3 – Matrizes Progressivas de Raven, folha exemplo

Anexo 3.1. Folha de Respostas das Matrizes Progressivas de Raven

Anexo 4 – Caderno de respostas da Wais III

Lista de figuras

Figura 1 – Genograma da Amélia

Figura 2 – Genograma da Fátima

Lista de abreviaturas

APA - American Psychology Association

CC – Cuidados Continuados

CP – Cuidados Paliativos

DSM-V - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V)

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

OMS – Organização Mundial de Saúde

PC – Psicologia comunitária

QV – Qualidade de Vida

RP – Reabilitação Psiquiátrica

Introdução

O presente trabalho corresponde ao relatório de estágio realizado no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica e de Aconselhamento da Universidade Autónoma de Lisboa. O estágio realizou-se durante o ano letivo de 2019/2020 numa instituição ligada à área da saúde na região da grande Lisboa, prevendo-se um limite mínimo estabelecido de 400 horas durante o ano letivo.

O estágio decorreu em dois serviços, na Unidade de Cuidados Paliativos e na Unidade de Psiquiatria, mais concretamente, através da participação no Programa de Reabilitação em Psiquiatria. No serviço de Cuidados Paliativos o trabalho desenvolvido foi ao nível das intervenções individuais aos utentes internados e aos seus familiares/cuidadores. Quanto ao trabalho realizado no Programa de Reabilitação foi composto pela participação e moderação de reuniões comunitárias, bem como, desenvolvimento de intervenções e dinamizações de grupo, em função das necessidades das utentes. Foi ainda realizada uma avaliação psicológica a uma das utentes inserida no grupo acima referido.

O presente relatório encontra-se dividido em três partes. Na primeira parte é feita a caracterização da instituição, descrição das diversas problemáticas e breve abordagem sobre o papel do psicólogo na instituição. A segunda parte, destina-se à sustentação teórica sobre as diversas problemáticas existentes no local de estágio. Por fim, na última parte serão apresentadas as atividades realizadas durante o estágio e a discussão e conclusão dos casos clínicos acompanhados, assim como, uma reflexão sobre todo o trabalho realizado durante o estágio.

Parte I

1. Caracterização do Local de Estágio

O local de estágio é caracterizado como uma instituição que tem como principal função a hospitalidade e encontra-se estruturada na perspetiva humanista-cristã. Utiliza o Modelo Assistencial Hospitaleiro que engloba todos os conhecimentos de ordem científica, tendo como bases iniciais o serviço de neurologia e psiquiatria, cujos objetivos principais, era oferecer um melhor auxílio nos cuidados prestados às pessoas que se encontravam em sofrimento psicológico. Simultaneamente, era garantida importância à evolução das técnicas de especialidade, baseando-se na investigação científica e nas mais diversas áreas de saúde, (IPSS, 2019).

O trabalho desenvolvido pela instituição assenta em três pilares fundamentais Cuidar, Tratar e Reabilitar, utilizando uma visão holística da pessoa, apoiando o direito à vida promovendo a independência dos utentes. À medida que os avanços científicos e tecnológicos foram surgindo, foram criados e implementados diversos projetos e serviços de forma a conseguir chegar às necessidades dos utentes, (IPSS, 2019).

Atualmente, existem profissionais das mais diversas especialidades como a oftalmologia, estomatologia, otorrinolaringologia, ginecologia, radiologia e laboratório de análises clínicas. Estas especialidades servem como resposta de apoio aos utentes evitando assim, a deslocação para fora da instituição. Existem ainda outros projetos assentes na reabilitação psicossocial, reintegração comunitária e cooperativas de apoio social com serviços de lavandaria e apoio domiciliário. A instituição teve um grande e importante avanço na criação de unidades especializadas, nomeadamente, no tratamento e reabilitação na área das demências; cuidados paliativos; consultas externas, nomeadamente, na especialidade no apoio a luto, alterações de sono, consultas de medicina física e reabilitação destinados a pessoas com AVC'S ou traumatismos crânio-encefálicos, (IPSS, 2019).

Os serviços onde os quais a psicologia tem um papel importante é a psiquiatria, psicogeriatría, deficiência intelectual, reabilitação psicossocial e cuidados paliativos. As intervenções podem decorrer em contexto de internamento, curto, médio ou longo, de ambulatório, através da consulta externa ou através do contexto de reabilitação psicossocial. Os programas de reabilitação psicossocial visam a promoção de “*empowerment*” e qualidade de vida dos utentes que beneficiam destes programas. A instituição promove diversas respostas assistenciais nesta área, destinadas a diferentes necessidades, cujo objetivo é a promoção da autonomia dos utentes e a reintegração social, (IPSS, 2019).

1.1. Instituição como organização

A IPSS acima pode ser vista como uma organização, sendo uma entidade que trabalha com um grande número de pessoas, todas elas em relação, ”*Uma visão antropológica da organização, sendo a mesma vista como um sistema cultural ou complexo coletivo constituído de representações mentais que ligam a instancia material (estruturas económicas, sociais e técnicas, leis e normas e as vivências concretas) e a instância imaterial (subsistema simbólico constituído pelo universo das representações individuais*

e coletivas que dão sentido às ações), numa relação de estreita interdependência”, (Aktouf, 1994) citado por Boin, (2004).

Através do trabalho realizado no estágio académico conseguiu-se perceber alguns pontos a melhorar, como por exemplo, a necessidade de haver mais recursos para colmatar as carências dos utentes ao nível da psicologia, seria preciso mais profissionais desta área porque a parte burocrática com que este tipo de instituição se defronta, é despendido bastante tempo nesta prática e resulta numa menor intervenção com os utentes. Por outro lado, é uma organização que funciona de uma forma harmoniosa, onde se tenta encontrar um equilíbrio tanto para o bem-estar dos utentes como dos seus colaboradores, (IPSS, 2019). Assim, como referem os autores Lobo, (2003) citado por Brito, (2014) o conceito de clima organizacional existe em tudo o que podemos denominar de organizações, incluído a IPSS, ou seja, o papel das pessoas e a configuração existente na interação das mesmas leva à chamada clima organizacional, que por sua vez pode sofrer certas alterações, como por exemplo a forma como as pessoas percebem as diversas situações que vão surgindo assim como os próprios comportamentos.

Portanto o papel que os psicólogos desenvolvem nas organizações, depende muitas vezes das necessidades dos utentes, ou seja, o trabalho é adaptado às características das pessoas em causa, (Martín-Baró, 1997), neste caso em particular, sendo uma instituição com fins de saúde mental, o trabalho desenvolvido tem uma estrutura inicialmente definida, e.g. consultas individuais com os utentes, reuniões comunitárias com os grupos, participação em equipas multidisciplinares, realização de burocracias relativamente ao trabalho realizado, assim como outras situações que surgem e onde é preciso o conhecimento psicológico, (IPSS, 2019).

1.2. O papel do psicólogo na Instituição e nas equipas multidisciplinares

O psicólogo clínico surgiu como uma necessidade para outra alternativa ao modelo biomédico utilizado, focado no estudo da mente e dos comportamentos, mas também no sofrimento humano e na explicação de fenómenos ligados à parte psicológica.

A instituição conta com a presença de cinco psicólogas, que se encontram nas diferentes áreas de intervenção. Nomeadamente, unidade de psiquiatria, através de programas de reabilitação psicossocial, intervenções individuais e grupais; unidade de cuidados paliativos através de intervenções individuais com os utentes internados e/ou em família, acompanhando também ao nível da intervenção no luto, com os familiares;

unidade de reabilitação física, através de intervenções individuais e em grupo com utentes internados para recuperação física e psicológica após acidentes, AVC'S, enfartes e outras patologias físicas que limitam as pessoas serem autónomas e provocam sofrimento psicológico; unidade de deficiência intelectual, com a realização de intervenções individuais e de grupo; unidade de neuropsicologia através de avaliações neuropsicológicas para a posterior criação de programas de estimulação cognitiva, realizadas em grupo, tanto para utentes internados que ainda possam beneficiar destes treinos, assim como, para utentes da comunidade que apresentem alguns défices cognitivos ou como formas de prevenção da deterioração cognitiva.

A psicóloga responsável pelo departamento de psicologia, também acompanhava a Unidade de Psiquiatria, através de um Programa de Reabilitação Psicossocial, intervenções individuais e reuniões comunitárias.

Outra profissional atua tanto em Cuidados Paliativos através de intervenções individuais com os utentes internados e/ou em família, acompanhando também ao nível da intervenção no luto, com os familiares. Bem como, numa Unidade de Reabilitação Física realizando também intervenções individuais e em grupo com utentes internados para recuperação física e psicológica após acidentes, AVC'S, enfartes e outras patologias físicas que limitam as pessoas serem autónomas e provocam sofrimento psicológico.

Na unidade de Deficiência Intelectual a psicóloga adjudicada realiza intervenções individuais e grupais.

Na unidade de Neuropsicologia o papel da psicóloga passa por realizar avaliações neuropsicológicas para que posteriormente possa criar programas de estimulação cognitiva, realizadas em grupo, tanto para utentes internados que ainda possam beneficiar destes treinos, assim como para os utentes da comunidade que apresentam alguns défices cognitivos ou como formas de prevenção da deterioração cognitiva. As psicólogas realizam ainda consultas externas, nas suas diferentes áreas de especialização, (IPSS, 2019).

Como se pode observar existem estudos que mostram a importância do psicólogo nas equipas interdisciplinares, um desses artigos, como o dos autores Tavares et al., (2012) salienta a importância do acompanhamento realizado por vários profissionais de saúde a pessoa doente e/ou internada, mas também é de grande importância na intervenção com as crianças, (Fonseca, 1998), ou seja, o tratamento é visto pelas várias especialidades, de forma que seja ajustado às necessidades das pessoas, transformando-se num atendimento

mais humano possível, mas infelizmente apenas instituições que possuam diversos recursos para tal, tanto financeiros como profissionais das mais diversas áreas.

O psicólogo acaba por ser um elemento fundamental nas equipas, porque através dos seus conhecimentos sobre a mente e o comportamento humano, tanto pode servir de moderador na comunicação da própria equipa, como leva os outros profissionais a entenderem o doente do ponto de vista psicológico, ou seja, como certos pensamentos podem influenciar o comportamento e não só, mostrando a parte subjetiva, assim como a importância da cultura e da parte social da vida das pessoas, (Tavares et al., 2012).

O psicólogo nesta instituição tem um papel igualmente importante como outros profissionais, sendo inserido em todas as equipas multidisciplinares das unidades de saúde, levando a que as suas contribuições a partir da ciência psicológica, seja uma mais-valia, ou seja, é fundamental na área da saúde mental e não apenas, existir psicólogos para poder entender o utente de forma holística, com a contribuição de todos os profissionais de saúde.

1.3. Problemáticas existentes na Instituição

Na presente instituição podem-se encontrar diversas problemáticas tais como a perturbação esquizofrénica, perturbação depressiva, perturbação bipolar e dificuldades cognitivas associadas ao envelhecimento e a quadros demenciais. Para além das doenças de foro mental, estão presentes doenças ao nível da saúde física, que são apoiadas pela área da reabilitação física, onde os utentes recuperam depois de AVC'S ou acidentes que causam sequelas físicas, (IPSS, 2019).

1.3.1. Psicoses: Esquizofrenia

1.3.2. Psicoses

Para que haja um melhor entendimento sobre o que é uma psicose, é necessário perceber que a psicose se encontra num polo oposto da neurose, ou seja, na neurose a noção do *Eu*, recalca os instintos mantendo longe da consciência algo que possa ser considerado angustiante e doloroso (Silva, 2016). Nas psicoses a noção de *Eu* altera a percepção da realidade, ou seja, existe uma falha nos mecanismos de defesa, que por consequência cria um desequilíbrio na instância de *Eu*, (Vieira et. al., 2010).

Os autores Vieira et. al., (2010) dividem as psicoses em dois tipos, as psicoses orgânicas que surgem de irregularidades de ordem física, podendo ter como consequências perturbações do comportamento e/ou psicológicas como por exemplo as demências. A outra tipologia de psicose é designada de psicose funcional, ou seja, tem origem num conjunto diverso de fatores genéticos e ambientais como a esquizofrenia.

1.3.3. Esquizofrenia

Segundo os autores Nascimento et al., (2015), a esquizofrenia é designada como uma doença de foro mental com implicações na personalidade, com faltas da noção entre a realidade e o imaginário, ou seja, desencadeia grandes alterações na forma de pensar, sentir, perceber, igualmente tem implicações no domínio das emoções e do comportamento. Uma outra definição pode ser baseada na investigação do autor Santos et al., (2014), onde esta perturbação é vista como uma junção de défices a nível cognitivo e emocional, englobando a forma de perceber, o comportamento, os sentimentos e o desejo existindo igualmente alterações a nível comunicacional.

O surgimento desta perturbação aparece ocorre na adolescência e no começo da idade adulta. A literatura revela que fatores genéticos podem estar associados ao desenvolvimento da esquizofrenia, parto com complicações, infeções virais, nascimento prematuro; também os fatores ambientais, como utilização frequente de substâncias como o *cannabis*; e fatores sociais como o desemprego pode contribuir e influenciar de forma tardia o desenvolvimento desta perturbação, (Nascimento et. al., 2015).

Outro estudo na área da Esquizofrenia dos autores Santos et. al., (2014), mostra que uma outra forma de entender esta patologia, é através das mudanças ao nível orgânico, psíquico e cognitivo, e tem implicações diretas na forma de comunicação, elas podem ser implicadas nas quatro tipologias do processamento da comunicação como o discursivo, pragmático, léxicosemântico e prosódico.

Algumas consequências vistas através da falta de coerência no discurso, conteúdo informativo pobre, dificuldade em entender metáforas, forma como as palavras são produzidas e compreendidas também existe a possibilidade de estarem modificadas. E no último tipo de processamento, existe uma capacidade fraca em criar e perceber as tonalidades emocionais nos discursos, (Santos et. al., 2014).

O tratamento da esquizofrenia passa pela utilização de psicofármacos de forma contínua, acompanhamento e intervenção psicológica, bem como, através da participação em programas desenvolvidos para a reabilitação psicossocial, (Nascimento et al., 2015).

1.3.4. Depressão

A depressão é considerada uma perturbação grave de humor, podendo ocorrer em qualquer idade, contudo, a prevalência é mais elevada em jovens e idosos. A sua origem vem sido atribuída a diversos fatores, nomeadamente, genéticos, ambientais, psicológicos e bioquímicos, (Lafer et. al., 2000).

Segundo Porto et. al., (2002) um dado importante na depressão é o facto de poder existir características de outra perturbação que podem ter implicações do ponto de vista cognitivo, ou seja, se para além da depressão a pessoa também tiver existência de características psicóticas, podem surgir dificuldades associadas do pensamento e também em termos de sintomatologia depressiva, está apresenta-se mais problemática e evidente.

A perturbação depressiva é caracterizada por um conjunto de sintomas, emocionais, cognitivos, motivacionais e físicos que tem implicações no dia-a-dia da pessoa. Contudo existem diferenças em termos de sintomatologia quando comparada entre géneros. No sexo feminino, os sintomas são caracterizados como diminuição do prazer e mudanças repentinas de comportamento, enquanto o género masculino é menos propenso em fazer referência a sintomatologia como anedonia, (Aros et al., 2009).

A perturbação depressiva pode ser dividida em dois tipos, a depressão com início precoce e com início tardio. A depressão com início precoce, ocorre na idade adulta e tem por base fatores genéticos que estão presentes nos familiares e podem também apresentar comorbilidade com perturbações da personalidade. Já a perturbação depressiva com início tardio, surge nos idosos e parece ter impacto por um lado no aparecimento de doenças vasculares ou por outro lado a depressão tardia pode levar a défices na função executiva ou mesmo a desenvolver demências mais tarde, (Fiske, Wetherell, & Gatz, 2009).

Após a aplicação da Escala da Depressão Geriátrica, a investigação mostra que existe a variável solidão que leva a um aumento da sintomatologia depressiva nos idosos, (Alpass & Neville, 2003).

1.3.5. *Burnout*

Dentro das problemáticas da instituição também é de salientar a importância de saúde dos próprios profissionais, já que existe muita literatura recente que salienta o facto de os profissionais que trabalham com grande stress podem sofrer de *Burnout*, que se traduz a partir das respostas emocionais surgidas a partir de fontes desencadeiam stress podendo ser prejudicial para os profissionais de saúde, (Ferrari, et al., 2012).

Como referem os autores Santos, et al., (2010), estes profissionais lidam com diversos tipos de sofrimento, desde físico, psicológico e social leva a uma sobrecarga e pode prejudicar a sua própria saúde e por sua vez as suas competências. Maslach, Schaufeli & Leiter, (2001) citado por Santos, et al., (2010) definiram o *burnout* em três formas, exaustão de ponto de vista emocional, mudanças de comportamentos em relação ao emprego e aos colegas e através de falta de confiança nas competências profissionais, juntando para além disso um elevado número de horas trabalhadas e realização de turnos variados. Entre os fatores causadores do Síndrome de *Burnout* se podem enumerar a dor, a morte, pouco apoio social, falta de autocuidado, demasiadas horas trabalhadas, falta de sentimentos de autorrealização e críticas na realização das funções.

1.4. Cronograma do Projeto de Estágio

Acolhimento dos estagiários – O serviço de psicologia e a direção da instituição preparam reuniões que têm como finalidade o acolhimento de estagiários das diversas áreas, no âmbito de saúde, onde se dá a conhecer a instituição, o modelo de base utilizado e os respetivos serviços e profissionais existentes nas equipas.

Conferências – À medida que surgem eventos formativos relacionados com a saúde mental, os estagiários são convidados a participar, de forma a aumentar o conhecimento.

Reflexões diárias – Diariamente, após momentos de observação e futura intervenção, o estagiário deverá refletir sobre os momentos, servindo como forma de melhoria e desenvolvimento das suas aprendizagens, podendo surgir dúvidas, dilemas, frustrações e dificuldades discutidas em supervisão nas reuniões do serviço de psicologia, reuniões com as orientadoras do local de estágio sobre o trabalho realizado individualmente na instituição e também as mesmas situações discutidas com o orientador responsável pelo aluno, por parte da Universidade.

Períodos de observação – Inicialmente os estagiários passam por um período de observação que tem como objetivo apresentação de alguns serviços e equipas onde a psicologia está inserida, de forma a se poderem familiarizar com os mesmos.

Reuniões quinzenais do Serviço de Psicologia – O serviço de psicologia da instituição marca uma reunião com os estagiários de psicologia quinzenalmente, servindo como espaço para questões, apoio e supervisão dos alunos acolhidos, marcação de horários e reflexões pessoais.

Reuniões comunitárias com as utentes – A estagiária ficou responsável por acompanhar um grupo de utentes no âmbito da Reabilitação Psicossocial, utentes que são inseridas numa residência na comunidade. Assim, o acompanhamento será realizado semanalmente através de uma reunião comunitária. Numa primeira fase será importante o estabelecimento da relação terapêutica. Numa segunda fase serão trabalhados aspetos que sejam identificados como áreas de dificuldade do grupo específico em simultâneo com os aspetos gerais de intervenção em reabilitação: autonomia, “*empowerment*”, relacionamentos interpessoais, socialização e competências funcionais relacionado com o contexto em que se encontram (habitacional).

Pesquisas bibliográficas – É necessário que existam momentos de pesquisa e leitura de investigação científica, de forma a aprofundar temáticas como o papel do psicólogo na reabilitação em psiquiatria e nos cuidados paliativos para um melhor entendimento de conceitos e para a realização do relatório de estágio.

Reuniões de equipa nas diversas unidades/serviços - Nestas reuniões, os profissionais de saúde fazem uma contextualização do modo de funcionamento e organização da unidade/serviço e o estagiário integra as reuniões de equipa nas áreas onde está a intervir.

1.5. Objetivos gerais e específicos no estágio do estágio

O estágio teve como objetivo permitir um contacto direto com a prática profissional do psicólogo clínico nas seguintes atividades, observação (período de pesquisas e novas aprendizagens), acompanhamento e avaliação psicológica, momento esse onde foram aplicados e melhorados todos os conhecimentos adquiridos durante o curso.

Um outro objetivo da Psicologia Clínica tem foco na análise, avaliação e diagnóstico de problemáticas de qualquer origem que podem desencadear sofrimento psicológico, (Brito, 2008).

1.5.1. Objetivos Gerais no estágio

Foi solicitado ao aluno aplicar num contexto real da prática de um psicólogo, conhecimentos adquiridos durante a formação académica de mestrado, será fundamental começar a desenvolver aptidões na resolução de problemas surgidos, aprender formas de trabalhar aptas e responsáveis, dignas de uma profissão que irá representar em diante, do ponto de vista da técnica, com bases na investigação científica, no código de ética e valorizando o respeito pela vida do ser humano, o direito a tratamento por todos os doentes sem exclusão, humanização nos cuidados e com uma visão integral sobre os utentes.

Essa prática supervisionada inclui outros deveres face à instituição em causa e no exercer da profissão, sendo discriminados na seguinte ordem: Cumprir estritamente o Código de Ética e deontologia da OPP (Ordem dos Psicólogos Portugueses) e o próprio código da Instituição que acolheu o estagiário, ter o devido acompanhamento e orientação no local de estágio pelo orientador e também ser orientado por um responsável da Universidade, sendo psicólogo exercendo as suas funções, no mínimo há 5 anos e pertencendo à OPP como membro efetivo. Tendo em conta que o trabalho desenvolvido não será autónomo, mas supervisionado, é importante que haja pelo menos 1h/semana, reunião com o orientador do local de estágio.

1.5.2. Objetivos específicos no estágio

1. Conhecer e entender o modelo de base da própria instituição
2. Fazer pesquisas sobre o trabalho desenvolvido no serviço de Reabilitação em Psiquiatria de forma a poder atender às necessidades dos utentes, nomeadamente através da planificação da intervenção em contexto de grupo, assumindo o modelo de “Reunião comunitária”, dirigido as utentes tais como: partilha de sentimentos ou acontecimentos significativos para o utente, intervenção no âmbito do relacionamento interpessoal (comunicação assertiva, interajuda, coesão grupal), estimulação da autonomia e “*empowerment*”, promovendo melhor integração social e qualidade de vida.

3. Investir na leitura sobre o serviço de Cuidados Paliativos e no papel do psicólogo na equipa interdisciplinar, mais precisamente em dar resposta à necessidade emocional das equipas, dos familiares e dos utentes.
4. Respeitar a forma de intervenção dos Cuidados Paliativos, como o trabalho em equipa, a comunicação e o controlo de sintomas, intervenção no luto antecipatório e no luto preparatório.
5. Criar uma relação de empatia e proximidade com os utentes, de forma a conseguir chegar perto dos mesmos para tentar perceber as suas necessidades e encontrar a melhor forma de o fazer.

1.5.3. Competências pessoais, profissionais e técnicas

1. Desenvolvimento de competências relacionais e comunicacionais, nos dois serviços, nomeadamente Reabilitação em Psiquiatria e Cuidados Paliativos
2. Desenvolvimento do conhecimento sobre as características próprias da população alvo.
3. Desenvolvimento de técnicas no que refere ao processo de perda e luto
4. Respeito pelas diferenças e valores de cada ser humano.
5. Afinação e consolidação de conhecimentos novos e competências profissionais, no primeiro momento através de observação, posteriormente através do domínio das técnicas de entrevista, na aplicação e cotação de instrumentos psicométricos.
6. Respeito pela assiduidade e pontualidade, obrigação de ter especial cuidado com as próprias instalações e materiais utilizados que pertencem a instituição.

Parte II. Enquadramento teórico

2.1. Saúde mental

Sant'Anna et al., (2006) define a doença mental como uma forma de sofrimento psíquico, como um desequilíbrio da personalidade que também vai afetar as relações com os outros. As distintas abordagens psicológicas podem relacionar esses desequilíbrios a diversos fatores, desde a parte social, as inter-relações até a forma como a vida é experienciada.

Para OMS (2002) o termo de saúde mental é mais do que a falta de patologia mental, pode ser entendida como uma combinação entre o plano psicológico, social e

físico, onde estão incluídos um conjunto de fatores como a autonomia, utilização do potencial máximo de inteligência, aptidões, percepção das potencialidades e gestão das emoções. Uma outra forma de olhar para a saúde mental é a do autor Amarante (2007) onde explica que este tema não é fácil de definir devido a sua complexidade, e que com a definição da OMS tem em comum uma panóplia de ciências que o englobam, começando com a psiquiatria, passando por fisiologia, filosofia, antropologia, sociologia, psicologia e até a história e geografia. Este conjunto de ciências estão digamos, a contribuir para a saúde mental.

Uma mudança que se refletiu sobre a saúde mental teve início na segunda metade do sec. XX, onde um dos papéis importantes foi o aparecimento dos psicofármacos, ou seja, a medicação com maior impacto foram os neurolépticos e medicamentos para depressão. Um outro papel fundamental teve o aumento da intervenção a nível psicológico e social. Outro fator que teve impacto nesta mudança foi o surgimento dos movimentos humanos sob a alçada da O.N.U. (Organização das Nações Unidas). E por último, mas não menos importante, a inclusão de saúde mental no conceito de saúde da OMS (Organização Mundial de Saúde), (OMS, 2002).

Portanto todos estes três fatores juntos, mas de uma forma individual contribuíram para ver além dos internamentos das pessoas com doença mental e inseri-las em programas mais dignas e humanas desenvolvidas na comunidade, (OMS, 2002).

2.2. Dados Estatísticos portugueses relativos a saúde mental

De acordo com Dahlgren e Whitehead (1991), variáveis tidas em conta como básicas de saúde em Portugal são a educação, as relações e redes sociais, o “*empowerment*”, justiça social, respeito pelos direitos humanos e equidade, que podem ter implicações ao nível das doenças físicas e psicológicas, (Ministério da Saúde, 2018).

Em Portugal, os dados mais recentes demonstram uma subida a nível da esperança média de vida para 80 anos, sendo o país com valores mais elevados quando comparado com a União Europeia. Os dados obtidos revelam que uma percentagem de 21% da população portuguesa tem acima dos 65 anos e apenas 14%, tem idade inferiores a 15 anos, estes dados são fatores de preocupação, já que desde 2007 a média existente era de ($m = 1.35$), houve uma descida no número de crianças nascidas por cada mulher em Portugal, e em 2013 a média era de ($m = 1.21$), contudo no ano 2016 houve uma ligeira subida ($m = 1.36$). É importante salientar uma subida do nível de esperança media da vida

para 80 anos, o Portugal é o país com o valor mais elevado, dentro da Europa, (Ministério da Saúde, 2018).

O envelhecimento da população poderá desencadear algumas consequências da área de saúde mental e igualmente uma preocupação em assegurar uma boa qualidade de vida (QV) a estes utentes, porque longevidade poderá não ser sinónimo de qualidade. A Direção Geral de Saúde tem alguns objetivos para combater fatores de risco a nível da saúde física, tais como, o registo das doenças de foro mental numa proporção de mais de 25%; diminuir a utilização de psicofármacos nos habitantes; criar 1500 lugares para adultos e 500 para crianças no âmbito da saúde mental e por último ampliar em proporção de 30% o trabalho realizado tanto na prevenção de patologias mentais, assim como no aumento da saúde mental. Ter em conta apenas a parte física certamente não será suficiente e poderá contar igualmente com a ajuda da prevenção e intervenção pelos psicólogos nas mais diversas áreas, abrangendo tanto a parte psicológica como a física, (Ministério da Saúde, 2018).

2.3. O papel do psicólogo clínico em contexto hospitalar

Neste tipo de instituições, o trabalho realizado pelos psicólogos nunca é um trabalho solitário, pelo contrário, conforme afirmam Vasconcelos (2000) citado por Sant'Anna et al., (2006), estes profissionais estão integrados em equipas multidisciplinares ao lado de profissionais de outras áreas como médicos, assistentes sociais entre outros. Os autores concluem que um fator que tem implicação no papel desempenhado pelos psicólogos é a importância da continuação da formação constante em psicologia acompanhada com o surgindo de novas legislações nesta área, (Vasconcelos, 2000; citado por Sant'Anna et al., 2006).

Inicialmente o papel do psicólogo cingia-se apenas ao desenvolvimento de psicodiagnósticos, cujo foco era a problemática da pessoa, limitada à criação de outras intervenções, como diagnósticos de doença de foro mental, sendo ainda impensável a participação de um psicólogo em equipas multidisciplinares, (Cantarelli, Silva., 2009). Percebeu-se a importância de haver um acompanhamento neste sentido, já que dentro do âmbito da doença, existe o envolvimento de questões psicológicas, como emoções, pensamentos, comportamentos, estilos de vida; e diferentes formas de encarar a doença, (Cantarelli, Silva., 2009).

Neste sentido, a psicologia hospitalar é contrária à ideia inicial do papel do psicólogo em hospitais, não se focando-se na doença, mas sim no impacto que a doença

tem na vida da pessoa. Neste contexto, o psicólogo tem um papel ativo, desde a forma de comunicar com as pessoas como no apoio dado na regulação do sistema familiar com a pessoa doente, em momentos de crise, (Cantarelli, Silva., 2009). O trabalho é realizado também através da escuta ativa, que ajuda a pessoa a entender a doença e o tratamento, como também perceber de uma forma mais clara os seus sentimentos e emoções surgidas deste processo, intervenção na coesão da família que muitas vezes fica afetada durante uma doença, (Cantarelli, Silva., 2009).

O psicólogo tem um papel ativo em diferentes frentes, desde o cliente, a família e as equipas multidisciplinares das quais faz parte. Por outro lado, um dos seus objetivos é de reduzir sentimentos de desconforto associado a doença e ao tempo passado dentro do hospital, (Vieira, 2011).

2.4. Psicologia comunitária

Segundo Araújo Gomes (1999), a Psicologia Comunitária (PC) teve início dos anos 60 devido ao surgimento de novas problemáticas sociais que naqueles momentos não conseguiam dar resposta as novas necessidades humanas. A Lei dos Centros de Saúde Mental Comunitários inicia-se a insistências do Presidente americano Keneddy, que em 1963 propõe a reintegração das pessoas com Doença Mental na sociedade.

Esta Lei foca a necessidade de desenvolver programas para a prevenção e desmistificar o conceito de saúde mental, afirma o autor Ornelas (1997). Uma possível definição da PC é vista como um olhar da psicologia que procura criar e utilizar ferramentas psicológicas que são importantes para que haja um aumento da QV dentro das comunidades, (Ornelas,1997).

2.5. Reabilitação Psicossocial em Psiquiatria: *Empowerment* e Autonomia

Existem programas específicos de Reabilitação Psicossocial, que visam a promoção de “*empowerment*” e qualidade de vida dos utentes que beneficiam destes programas.

Os programas são desenvolvidos na reabilitação em psiquiatria e na reabilitação na deficiência intelectual, tendo incluídos grupos de utentes internados das diferentes unidades acima referidas. A instituição promove diversas respostas assistenciais nesta área destinadas a diferentes necessidades, existindo Programas de Reabilitação na comunidade

e dentro da própria instituição. Sendo que o objetivo é sempre promover o máximo de autonomia e de reintegração social, (IPSS, 2019).

Um dos programas de reabilitação psicossocial em psiquiatria, dos acima referidos foi desenvolvido pela própria instituição, para pessoas com diagnósticos de psiquiátrica grave, na sua maioria psicoses com uma vertente mais habitacional, com a idade máxima de inclusão de 65 anos. Alguns dos objetivos propostos são a prevenção da institucionalização, promoção da autonomia, melhorando o funcionamento integral dos utentes pelo auxílio e facilitação sociocomunitária, aumentando assim, a qualidade de vida destas pessoas minimizando o estigma associado à doença mental, (IPSS, 2019).

Segundo Desviat (1999), em 1940 nos Estados Unidos da América surgiu o conceito de reabilitação psicossocial através de grupos de pessoas que tinham estado internadas em Psiquiatria, sendo ajudados por parte de um grupo social, denominado de Fountain House. Evoluindo através de programas, cujo objetivo passavam por oferecer responsabilidade ou trabalho com segurança, ateliês com supervisão e residências, para poderem viver, citado por Guerra (2004).

O modelo que está na base da Reabilitação em Psiquiatria foi criado pelo professor Doutor Wiliam Anthony, no Centro com fins de Reabilitação em Psiquiatria, programa financiado pelo Governo Federal no Brasil.

Segundo Unger (1990), partindo do programa acima referido, houve a criação de diversos programas de reabilitação, existindo muitas semelhanças entre os mesmos, sendo adequados tanto para as pessoas que sofrem de doença mental, como para as pessoas que sofrem de doenças físicas, ou seja, os dois grupos necessitam de equipas multidisciplinares que os possa auxiliar da melhor forma e para além das doenças propriamente ditas, também tem dificuldades em se manter autónomos nas suas funcionalidades diárias tendo em conta que estão longos períodos ausentes das suas famílias, estando internados.

A ideia que está na base da reabilitação física vai também direcionar a reabilitação em psiquiatria, ou seja, as pessoas com doença podem ganhar competências e com o devido apoio conseguem ter uma vida mais bem-adaptada ao meio onde quiserem viver, (Unger, 1990).

Baseado na junção de componentes do modelo em psicoterapia, ou seja, a importância de a pessoa estar implicada no seu processo de reabilitação, conseguir ter uma boa relação terapêutica e como é fundamental aprender e aplicar os objetivos propostos e do modelo da reabilitação física. Outra semelhança da reabilitação física com a

reabilitação em psiquiatria está baseada em diagnosticar e aumentar as competências das pessoas. Os ganhos da reabilitação se podem atribuir a essas competências das pessoas, porque em vez de focar os sintomas e ver o todo da pessoa como uma doença, desconstruindo essa ideologia, focar as habilidades existentes nos diversos níveis, físicos, emocionais e intelectuais, (Unger, 1990).

Desta forma, estes modelos de Reabilitação em Psiquiatria foca um objetivo importante da reabilitação física, ou seja, os indivíduos que sofrem com algum tipo de perturbação mental necessitam de ganhar competências e suporte para ganharem autonomia e formas de funcionamento em comunidade, onde por sua escolha se vão inserir para viver e trabalhar, (Unger, 1990).

Enquanto, que, o modelo da psicoterapia, os fundamentos utilizados pela Reabilitação em Psiquiatria, passam pela importância oferecida na implicação do indivíduo neste processo todo e o ênfase dado ao aspeto relacional com o profissional de saúde, (Unger, 1990).

2.6. Cuidados Paliativos: Contextualização histórica

Este conceito surge inicialmente pela Cicely Saunders, fundadora de um “Hospício” de Londres e no decurso do sec. XX acabou por se expandir pela Europa. O objetivo é de aumentar a qualidade de vida (QV) das pessoas que sofriam de cancro, (Beauchamp & Childress, 2002).

Posteriormente este conceito alargou-se a outras doenças que seriam consideradas incuráveis e que acabavam por levar a morte, principalmente nos mais jovens que estavam diagnosticados com Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA). Uma das necessidades deste conceito foi alargado a outros domínios pelo facto de o ser humano viver cada vez mais, levando a que exista mais possibilidades de desenvolver doenças crónicas e sem cura, (Chaves et al., 2011).

Na década de 50 começou a haver uma mudança na visão sobre o conceito de cuidados paliativos (CP). Percebeu-se que em vez de focar os aspetos negativos da doença, a incapacidade de se pensar que não se poder fazer nada porque o fim não se pode alterar, surgiram estudos científicos na área permitindo perceber a forma de apoiar estas pessoas.

Segundo Twycroos (2002), os CP assentam em 4 pilares fundamentais e nos quais se baseia todo o processo, começando por controlar os sintomas existentes, formas

eficientes e apropriadas de comunicação, suporte oferecido aos familiares do doente e o trabalho em equipas multidisciplinares.

2.6.1. Princípios básicos em Cuidados Paliativos

Os Cuidados Paliativos regem-se através de nove princípios que servem como apoio para que a equipa interdisciplinar possa intervir. O primeiro princípio é baseado no alívio da dor e de outros sintomas associados, os profissionais de saúde necessitam ter conhecimentos fundamentais sobre farmacologia e terapêuticas não farmacológicas, (APCP, 2016).

O segundo princípio defende a vida e vê a morte como um processo normal da vida, onde através destes cuidados, se oferece um olhar aceitante e natural sobre o fim da vida e contribui para uma melhor qualidade, (Gonçalves, 2018); (Carvalho, Parsons, 2012). O terceiro princípio assenta no facto da morte não ser adiada nem acelerada, (Melo, Valero, & Menezes, 2013), ou seja, a importância de um diagnóstico fundamentado, percebendo-se como surgiu a doença, e a existência de uma relação terapêutica acolhedora, proativa e atenciosa com os utentes e os seus familiares, (Carvalho, Parsons, 2012). O quarto princípio está baseado na integração da parte psicológica, social e espiritual na intervenção em CP, (Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (CNCP), 2016).

No processo de doença, é importante ter em conta estes aspetos, nomeadamente existem fases nas quais a pessoa, além de sofrer de uma doença grave que ameaça a sua vida, existem outras consequências, como a depressão, angústia e desesperança que são desencadeadas pelas perdas consecutivas de alguns domínios da vida da pessoa, e todos estes fatores tem influência no decurso da doença, na intensidade e duração dos sintomas existentes, (Carvalho; Parsons, 2012).

O aspeto espiritual é igualmente importante, sendo que do Ser Humano faz parte a sua essência, cultura, crenças e valores, (Carvalho; Parsons, 2012). O quinto princípio dá enfoque ao suporte que oferece a pessoa a medida do possível uma vida ativa até ao seu fim, ou seja, a equipa que esta responsável pelo cuidado da pessoa, ser facilitadora neste processo, diminuindo as inquietações e dificuldades existentes ao nível de gestão de recursos ou a falta deles, (Carvalho; Parsons, 2012).

O princípio seis foca a necessidade de dispor o apoio da equipa à família e preparar para o processo de luto. Todas as pessoas que fazem parte da vida do doente, são importantes neste processo, pelo que será uma mais valia poder-se beneficiar deste apoio,

estas pessoas tem uma visão sobre a pessoa diferente da equipa, podendo ter implicações positivas na forma de intervir com o mesmo, mas também será da responsabilidade dos profissionais apoiar-lhos de igual forma, (Carvalho; Parsons, 2012).

O sétimo princípio, acaba por ser uma continuação do anterior, salientando a necessidade de auxílio para as necessidades dos familiares no decorrer da doença e posteriormente, no processo de luto. Para se poder intervir da forma mais eficaz e completa, é preciso ter em conta todos os aspetos da vida da pessoa, incluindo as dimensões acima abordadas, (Carvalho; Parsons, 2012).

Obviamente tem de se ter como preocupação, o desejo do doente e a sua escolha. Na descrição do penúltimo princípio aparece como objetivo a melhoria da qualidade de vida e bemestar do doente, impactando de forma positiva o decorrer da doença existente, atuar de uma forma eficaz no controlo dos sintomas, respeitando as suas decisões, dar devida atenção suas necessidades. O último princípio, enfatiza a importância de dar este apoio o mais cedo possível, ou seja, em simultaneidade das intervenções que visam o prolongar da vida, tentando minimizar ao máximo os fatores negativos considerados potenciadores ao agravamento da doença, (Carvalho; Parsons, 2012).

Dados fornecidos pela World Health Organization, (2002) descrevem os CP como uma resposta que tem como intuito aumentar a qualidade de vida das pessoas que sofrem de doenças crónicas e incuráveis e do sistema familiar, que por sua vez fica frágil e precisa de apoio. O propósito destes cuidados está focado na prevenção e diminuição do sofrimento de todos os elementos envolvidos, desde doentes e familiares, como acima referido, já que uma doença crónica pode destabilizar mais domínios da vida das pessoas, como a psicológica, psicossocial e espiritual. As equipas multidisciplinares são formadas por médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e assistentes espirituais que trabalham em conjunto para dar assistência as pessoas, dentro deste âmbito e cuidados.

Os Cuidados Paliativos podem ser realizados de diversas formas, desde o acompanhamento ao domicílio, em instituições com fins de saúde mental e nos centros hospitalares, (Ferreira et. al., 2012). Uma informação importante relativamente a estes serviços, é o facto de os cuidados paliativos não se restringirem apenas ao fim da vida, ou seja, ainda enquanto a pessoa está com uma doença terminal o apoio também está dirigido para a família e há todo um trabalho a ser realizado na preparação do luto. Depois de a pessoa falecer, este apoio continua com os familiares, se estes assim o desejarem, (Ferreira et. al., 2012).

Na unidade de cuidados paliativos da instituição onde foi realizado o estágio, os utentes que se encontravam internados na unidade especializada neste serviço, enquanto os pacientes foram assistidos podiam ir visitar a sua casa ou se a doença se encontrava estável podiam escolher em receber os cuidados lá, informação confirmada pelos autores, (Ferreira et. al., 2012), tendo como condição como referido acima, o estado de saúde da pessoa, assim como a disponibilidade da equipa dos profissionais de saúde, (IPSS, 2019).

Um outro aspeto que foca a importância dos Cuidados Paliativos na sociedade portuguesa, refere-se ao facto de Portugal ser considerado o quarto país com mais percentagem de população idosa, que por sua vez traz algumas consequências naturais como as doenças degenerativas associadas muitas vezes as doenças terminais, (INE, 2002).

Os dados fornecidos pelo INE (2002) mostram que população a partir dos 75 anos, teve um aumento dos 2,7% até 6,7%, valores apresentados entre os anos 1960 e 2000, onde as pessoas acima dos 85 anos também apresentavam um aumento, dos 0,4% até 1,5%. A variável género também salientou que o género feminino (93,4%) apresenta maior taxa de envelhecimento em comparação com o género masculino (72,4%). Segundo a Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (2016), existe um total de 14 unidades a nível nacional dando assistência em cuidados paliativos a um conjunto de pessoas (n) que se subdividem pela zona Norte (n = 262), Lisboa e Vale de Tejo (n = 1099), Alentejo (n = 129). No Centro e o Algarve o número de pessoas assistidas é nulo (n = 0).

2.7. Abordagens dentro da psicologia

O acompanhamento psicológico e a avaliação psicológica são atos realizados apenas por profissionais da Psicologia, que por sua vez, tem estudos prévios que os prepara para a prática psicológica. Dentro desta área existem diversas abordagens utilizados desde a Abordagem Psicodinâmica, Abordagem Cognitivo-Comportamental e a Abordagem Centrada na Pessoa que faz parte da corrente Humanista com o mesmo fim, atuar para aliviar o sofrimento humano.

2.7.1. Abordagem Centrada na Pessoa (intervenção psicológica utilizada)

A Abordagem Centrada na Pessoa surgiu nos anos 30-40, onde o autor Carl Rogers inseriu no contexto psicológico a teoria denominada de Terapia Centrada no Cliente. Surgiu como consequência de uma dedução que fez de um caso que acompanhou, onde,

enquanto terapeuta não tinha uma atitude aceitante em relação a sua cliente, (Prouty, 2001).

A partir daquela reflexão, Rogers conseguiu criar em si o foco na vertente individual das pessoas, cada uma com a sua maneira de estar e de se dar com os outros. A sugestão terapêutica do Rogers passa pelo conceito de não-diretividade, onde o sujeito tem a autonomia para escolher aquilo que melhor se adequa ao seu mundo e a sua noção de realidade, (Prouty, 2001).

O autor acaba por focar numa psicologia com características humanistas, onde o ser humano pode optar pelo seu caminho, objetivos, autonomia de pensamento e liberdade na forma de se sentir. Uma outra forma de pensar do Rogers, nos leva a considerar que a Ciência da Psicologia, não deve apenas prever o comportamento, mas que a importância desta ciência é realmente conseguir compreender e deixar o sujeito percorrer o seu caminho, sozinho conseguirá aprender, tendo o papel de um sujeito ativo, (Lopes & Lopes 2016, pp. 188).

Por volta dos anos 50 os princípios pelos quais se regia a abordagem sofreram certas alterações, sendo mais abrangente a nível da sua aplicação, não se resumindo apenas à relação psicoterapêutica, mas também a outras formas de relacionamento, aparecendo a denominação de Abordagem Centrada na Pessoa (ACP). Como marco importante desta abordagem, foi o seu aparecimento em Portugal pelas mãos de Carlos Caldeira, psiquiatra e psicoterapeuta e por um grupo reduzido de seguidores do Carl Rogers, tornando-se numa ligação entre o autor e profissionais que seguiam a sua corrente, (Brodley, 2011).

2.7.2. Importância da relação na intervenção psicológica

Existem inúmeros artigos científicos e revisões literárias que dão ênfase à importância que a relação terapêutica tem na intervenção, mas não só, ou seja, a relação é dos fatores mais importantes que contribuem para ajudar o cliente no seu processo de mudança, e que é tomada em conta nas mais diversas abordagens da psicologia. Mas é fundamental saber que dentro da relação, existem fatores que não são separáveis, como as atitudes do terapeuta, as condições, denominadas de facilitadoras, como a escuta ativa, empatia, congruência e outras, assim como a própria aliança terapêutica, (Lambert, 2001).

A abordagem está baseada em 3 critérios fundamentais, que se apresentam como a tendência atualizante, o conceito de não diretividade e não menos importante, as seis

condições necessárias e suficientes, levando à modificação do comportamento pelo terapeuta, (Brodley, 2011).

2.7.3. A tendência atualizante

O conceito de tendência atualizante passa pela forma como o sujeito é visto pela Abordagem Centrada na Pessoa; como um ser que se vai desenvolver e que estará a crescer, (Brodley, 2011; Bogdanov & Bogdanov, 2010; Brites, Nunes & Hipolito, 2016; Hipolito, 2011; Kauffman, 1995; Morin, 1973; Rogers, 1959). O próprio Rogers acabou por elucidar que esta noção passa pela seguinte explicação: “*Na espécie humana ela desenvolve-se a partir de uma simples origem celular, até ao funcionamento orgânico complexo, até ao saber e sentir abaixo do nível da consciência, até um dar-se conta conscientemente do organismo e do mundo externo, até uma consciência transcendente da harmonia da unidade do sistema cósmico, incluindo a humanidade*”, (Rogers, 1959; pp. 184-185, citado por Leal, 2018). Contudo, este conceito define a forma de a pessoa melhorar, é afirma que se não existirem obstáculos ao nível psicológico, o SH pode chegar a se desenvolver até ao seu amadurecimento, (Rogers & Kinget, 1977; citado por Leal, 2018).

2.7.4 Não-diretividade

A noção de não-diretividade acabou por ser alvo de críticas, sendo entendida como uma relação permissória dentro da aliança terapêutica. Obviamente o conceito de permissividade, quando existe na aliança terapêutica, pode ser uma forma negativa de relacionamento e pode prejudicar o cliente. Segundo Hipólito (2011) este tipo de atitude não diretiva, não é apenas que uma forma de se ter confiança na pessoa, no sentido que, esse ser sabe melhor o que é bom para si, qual o melhor caminho a percorrer, qual a melhor decisão a tomar; as pessoas podem chegar sozinhas a tornarem-se melhores pela tendência atualizante, mas isto tudo dentro da relação terapêutica e com as condições necessárias e suficientes para o fazer. Partindo desta dimensão, podemos entender que os indivíduos têm a força suficiente para conseguirem-se entender e a partir daí tomarem a sua consciência, traduzindo-se posteriormente em comportamentos mais adaptados às suas carências e esperanças baseadas em suas ideologias. Existe, portanto, uma direção, que é a direção da tendência atualizante, a escolha do próprio organismo, da própria pessoa, e não um caminho escolhido pelos profissionais; ninguém melhor saberá qual o melhor percurso a seguir do que a própria pessoa. É da obrigação do terapeuta, perante o cliente, fornecer o

apoio e as condições adequadas para poder ajudá-lo a ter consciência das suas fragilidades, conseguir um ótimo desenvolvimento, (Leal 2018, pp. 118-119).

2.7.5. As seis condições necessárias e suficientes

Partindo do pressuposto que para que haja qualquer tipo de psicoterapia, dever existir uma relação, que é criada entre o profissional e o cliente. Para que esta relação funcionar é necessário que estejam presentes alguns critérios, e sem estes não poderão existir, nem uma aliança, e nem uma mudança terapêutica, (Leal, 2018).

Segundo Rogers (1957) citado por Lopes & Lopes (2016), as seis condições propostas são as seguintes: as duas pessoas tem que ter contacto psicológico (terapeuta e cliente); o(a) cliente para puder ser chamado de cliente tem que estar incongruente; a(o) profissional que esta na relação com o cliente tem que apresentar a maior congruência que conseguir dentro da aliança terapêutica; o profissional tem que ter um olhar incondicional positivo pelo cliente na relação; a necessidade do profissional sentir e verbalizar uma compreensão empática a partir das experiências do próprio cliente; a verbalização da compreensão empática por parte do terapeuta e o olhar incondicional positivo para o cliente, são processos uteis dentro da relação terapêutica, (Lopes & Lopes 2016, pp. 321-322).

A primeira condição acaba por ser imprescindível, porque, para que estas duas pessoas estejam envolvidas na relação, tem de estar em contacto psicológico. Rogers afirmou que, este contacto está no topo das condições necessárias, levando a existir uma troca de informação e uma aprendizagem tanto por parte do cliente como também do terapeuta; o intuito deste contacto será oferecer ao cliente a oportunidade, de nessa relação, se sentir compreendido, (Leal, 2018, pp. 119-120).

Partindo para a segunda condição, a incongruência, será outro critério importante para que a aliança terapêutica continue a existir. Se o cliente não tiver algum pedido de ajuda, tanto a nível das dificuldades existenciais ou até algum tipo de perturbação, a relação não avança. A psicoterapia apenas funciona se o sujeito assumir que tem um problema e faz o pedido de ajuda; sem isso, não existe relação terapêutica. As restantes condições têm a ver com as atitudes que o profissional deve englobar na aliança terapêutica, como por exemplo, a congruência do terapeuta é fundamental para poder compreender; poder estar naquele momento para o cliente e ver pelos seus olhos; com um olhar incondicional positivo pela pessoa, Leal (2018, pp. 120). Partindo de uma visão

Rogeriana, sobre a aliança terapêutica, estas seriam as condições necessária para que a mudança ocorra, não dando menos importância aos pilares fundamentais da abordagem centrada na pessoa, anteriormente mencionadas.

Parte III – Trabalho de Estágio

Neste capítulo irá ser abordado o trabalho realizado no decorrer do estágio, assim como a apresentação de dois casos clínicos (um acompanhamento individual e um acompanhamento em grupo) e a realização de uma avaliação psicológica, cada um com a sua análise.

3.1. Trabalho de Estágio

Dentro de todo o trabalho desenvolvido durante a realização do estágio académico, a parte dos casos clínicos é uma etapa importante neste percurso. Desta forma vai-se seguir uma descrição cautelosa sobre os casos acompanhados de forma a evitar a identificação das pessoas envolvidas, contudo é esperado a realização da anamnese (entrevista clínica) e análise da mesma com base na Abordagem Centrada na Pessoa (ACP).

O foco principal de atuação vai afunilando nas problemáticas existentes nos locais de atuação, mais precisamente na Reabilitação em Psiquiatria, onde maioritariamente existem diagnósticos como psicose e depressão, já em outra unidade onde estive inserida, nos Cuidados Paliativos, onde existem doenças terminais, como cancro, tumores e outras situações que comprometem a vida das pessoas que estão internadas e não só.

É de salientar que o caso em que foi realizada uma avaliação psicológica, não teve acompanhamento e intervenção individual, nem realização de uma anamnese por parte do estagiário, discutindo-se apenas os resultados da própria avaliação. Na parte final de cada intervenção, será realizada uma reflexão pessoal sobre o caso.

De acordo com o novo regulamento de proteção de dados, não foi possível revelar a instituição onde o estágio foi realizado, não sendo permitidas gravações áudio ou vídeo, desta forma a informação trabalhada foi com base na realização da transcrição a partir da memória, após cada sessão/intervenção (anexos). Como forma de enriquecer o caso, foram utilizadas algumas citações pessoais da pessoa, que foram memorizadas durante a sessão e transcritas posteriormente a mesma.

3.2. Trabalho no Estágio - Avaliação Psicológica

Na presente avaliação psicológica, foram aplicados dois instrumentos de avaliação psicológica.

O objetivo da avaliação constou em perceber a capacidade intelectual da utente em causa.

3.2.1. Caso “Amélia”

A anamnese foi realizada a partir da recolha de informação dos diversos âmbitos da vida da pessoa, desde a dimensão pessoal, social e familiar, informação obtida através do processo clínico da utente.

3.2.2. Pedido

O pedido de avaliação intelectual surge em contexto de Reunião de Equipa Multidisciplinar do Programa de Reabilitação em Psiquiatria, tendo sido pensada em função das características e necessidades da pessoa. A médica psiquiatra da equipa solicitou a avaliação, com o objetivo de esclarecimento do funcionamento intelectual e despiste de défices cognitivos. No contexto de internamento, habitualmente, não é a própria pessoa a solicitar a intervenção, sendo proposta e pensada em equipas multidisciplinares e em função das características e necessidades da pessoa.

O Programa acima referido está enquadrado em contexto de residência externa, portanto a utente beneficia de apoio habitacional máximo por parte de uma equipa multidisciplinar, assim como das suas colegas de casa.

3.2.3. Dados biográficos

A utente em questão foi denominada de Amélia (nome fictício) é de género feminino, de 44 anos, nacionalidade portuguesa, natural do Distrito de Lisboa, solteira. A nível de escolaridade, afirma ter frequentado o curso superior de Direito, até ao 2º ano, mas não concluiu o curso, ficando apenas com o 12º concluído.

Do ponto de vista física, aparenta uma idade inferior à sua idade real, utilizando maioritariamente roupa mais desportiva, com o ar jovial, não faz uso de maquilhagem.

Aparentemente é uma pessoa que se diferencia das colegas pela idade, sendo a mais nova do grupo, alguma diferença notada pelo vocabulário, sendo mais diferenciada e também pela forma como se expressa. Possui aptidão musical e alguma cultura geral, com maior prevalência sobre o tema das artes. Apresenta um discurso fluido, com capacidade de entender alguns assuntos de maior complexidade ou que exigiam maior elaboração de pensamento.

3.2.4. Historial Clínico

A utente foi transferida de uma outra Instituição, nomeadamente para ingressar nos serviços de Reabilitação mais precisamente no Programa de Reabilitação Psicossocial em janeiro do ano 2019. Em termos de antecedentes clínicos, a utente trazia o diagnóstico de Esquizofrenia, com diversos internamentos e má adesão à terapêutica, contudo, na entrada para esta nova instituição estava estabilizada clinicamente. Quando entrou, esteve durante aproximadamente um mês num outro serviço, numa Unidade de transição, sendo transferida para a residência comunitária durante o mês de fevereiro de 2019. Foi realizada uma reunião com todas as utentes para se fazer o acolhimento da nova utente, a Amelia sentiu-se acolhida e revelou uma boa adaptação ao novo contexto de vida.

Houve progressos em termos de autonomia desde que entrou, beneficiando de atividades por parte da Terapia Ocupacional (TO) participando nas atividades de coro, leitura, ginástica e crochet. Houve também uma melhoria, o que se traduziu inclusivamente no seu desempenho ao nível doméstico, bem como na realização das tarefas na Residência, passando, por exemplo, a confeccionar alimentos, a realizar a limpeza dos espaços, bem como, compras, entre outras tarefas (realização de saídas ao exterior, com as colegas, planeamento de viagens e cálculo dos custos associados a essas viagens).

A utente apresenta sintomatologia deprimida, a par de sintomatologia física associada a um quadro de hemorragias abundantes (relacionadas com a menstruação), que lhe provocaram uma situação de anemia. Atualmente, está melhorada, quer ao nível físico, pela introdução de Pílula; quer ao nível emocional, com a adesão ao processo psicoterapêutico.

3.2.5. Estrutura e contexto familiar

Amélia é proveniente de uma família em que os progenitores não a podem apoiar, um pai idoso e doente, sem condições de cuidar dele próprio, o pai da mesma vive com uma senhora na casa desta. Senhora que é tratada pela utente como “madrasta”, apesar do seu pai afirmar que é só uma conhecida. A mãe de Amélia faleceu, e uma vez que Amélia era muito ligada afetivamente à mãe (enquanto a mãe era viva, vivia com ela, sendo – segundo a utente, (era muito protegida pela mesma), quando a mãe faleceu a Amélia ficou desorganizada, tanto a nível de comportamento com a nível de sintomatologia da doença psiquiátrica. Filha única, sem outros apoios por parte da família. Não há conhecimento de outros familiares da mesma.

Amélia menciona que tinha um relacionamento, sendo que o próprio também apresentava problemáticas psiquiátricas. Mantém um contacto regular, contudo, esta relação aparenta ser pouco saudável do ponto de vista psicológico. A utente denomina-o de “namorado”, contudo aparenta ter uma relação fraternal, não parecendo existir uma relação de grande intimidade.

A avaliação do funcionamento intelectual foi realizada em 3 sessões. Devido ao pedido da avaliação, procedeu-se a avaliação através das Matrizes Progressivas de Raven e através da WAIS III.

A primeira sessão de avaliação foi realizada no dia 30 de janeiro de 2020, previamente combinada com a utente. A avaliação foi dividida em duas partes, sendo feita a aplicação das Matrizes Progressivas de Raven numa só sessão e posteriormente foi realizada a avaliação com a WAIS III, sendo este um instrumento mais complexo e moroso na sua aplicação, a aplicação foi dividida em duas sessões, no mesmo dia da semana e no mesmo intervalo de horário com uma diferença de uma semana entre a aplicação, a 1ª foi realizada dia 12 de fevereiro de 2010 e a 2ª foi realizada dia 20 de fevereiro de 2020.

Durante a primeira avaliação, Amélia revela uma postura mais tensa, aparentando estar nervosa e ansiosa. Ao longo da avaliação conseguiu estabelecer um melhor contacto com a estagiária através do desenvolvimento da relação, sendo que já existia um conhecimento prévio entre a utente e a estagiária, sendo que a mesma faz o acompanhamento em grupo da residência comunitária da qual a utente faz parte.

No segundo momento de avaliação, observa-se que Amélia estava com um fâcies mais “fechado”. Aconteceu ainda, que, no segundo dia, a utente não compareceu à sessão, não tendo avisado da sua ausência. Posteriormente, referiu ter tido uma “crise de asma”.

Após a aplicação dos instrumentos foi realizada a cotação dos mesmos e tendo em conta estes resultados foi realizada a elaboração do respetivo relatório, com o apoio e aprovação da orientadora de estágio.

3.2.6. Instrumentos Psicométricos utilizados

Como referido acima, foram utilizados os seguintes instrumentos na avaliação realizada a utente Amélia

- MPR - Matrizes Progressivas de Raven
- WAIS III – Escalas de Inteligência de Weschler III

3.2.7. MPR – Matrizes Progressivas de Raven

Segundo Jonh Carlyle Raven, o teste de avaliação da inteligência não verbal, conhecido por Matrizes Progressivas de Raven (MPR) avalia a capacidade que a pessoa tem em apreender figuras sem significado e em estabelecer as relações que existem entre elas, ou seja, fazer a inferência sobre a natureza da figura que poderá completar o sistema de relações implícito e o método de raciocínio sistemático desenvolvido. Enquadrando neste contexto, a inteligência retrata um conjunto de funções mentais integradas denominada por fator g de inteligência (J. Raven, 2000; J. C. Raven, 2008). O fator (g) e o fator (gf), construto conhecido como inteligência fluida, são considerados empiricamente construtos equivalentes, onde a gf retrata a capacidade que o sujeito tem em adquirir conhecimento, pensar sobre conteúdos abstratos e resolver questões sem que tivessem sido aprendidas anteriormente, (Chamorro-Premuzic & Arteche, 2008; Chamorro-Premuzic, Furnham & Moutafi, 2004).

Este teste inicialmente publicado pela *Oxford Psychologists Press*, Inglaterra, mede um construto designado de inteligência não-verbal objetivando avaliar a aptidão do participante na apreensão das relações entre as figuras sendo constituído por um conjunto de tarefas não verbais (itens) que se encontram em cadernos com ‘estímulos’ apropriados.

3.2.7.1. Aplicação do instrumento

A avaliação estendeu-se em diversas sessões, o primeiro instrumento utilizado foram as MPR, numa única aplicação. Durante a aplicação observou-se uma atitude

colaborante por parte da utente, inicialmente mostrando-se um pouco tensa, com o decorrer da aplicação a situação foi ultrapassada e a utente acabou por estar com atenção e bastante motivada pela realização, afirmando que “Este teste é diferente do que tinha feito até agora” (sic.).

Na segunda sessão, após aproximadamente uma semana da aplicação do primeiro instrumento, foi iniciada a aplicação da WAIS III, pelos seguintes subtestes: 1. Completamento de Gravuras; 2. Vocabulário; 3. Código; 4. Semelhanças; 8. Memória de Dígitos; 9. Informação; 10. Disposição de Gravuras;

Seguindo-se de uma terceira sessão, após uma semana, para continuação da aplicação da WAIS III, com os seguintes subtestes: 2. Cubos; 6. Aritmética; 7. Matrizes; 11. Compreensão;

3.2.7.2. Resultados

A avaliação intelectual foi realizada num total de 2 sessões separadas, com diferença de 1 semana entre as duas aplicações.

A Amélia realizou a avaliação intelectual, para se puder entender melhor o seu funcionamento intelectual. Eram observadas algumas dificuldades na tomada de iniciativa, na organização, ao nível do planeamento e concretização de objetivos colocados pela mesma, tendo dificuldade em levar a cabo os mesmos.

3.2.8. Informação Social

A utente vive numa residência comunitária com outras quatro colegas, por vezes tem a visita do pai e mais frequentemente a do namorado, são as únicas pessoas que fazem parte da vida da própria, sendo sua família mais chegada.

Não há informação relativamente a forma como decorreu a gravidez da sua mãe, nem dos seus primeiros anos de vida. Não foi possível se proceder à realização de uma entrevista antes da avaliação pelo que existe uma escassez de informação vinda da própria.

3.2.9. Resultados qualitativos

A Amélia mostra-se uma pessoa com cultura geral, mas com algumas dificuldades ao nível do planeamento de certas situações que a própria deseja cumprir, mas que acaba sempre por não conseguir.

3.2.10. Escalas de Inteligência de Weschler para adultos, 3ª Edição - WAIS

Um dos instrumentos utilizados para aprofundar o conhecimento acerca do seu funcionamento intelectual foi a WAIS III - Escala de Inteligência de Wechsler para Adultos, prova que fornece informação sobre o funcionamento cognitivo da pessoa.

A WAIS III, instrumento elaborado por David Wechsler, psicólogo romeno-americano, criando outras provas importantes para avaliação da inteligência e memória na segunda metade do séc. XX, nos Estados Unidos da América. A adaptação a população português foi realizada pela CEGOC-TEA no ano 2003, sendo a 1ª Edição portuguesa.

Esta prova tem objetivo a avaliação da capacidade intelectual dos sujeitos, possibilitando a avaliação da inteligência geral ao mesmo tempo que avalia capacidades específicas, (Coutinho et al, 2010).

A WAIS-III é uma versão mais completa da WAIS-R onde se realizaram alterações na estrutura, como o aumento da faixa etária, dos 74 anos que continha a anterior para o máximo de 89 anos, nesta versão (Nascimento et al, 2002, citado por Coutinho et al, 2010) e a introdução de três sub-testes novos, tendo como objetivo avaliar componentes cognitivas específicas, funções cognitivas, a linguagem e a memória, (Banhato & Nascimento, 2007).

A inclusão dos novos sub testes, estes são denominados de: Procura de símbolos, Raciocínio matricial e a sequência de números e letras, (Coutinho & do Nascimento, 2010).

Este instrumento de avaliação é utilizado em diversos contextos, desde clínico até na vertente psicoeducacional, como possibilita uma avaliação extensa das capacidades cognitivas, (Nascimento, 1998). Das capacidades cognitivas acima mencionadas são avaliadas as seguintes competências, compreensão verbal, organização perceptiva e a memória de trabalho, (Balinsky, 1941, citado por Allen et al, 2009).

Segundo o autor do instrumento Wechsler (2003) os resultados foram discutidos tendo como base o manual da WAIS III, mostrando que a senhora através da avaliação Revelou um Quociente de Inteligência médio (QIEC=99), com *um perfil homogêneo face ao esperado para a sua faixa etária*, com uma diferença estatisticamente significativa entre o QI de Verbal (QIV= 103) e o QI de Realização (QIR= 80), sendo que o seu QI Verbal se encontra no nível médio e o QI de Realização no nível médio inferior. Quando existe uma discrepância elevada entre o QI Verbal e o QI de Realização (acima de 15

pontos), neste caso a diferença é de 23 pontos, a literatura mostra que essa diferença grande pode demonstrar sérias tendências, ou seja, este resultado pode levar a diversas hipóteses, podendo ser significativo para possível diagnóstico, assim como os pontos fortes, as motivações e as formas de adaptação ao meio ambiente, (Fernandes Lopes & Welter Wendt., 2012).

Analisando os Índices Fatoriais que esta prova permite avaliar, verifica-se que o Índice da Compreensão Verbal (ICV= 114) significando no nível médio superior e o Índice da Organização Perceptiva (IOP=80) num nível médio inferior, (Wechsler, 2003).

A Velocidade de Processamento não foi possível de calcular, porque foi aplicado apenas um dos dois subtestes, mais precisamente, foi aplicado o subteste Código – Codificação e não foi aplicado o subteste Pesquisa de Símbolos, pelo que resultado iria ser muito baixo e não iria corresponder à realidade.

Como forma complementar na avaliação, foi utilizado mais um instrumento, as MPR (Matrizes Progressivas de Raven - versão para adultos), prova que avalia a capacidade que a pessoa tem em apreender figuras sem significado e em estabelecer as relações que existem entre elas ou seja, fazer a inferência sobre a natureza da figura que poderá completar o sistema de relações implícito e o método de raciocínio sistemático desenvolvido.

A utente Amélia conseguiu acertar em todas as problemas da serie A, e a medida que o grau de dificuldade estava a aumentar, começava em acertar menos repostas corretas e também a partir da metade da tarefa, verbalizava que “ *estas já são mais difíceis*” (sic.), e contudo que a medida que a dificuldade aumentava, era normal ter que se concentrar mais nas respostas, mas a Amélia com o aumento da dificuldade, respondia com bastante rapidez, sendo que tinha mais repostas erradas.

3.2.11. Matrizes Progressivas de Raven

Matrizes Progressivas de Raven (MPR) elaborado pelo Jonh Carlyle Raven, o teste de avaliação da inteligência, conhecido por Matrizes Progressivas de Raven (MPR) avalia a capacidade que a pessoa tem em apreender figuras sem significado e em estabelecer as relações que existem entre elas ou seja, fazer a inferência sobre a natureza da figura que poderá completar o sistema de relações implícito e o método de raciocínio sistemático desenvolvido. Enquadrando neste contexto, a inteligência retrata um conjunto de funções

mentais integradas denominada por fator g de inteligência, (J. Raven, 2000; J. C. Raven, 2008).

O fator g e o construto conhecido como inteligência fluida (gf) são considerados empiricamente construtos equivalentes, onde a gf retrata a capacidade que o sujeito tem em adquirir conhecimento, pensar sobre conteúdos abstratos e resolver questões sem que tivessem sido aprendidas anteriormente, (Chamorro-Premuzic & Arteche, 2008; Chamorro-Premuzic, Furnham & Moutafi, 2004).

Este teste inicialmente publicado pela Oxford Psychologists Press, Inglaterra, mede um construto designado de inteligência não-verbal objetivando avaliar a aptidão do participante na apreensão das relações entre as figuras sendo constituído por um conjunto de tarefas nãoverbais (itens) que se encontram em cadernos com ‘estímulos’ apropriados. O MPR caracteriza-se como sendo um teste de competência e não de velocidade, sem tempo predefinido para ser realizado apesar do tempo efetivo ser uma referência avaliativa que contribui para a objetividade dos resultados não sendo fator decisivo no desempenho do mesmo. O teste apresenta características psicométricas com valor de precisão e validade aceitável, com poder de discriminação razoável e consistência interna adequada, (Raven, 2006).

A utente obteve uma cotação total de 25 pontos, uma pontuação que remete para o grau IV da Tabela de Classificação da Inteligência segundo as pontuações finais, classificada como “Abaixo da média na capacidade intelectual”, tendo demorado 30 minutos na realização desta prova.

3.2.12. SPM - Matriz progressiva de Raven Geral – Análise e Resultados

MATRIZES PROGRESSIVAS DE RAVEN

Nome: Amélia

Data de Nascimento: 1975

Data Prova: 30/01/2020

Esta tabela apresenta as respostas dadas pela utente de tendo em conta a tabela de correção da prova. (Anexo 8 - Matriz Progressiva de Raven (SPM) – Cotação)

A			B			C			D			E		
1	4	S	1	2	S	1	8	S	1	3	S	1	1	N
2	5	S	2	6	S	2	2	S	2	4	S	2	3	S
3	1	S	3	1	S	3	6	N	3	3	S	3	8	N
4	2	S	4	2	N	4	1	N	4	5	N	4	7	N
5	6	S	5	1	N	5	4	N	5	3	N	5	2	N
6	3	S	6	3	S	6	1	N	6	5	N	6	4	N
7	6	S	7	3	N	7	5	S	7	8	N	7	3	N
8	2	S	8	5	N	8	6	N	8	7	N	8	2	N
9	1	S	9	4	S	9	8	N	9	8	N	9	7	N
10	3	S	10	1	N	10	1	N	10	6	N	10	4	N
11	4	S	11	4	S	11	7	N	11	1	N	11	3	N
12	5	S	12	2	N	12	4	N	12	8	N	12	6	N
PT: 12			PT: 6			PT: 3			PT: 3			PT: 1		

No quadro que se segue apresenta-se a pontuação obtida i.é., a pontuação esperada (de acordo com o seu grupo de referência) e a pontuação teoricamente esperada e o cálculo das discrepâncias entre as respostas. Com o valor total (25) e a idade (44), junto da tabela Idade cronológica dos adolescentes e adultos em grupos médios de escolaridade, obtém-se o percentil respetivo que posteriormente é classificado segundo a tabela de Classificação da Inteligência tendo por base a pontuação final obtida.

Cotação	A	B	C	D	E	TOTAL
Pontuação	12	6	3	3	1	25
PD esperado	10	7	4	3	1	
Discrepâncias	+2	-1	-1	0	0	

Tempo	Total	Percentil	QI
30 minutos	25	20	IV - Abaixo da média na capacidade intelectual

Notas: os autores referem que, na presença de uma discrepância superior a dois pontos, não se deve aceitar a pontuação total como uma estimativa consistente de funcionamento da capacidade intelectual do indivíduo. Contudo, essa discrepância maior não é impeditiva para se considerar válida a pontuação total obtida.

Grau	Classificação	Pontuação
I	Intelectualmente superior	= ou > ao percentil 95
II	Acima da média na capacidade intelectual	= ou > ao percentil 75
III	Intelectualmente médio	Entre percentil 25 e 75
IV	Abaixo da média na capacidade intelectual	= ou < ao percentil 25
V	Intelectualmente inferior	= ou > ao percentil 5

3.2.12. Análise e integração dos resultados da avaliação psicológica.

Importa referir que a informação clínica foi obtida quer pela observação psicológica ao longo das sessões, quer pela informação clínica da sua história pessoal, familiar e de percurso da doença disponíveis no processo clínico.

3.3. Discussão clínica

Amélia é oriunda de uma família cujas condições sociais e de apoio são escassas em que os progenitores apresentavam não apresentam condições financeiras e suporte emocional e afetivo para lhe oferecer estabilidade que a mesma precisa para poder levar uma vida o mais parecida ao “normal” e podendo responder as suas necessidades, ou seja, ela precisa de ter objetivos para poder fortalecer as suas dificuldades, poder trabalhar a autonomia ,e não deixar que a sua doença controle a vida dela mas sim pelo contrario, a própria ter consciência que pode encontrar estratégias para lidar com as dificuldades inerentes a doença, (Unger, 1990); (Ornelas, 1997).

Através da recolha de informação realizada e da própria avaliação intelectual, é possível constatar que a história de vida de Amélia caracteriza-se por acontecimentos marcantes, como o diagnostico de Esquizofrenia; o falecimento da sua progenitora, doença do progenitor e falta de apoio por parte dos mesmos.

No decorrer das consultas, apesar da curta duração de intervenção, verificou-se que a Amélia apresenta uma postura adequada, um pouco tensa pelo desconhecimento das provas que constituíam a avaliação.

Depois de conhecer a utente ficou evidenciada a sua diferenciação das outras colegas e coloquei expectativas altas em relação aos resultados dos instrumentos, tendo em conta as suas características e elaboração de pensamento/discurso. O QI total de 99, revela que a utente está enquadrada dentro dos valores médios, mostrando algumas dificuldades no QI de realização, onde a escala integra e avalia a capacidade de solucionar problemas, estímulos percetuais, respostas a nível motor e avaliação das informações visuoespaciais. Indivíduos que têm esta discrepância entre os dois QI's, ou seja, o valor QI Realização mais elevado que o QI verbal, possuem maior capacidade de organização e maior resistência em funcionar em ambientes de coerção a nível de tempo. Partindo desta informação pode-se afirmar que neste caso, onde QI realização é inferior ao QI verbal, esta utente possui menor capacidade de organização e de trabalhar sob pressão de tempo. O valor mais elevado de QI verbal demonstra a facilidade na expressão verbal e na perceção das diferenças sutis diante de conceitos verbais e pode avaliar a informação adquirida através da educação e estimulação ambiental, (Weschler, 2003).

Através do ICV podemos perceber a habilidade de ouvir uma pergunta, a aptidão de entender instruções e de expressar os pensamentos, enquanto, que através da IOP, percebe-se a capacidade dos indivíduos para organizar formas complexas, atenção para os

pormenores, ou seja, a organização perceptiva refere-se à habilidade de poder entender sequências espaciais. O IMO refere-se à capacidade de memorizar novas informações, assim como de reter temporariamente as informações para depois poder reproduzi-las em processos de resultados ou de raciocínio, (Weschler, 2003).

O IVP, que neste caso não foi possível de calcular, a função em si, está relacionada com a atenção, memória e com a capacidade de manter a concentração para formar logo de seguida a informação visual. Acaba por avaliar a capacidade de focar diferentes estímulos, distingui-los. Mostra a velocidade em resolver os problemas de ordem não-verbal. Alguma desvantagem desta função é que ela depende da motivação da pessoa, (Weschler, 2003).

Dentro da instituição as avaliações psicológicas são realizadas numa fase inicial, como forma de critério de inclusão e quando surge a necessidade de reavaliação, (IPSS,2019).

Como já foi referido, a avaliação psicológica surgiu pelo pedido da médica psiquiatra, como forma complementar a avaliação inicial, a utente avaliada esta inserida na instituição relativamente há um ano, altura que foi realizada uma avaliação clínica e de personalidade, seguindo-se agora uma avaliação neuro cognitiva e intelectual, para se perceber melhor o funcionamento mental da pessoa em questão. Tendo em conta o pedido para a realização de avaliação com três Instrumentos de avaliação psicológica, sendo estes os seguintes: WAIS e as Matrizes Progressivas de Raven, testes descritos detalhadamente na parte seguinte do relatório.

3.4. Reflexão sobre o caso

Este caso de avaliação psicológica foi apresentado no relatório por ter sido a única possível de realizar, sendo que a instituição em si, não realiza muitas avaliações devido a escassez de tempo e profissionais para este efeito, já que esta prática necessita de bastante tempo para a sua realização e cotação.

Como já foi referido durante o relatório, o período de observação no início do estágio é uma etapa fundamental, podendo desta forma observar a realização de avaliações psicológicas de forma a uma melhor compreensão e futura realização desta componente, assim como a interpretação da mesma. Através da fase de observação aprendem-se estratégias de gestão do tempo, melhor utilização do código de ética e deontologia, mais

precisamente questões sobre a confidencialidade das informações recebidas e prestadas aos utentes.

Uma competência importante aprendida foi a realização dos relatórios de forma mais adequada e correta, após a análise e cotação dos instrumentos aplicados. Desenvolver as atitudes certas perante as características das pessoas, evitar posturas de julgamento e desenvolver atitudes de aceitação e confiança. Uma desvantagem encontrada durante este processo de avaliação assenta na escassez de avaliações realizadas, sendo estas importantes para o melhor domínio na prática de avaliação psicológica.

Refletindo mais precisamente sobre o caso em si, se pode afirmar que nas sessões de avaliação com a Amélia, ajudou na reflexão sobre a inexperiência evidenciada no manuseamento dos testes, que por sua vez deixou algumas inseguranças, ou seja, mesmo com os estudos prévios dos manuais de aplicação, durante a aplicação da WAIS principalmente, houve a necessidade de confirmar tanto no manual como nos apontamentos a forma de colocar as questões e também alguns critérios envolvidos, como cotação de certos subtestes, dos quais dependia a continuação da aplicação ou a sua interrupção.

A Amélia como já foi referido, inicialmente teve abertura na aplicação do primeiro teste, sendo menos frustrante, pois apenas requeria a escolha de uma resposta, não tendo tempo limite. Enquanto, que na aplicação de WAIS, ela esteve mais impaciente na altura em que percebia que não conseguia responder, a prova sendo mais demorada e mais complexa. Tendo em conta todos estes fatores, podemos afirmar que a utente esteve bastante envolvida e as provas foram aplicadas com sucesso até ao fim, contudo não foram devolvidos os resultados dos mesmos, que me leva a interrogar sobre algumas questões éticas que devem ser tidas em conta em futuras avaliações.

Residência, bem como observar o trabalho conduzido pelo psicólogo e todo o decorrer da sua intervenção.

Após esta fase, deu-se a intervenção de modo autónomo durante 3 meses, num total de 15 reuniões. Desta forma dando continuidade ao trabalho desenvolvido pelo psicólogo, utilizando como modelo a sua forma de intervir, com grande enfoque na utilização da Abordagem Centrada na Pessoa e também em termos psicoeducativos.

O funcionamento da reunião estava baseado em diversas temáticas que as utentes traziam, assim como, partilha de sentimentos e emoções, certas dificuldades referidas pelas mesmas, mais aprofundadas abaixo no decorrer de texto, na parte dos objetivos da intervenção.

3.5.2. Objetivos gerais da intervenção

Dentro dos objetivos gerais, a intervenção esteve baseada na promoção da autonomia, na reinserção social e na promoção do *Empowerment*, ou seja, as pessoas, mesmo com diagnóstico de doença mental grave, podem aceder a um estilo de vida o mais normal possível com acompanhamento por parte da Instituição/equipa multidisciplinar, (IPSS, 2019).

3.5.3. Objetivos específicos da intervenção

Paralelamente foi possível avaliar as necessidades do grupo específico – á medida que a intervenção continuava, percebeu-se através da observação certas problemáticas, como dificuldade na comunicação nomeadamente na comunicação assertiva bem como dificuldades no relacionamento interpessoal nomeadamente na gestão de conflitos.

No contexto da intervenção percebeu-se que o grupo tinha perdido recentemente uma colega e, entretanto, uma outra colega foi diagnosticada com doença oncológica. Foi possível perceber que o grupo apresentava dificuldade em lidar quer com a perda da colega, quer com situações que envolvam risco de perda.

A intervenção foi sendo baseada na compreensão e aceitação dos sentimentos associados a perda, legitimados, ou seja, o trabalho desta adaptação teve o enfoque nas memórias positivas da colega que faleceu, *i.g.* os momentos passados na sua companhia e lembranças significativas sobre a pessoa em causa. Foi também realizado trabalho

psicopedagógico, como a explicação do curso da própria vida e o papel que cada um tem nesse percurso.

Durante as reuniões surgiam alguns conflitos a nível da comunicação, e a intervenção aqui realizada foi também psicoeducativa, ou seja, inicialmente foi questionado individualmente o conhecimento de cada utente sobre a comunicação e posteriormente foi explicado os tipos de comunicação existentes, qual a mais adequada, quais os pros e os contras dos restantes tipos de comunicação.

Uma competência trabalhada através da intervenção foi a expressão de sentimentos e emoções, através da escuta ativa e das respostas de compreensão empática, por parte da estagiária de psicologia, dando espaço e enfatizando a manifestação dos mesmos, de forma a perceberem sua função e importância, assim como pela partilha destas emoções pudessem “aliviar” algum sofrimento decorrido da falta de manifestação desses sentimentos. O decorrer de cada reunião, normalmente assumia o mesmo formato, ou seja, iniciava-se com a partilha de sentimentos e emoções, podendo ser sobre a própria pessoa e/ou sobre o grupo. Posteriormente as utentes expunham diversas temáticas que eram trabalhadas durante a reunião, como forma de aumentar competências de diversos tipos, desde a parte emocional, social, financeira e outras que surgiam no decorrer das intervenções. Conseguiu-se observar uma melhor relação terapêutica no decorrer do tempo, pelas partilhas, cada vez mais aprofundadas, dando conta de sentimentos de segurança num contexto de um ambiente securizante. Foi também possível perceber uma melhoria na relação grupal, por exemplo após algum conflito que estava apresentado durante a reunião, e trabalhado durante a mesma, as utentes conseguiam resolver essas problemáticas e ultrapassá-las.

Em termos de comunicação foi ainda visível uma melhoria que se traduziu através da existência de respeito nos diálogos entre as utentes, nomeadamente, maior atenção e foco na escuta do outro, aceitação das diferentes opiniões existentes. Esta melhoria de ponto de vista comunicacional, podem levar ao aumento da coesão grupal.

3.5.4. Reflexão sobre o caso

Este acompanhamento foi bastante desafiador, devido ao facto de não ser apenas ser uma intervenção psicológica com uma pessoa, mas sim com um grupo de cinco pessoas, na minha opinião, a dificuldade aumenta, porque cada pessoa é única e tem

necessidades diferentes. Inicialmente as reuniões não estavam a ser realizadas de forma autónoma até ao momento da estagiária se sentir preparada para tal. Uma das grandes dificuldades encontradas foi em conseguir que cada uma fosse respeitar o tempo em que a outra estava a falar e não falarem umas por cima das outras, penso que houve vezes em que isso foi conseguido e umas em que não. Existiu uma tentativa de não se intervir de forma direta no grupo, contudo, se pode afirmar que por causa da inexperiência isso algumas vezes foi acontecendo. Assim como é afirmado pelos autores, Barreto et al., (2010), que enfatizam o facto de ser normal durante o estágio em psicologia, a existência de inseguranças devido a falta de experiência por parte do estagiário.

Conseguiu-se pôr em prática a escuta ativa, como forma de perceber e atender as necessidades de cada uma na medida que estavam dispostas a isso, ou seja, respeitava as situações individuais e de grupo expostas que para elas nesse momento eram importantes.

Outra dificuldade saliente foi com umas das utentes em particularmente, devido ao facto de a reunião ser bastante cedo, e para a senhora em causa, era muito difícil acordar cedo, existindo reuniões em que chegava atrasada e uma ou outra vez nem se quer apareceu. Outra situação imprevista com grande impacto emocional, ou seja, sentimentos de impotência, foi quando umas das utentes teve um diagnóstico de cancro nos intestinos, e inúmeras vezes estava com dores insuportáveis, a senhora tinha muitas dificuldades em conseguir estar sentada, e conseguindo-se observar tanto sofrimento, sem que haja a possibilidade de ajudar no alívio das dores, deixando sentimentos de frustração, mas acima disso, existiu o esforço através da compreensão, das dores e também das suas preocupações.

Foi possível afirmar que o acompanhamento a este grupo de senhoras, acabou por ser um pilar durante o estágio porque posteriormente, ofereceu mais segurança, dando também motivação para continuar nos momentos em que existia menos segurança nas competências.

3.6. Acompanhamento psicológico individual, Caso “Fátima”

A instituição onde foi realizado o estágio, utiliza um modelo de intervenção com valores humanistas, desta forma durante o período de observação e participação, o aluno estagiário teve contacto com essa abordagem, de forma a aumentar os conhecimentos sobre a mesma e fomentar a aprendizagem de técnicas utilizadas no contexto de cuidados

paliativos. A abordagem utilizada pela instituição vai ao encontro da abordagem utilizada no decorrer da formação académica, esta denominada de Abordagem Centrada na Pessoa. Seguidamente, irá ser apresentado o caso de acompanhamento individual que foi realizado autonomamente, mas com a devida supervisão por parte da orientadora do local de estágio.

O primeiro caso diz respeito a utente denominada de Fátima., cujo acompanhamento decorreu entre (maio e junho), perfazendo um total de 3 sessões. O contexto deste acompanhamento foi dentro de um gabinete nas Consultas Externas com uma utente que estava em transição de uma Unidade com objetivos de reabilitação física para um programa de reabilitação psicossocial. Neste caso não foi realizado nenhum tipo de avaliação psicológica, apenas foi respondido as necessidades da pessoa em causa, tentando individualizar ao máximo a intervenção. A seguir segue uma breve descrição do caso com base numa abordagem biopsicossocial.

3.6.1. Uma Abordagem biopsicossocial da utente

3.6.1.1. Identificação Pessoal

Fátima (nome fictício); género Feminino; 57 anos; Natural de Portugal. Mãe e pai já faleceram; uma irmã mais nova e outra mais velha com 1 ano (58 anos); nunca casou e não teve filhos.

3.6.1.2. Motivo da Consulta

A equipa multidisciplinar pensou que este acompanhamento ira ser benéfico para a senhora, estando num período de transição, após ter estado numa Unidade de Reabilitação Física por muito tempo, dependente dos profissionais, mudando-se para uma Residência que está inserida num Programa de Reabilitação Psicossocial, onde existem objetivo como a autonomia e *empowerment*.

A senhora demonstrava sintomatologia ansiosa e outro dos objetivos seria diminuir essa ansiedade.

3.6.1.3. Anamnese Biográfica e História Familiar

3.6.1.4. Fatores desenvolvimentais

Não existem informações relativamente ao período da gestação/parto da senhora. Começou por trabalhar desde cedo, aos 16 anos, a relação com o pai parece ter sido conflituosa e com a mãe não. Parece estar mais próxima com a irmã mais velha, também é quem a visita mais vezes e atribui-lhe mais responsabilidade, como por exemplo a parte financeira dela. Refere ter tido duas relações, mas nenhuma acabou em matrimónio, contudo, de ela ter desejado.

3.6.1.5. Fatores biológicos

Teve algumas complicações a nível de saúde como a Gripe A, Pneumonia, Partiu o Fémur e teve uma cirurgia para colocação de fixação do osso; teve anemia; levou transfusões de sangue. Afirma que aos 16 anos ficou com um “esgotamento” e que dessa altura toma medicação para dormir. Afirma ter Perturbação Bipolar.

3.7. Dados de Observação

3.7.1. Aspeto físico

Apresenta-se vestida de uma forma simples e confortável, não consegue manter uma postura reta ao andar, tem dificuldades em andar, tem uma mão com pouca flexibilidade de mexer os dedos, e anda a coxear com uma perna. Através da observação durante a interação com a senhora, ela apresenta uma atitude ansiosa e deprimida.

Está orientada em todas as funções, vígil e consciente, inicialmente mantém alguma distância, não mostra vontade de cumprimentar com um “passa bem”, apenas verbalmente; aparenta estar com um humor triste; não tem alterações de perceções, apenas verborreica. Durante as sessões conseguiu se lembrar de coisas que já tínhamos falado, portanto não aparenta ter alterações de memória.

3.7.2. Compreensão do Caso

As sessões de acompanhamento com esta senhora foram realizadas num edifício da instituição, na zona das consultas externas, no gabinete onde são realizadas as consultas de psicologia pelas psicólogas da instituição. Desde o início do acompanhamento, apenas

estava eu e a senhora na sessão, e a supervisão foi realizada posteriormente ao fim de cada sessão pela orientadora do local de estágio.

A utente Fátima inicialmente mostrava-se ansiosa, facto que eu percebi, pois não foi a senhora que pediu o acompanhamento, sendo este um ponto negativo para o início de uma relação terapêutica.

A Fátima começou a sessão falando das suas queixas físicas, facto que me leva a pensar que falava daquilo que para ela era mais importante e urgente. Foi salientado que a presença dela ali nesse espaço não foi a pedido dela, mas, tentei deixá-la a vontade, no sentido de ela entender que aquele espaço era da própria é que ela podia falar do que queria. Durante as sessões apercebi-me que a nossa relação terapêutica estava a ficar mais sedimentada e mais confiante. Apesar de começar com a referência às queixas físicas, posteriormente falava mais sobre ela, ou seja, através da comunicação verbal, a Fátima aprofundava mais algumas das suas experiências, as quais por vezes lhe traziam muito sofrimento e outras de saudade.

Desde o início este acompanhamento, não podia ser percebido como um processo de sucesso para a mudança, porque a Segunda Condição não estava presente, ou seja, como não foi a senhora a pedir a intervenção, podemos inferir que a senhora não tinha a percepção da sua incongruência, pois o pedido não foi formulado por si, contudo, posteriormente foi trazendo as queixas da sua vivência existencial dela.

Este processo foi construído numa "base" instável digamos assim, tanto pela falta de experiência da minha parte, ou seja, eu própria enquanto psicóloga estagiária estava, inicialmente, com alguma ansiedade, situação que foi ultrapassada rapidamente e consegui grande parte das três sessões realizada com a senhora, estar centrada nela, escutá-la ativamente para a poder compreender melhor, contudo, senti que me faltava muita experiência para poder perceber o implícito das palavras da mesma. Portanto, a terceira condição (a congruência do técnico) também estava um pouco em deficit.

Penso que acima para além destas dificuldades todas e pela brevidade do acompanhamento, pois teve fim após a terceira sessão devido do problema a nível de saúde mundialmente, ou seja, pelo aparecimento do COVID 19, consegui realizar um acompanhamento psicológico individual, um caso real, com algumas adversidades, mas que posso considerar um pequeno sucesso, tanto pelo *feedback* que a senhora me ia dando após cada sessão e também pela facilidade de falar sobre a experiências dela.

Como explica o autor J. Hipólito (2011) mesmo antes do nascimento de um ser humano, existem traumas que podem acontecer que por sua vez podem moldar a vida futura da pessoa. No caso desta senhora, um trauma biológico/genético que ocorreu tem a ver com a Doença Bipolar que ela refere, teve impacto em algumas das suas potencialidades, condicionando a sua forma de estar no mundo quer ao nível emocional quer na sua relação com os outros e com ela mesmo.

Contudo, este tipo de internamento, permiti-lhe sentir-se em segurança, tendo tudo o que necessita. Se não, estaria sozinha no bairro onde a vida dela foi complicada. Houve durante o percurso existencial outros traumas durante a experiência dela, como a Gripe A, uma pneumonia, uma cirurgia após qual esteve muito tempo em recuperação e um esgotamento aos 16 anos. Contudo, com as ajudas que foi tendo, o seu organismo foi encontrando um equilíbrio para poder funcionar da melhor forma.

A figura significativa na vida da Fátima foi a mãe e após ela ter falecido parece que a sua figura significativa passou a ser a irmã mais velha, com qual está mais próxima.

Podemos afirmar que na Fátima, a tendência atualizante está presente, pois que apesar de todas as adversidades da vida, esta senhora vai atualizando as suas potencialidades ao seu ritmo e o organismo vai-se regulando e mantendo em funcionamento, com a ajuda dos sintomas existentes.

Relativamente ao locus de controlo interno e externo, parece-me que esta senhora possui um locus de controlo externo. Depende na prática dos outros (facto de se encontrar numa instituição) e também atribui parte de culpa pela sua situação, a factos externos a ela, seja a pessoas, como o pai ou a situações como por ex. as doenças ou dificuldades que lhe vão surgindo durante o seu percurso existência.

Na Teoria do Desenvolvimento Psicoafectivo de Hipólito (2011), o autor afirma que a Estima de si depende da existência ou não de uma dissociação entre o Self Percecionado e o Self Desejado, ou seja, quando maior é a dissociação entre os dois Selves, menor é a Estima de si, ou contrariamente, quanto menor é a discrepância, maior é a Estima de si. Neste caso, podemos dizer que a Fátima tem uma autoestima baixa, expressa através do seu discurso: queixas constantes das dores e uma perceção negativa do seu aspeto físico.

3.7.3. Reflexão sobre o Acompanhamento Individual

No acompanhamento da Fátima foi necessária alguma flexibilidade logo desde a primeira sessão, porque não foi possível fazer o que é expectável fazer numa primeira

sessão, ou seja, não se conseguiu logo estabelecer o contracto terapêutico, mas conseguiu-se perceber que para esta senhora era mais importante poder falar de forma livre e espontânea, até porque este acompanhamento não foi pedido pela própria, mas sim foi uma proposta para aliviar o período de transição de uma Unidade de Reabilitação Física para um Programa de Reabilitação Psicossocial. Seria benéfico durante esta transição, ela ter intervenção psicológica, uma vez que vinha a demonstrar um agravamento da sintomatologia ansiosa.

Inicialmente um dos objetivos passou por se estabelecer a relação terapêutica, seguindo-se posteriormente um trabalho terapêutico para diminuição da sintomatologia ansiosa, trabalho este que tem por base, aceitá-la como ela é, ou seja a aceitação incondicional, e deixar liberdade para que naquele espaço pudesse falar e expressar o que para a mesma fosse importante e desta forma, estabelecendo-se a relação, pudesse diminuir a ansiedade, e pelo facto de poder verbalizar sentimentos e emoções relativamente a transição e/ou ingresso na residência, tornar-se mais fácil o processo.

O acompanhamento acabou por ser breve, tendo ficado apenas por três sessões, facto que condicionou a concretização dos restantes objetivos colocados para esta intervenção, alguns estabelecidos desde início e outros que foram surgidos ao longo das sessões. Caso a interrupção das sessões não tivesse ocorrido, teria continuado a trabalhar a relação terapêutica, sendo este um dos objetivos previamente colocados. Também iria dar continuidade ao trabalho terapêutico com vista a redução da sintomatologia ansiosa. Assim como partindo da relação terapêutica que a Fátima estava a estabelecer comigo, através da compreensão da sua situação, bem como também pelas questões trazidas por ela, i.é. através de respostas de compreensão empática, através de validação de sentimentos e emoções expressadas, através da aceitação incondicional e também através da confiança depositada nas forças interiores que ela possui na superação de certas “problemáticas” ou atitudes.

Outro objetivo a trabalhar teria sido, a aceitação das atividades que ela devia realizar, como por exemplo as atividades ocupacionais (leitura, atividades plásticas, ginástica, etc. algumas atividades nas quais a própria teria interesse em participar) que servissem para lhe proporcionar autonomia e “*empowerment*”. Sendo que a Fátima não tinha abertura para as mesmas atividades. Dentro do trabalho terapêutico realizado fazia parte ela perceber as vantagens dessas atividades na vida dela, tornar-se menos dependente das

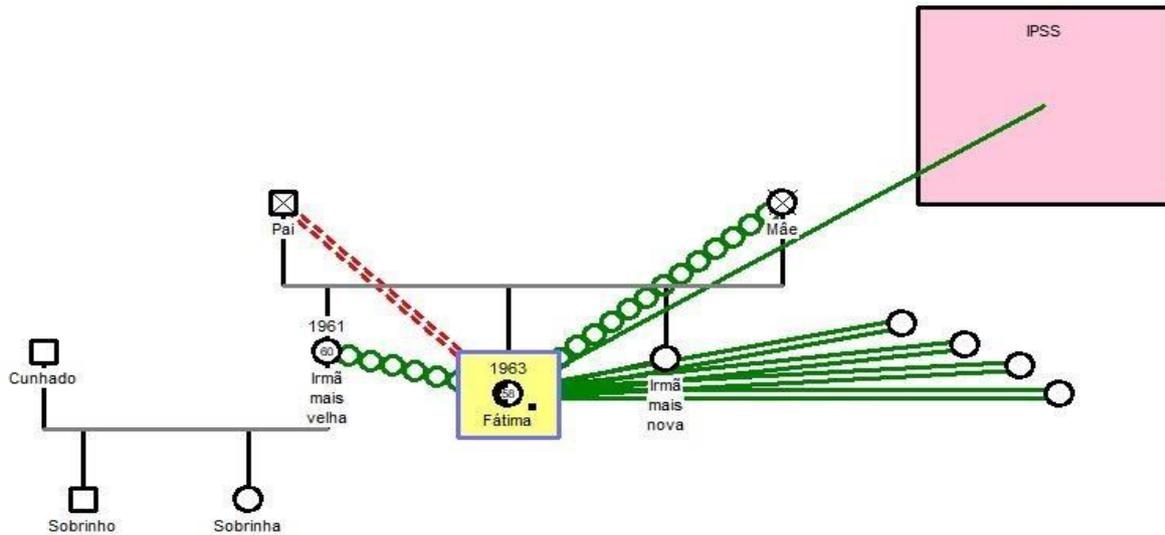
pessoas, encontrar prazer nalgumas tarefas que nesses momentos não tinha vontade de as realizar.

Outro objetivo poderia ser em conseguir ver a parte mais positiva, até das coisas menos agradáveis que lhe pode acontecer, e desfocar o negativismo. Um objetivo seria em poder explorar a dinâmica familiar para poder perceber e melhor a ajudar, entender o que foi inculcado pela família, ou seja, na sua forma de agir e pensar, como uma forma de trabalhar alguns aspetos da sua identidade.

Em suma, penso que existiriam muitos objetivos terapêuticos a trabalhar com a utente, contudo, seria necessário mais tempo. Uma relação mais continuada no tempo e mais profunda – em termos de relação terapêutica – eventualmente poderia até contribuir para que a mudança nos seus comportamentos fosse duradoura, permitindo-lhe alcançar um maior equilíbrio emocional.

Informações recolhidas anteriormente nas reuniões multidisciplinares, indicavam que a utente mostrava uma elevada sintomatologia ansiosa, levou a enviesamentos por parte do estagiário, ou seja, o comportamento e as expectativas tiveram de certa forma uma influência negativa no primeiro contacto com a senhora, pondo em causa a congruência, tendo efeito na relação que se ira estabelecer. Contudo posteriormente, o que foi percecionado pela aluna, não foi o mesmo que foi percecionado pelos restantes profissionais, ou seja, a senhora realmente apresentava alguma sintomatologia ansiosa, mas não da forma que o caso foi apresentado. A informação previa pode levar a certos juízos de valor e podem influenciar a prática do profissional, pois pode não caracterizar a real situação.

Figura 2 - Genograma da Fátima



4. Discussão Global do Trabalho de Estágio

Nesta parte do trabalho, apresenta-se uma discussão geral de todo o trabalho desenvolvido, incluindo as problemáticas da população-alvo e formas de intervenção tendo por base a literatura científica e, uma reflexão pessoal sobre as aprendizagens adquiridas.

A experiência e a realidade com que deparamos no decorrer do estágio, permitenos mencionar que pouco trabalho é realizado neste sentido, ou seja, seria necessária mais experiência antes de começar o estágio, por exemplo mais prática clínica, com diversos estágios de menor duração de forma a adquirir mais competências práticas.

Foi possível observar no decorrer do estágio que, a prevenção, o tratamento e a reabilitação são as preocupações tidas em conta na instituição em causa, visto que, os clientes com este tipo de problemáticas são acompanhados e internados em este tipo de instituições com fins de saúde mental.

Tendo em consideração a experiência adquirida durante o estágio e a revisão bibliográfica apresentada anteriormente, constatamos que trabalhar com estas populações, tanto a nível da psiquiatria como em contexto de cuidados paliativos, é um contacto com a realidade, bastante diferente da teoria, sendo que as características pessoais do aluno podem interferir no processo, como a idade, cultura e traços de personalidade.

Uma grande relevância neste estágio académico, teve a importância das aulas praticas de simulação de entrevistas do 1º ano, onde possibilitou a forma mais próxima de

contacto com o trabalho na vida real de um psicólogo, onde as sessões eram gravadas e posteriormente discutidas de forma a melhorar a atuação.

Muitas foram as aprendizagens, as dificuldades e os desafios superados, num ano tão atípico, por causa do aparecimento da Pandemia por COVID-19, que acabou por trazer mudanças neste percurso que prepara os alunos para a prática real da psicologia clínica. Após interrupção abrupta do estágio por causa da pandemia, seguiu-se um trabalho solitário, com inúmeras frustrações, bastante falta de motivação, pois a riqueza da prática, ou seja, as intervenções realizadas na instituição, assim como, as reuniões com os outros profissionais, oferecem suporte para a autorrealização profissional, mais neste início de viagem, onde a experiência é quase nula.

Após alguma reflexão, conseguiu-se perceber também da importância do autocuidado, da supervisão, da formação contínua, mas também do peso que o desenvolvimento pessoal, individual e em grupo tem, neste tipo de profissão, onde estamos em contacto permanente com pessoas e com as diversas problemáticas que existem. O que ainda se deve melhorar e de que forma, surgem muitas questões, isso só sendo possível quando se está disposto para tal, é difícil, perceber que há coisas a melhorar, mas isso auxilia na mudança, sermos melhores pessoas para nós mesmos e para os outros.

5. Conclusão

O papel do psicólogo é muito importante à nível nacional, mais precisamente em Portugal, isso devendo-se ao envelhecimento da população, que poderá desencadear algumas consequências da área de saúde mental, sendo igualmente uma preocupação, assegurar uma boa qualidade de vida (QV) a estes utentes, porque viver muito poderá não ser sinónimo de viver com qualidade.

A Direção Geral de Saúde tem alguns objetivos para combater fatores de risco a nível da saúde física. Ter em conta apenas a parte física certamente não será suficiente e poderá contar igualmente com a ajuda da prevenção e intervenção pelos psicólogos nas mais diversas áreas, abrangendo tanto à parte psicológica como a física, dados fornecidos pelo Ministério da Saúde (2018).

Contudo, é importante trabalhar a diferentes níveis, desde a prevenção, intervenção e aumento da qualidade de vida, numa medida igual, com a ajuda dos psicólogos, profissionais na saúde mental, podem ter impacto na diminuição do consumo

de psicofármacos, já que a investigação mostra que a psicoterapia tem resultados muito bons nos tratamentos das perturbações psicológicas (Norcross, & Lambert, 2019), é utilizada ao mesmo tempo que os fármacos, a medicação vai diminuir e controlar os sintomas e o papel da terapia será estabilizar a pessoa a longo prazo, oferecendo-lhe ferramentas para lidar com a problemática.

6. Referências

- Allen, D., & Barchard, K. (2009). Identification of a Social Cognition Construct for the WAIS-III. *Applied Neuropsychology*, 16(4), 262-274. <https://doi.org/10.1080/09084280903297727>
- Alpass, F. M., & Neville, S. (2003). Loneliness, health and depression in older males. *Aging & mental health*, 7(3), 212-216.
- Amarante, P. (2007). *Saúde mental e atenção psicossocial*. SciELO-Editora FIOCRUZ.
- APCP. (03 de Abril de 2016). *Equipas de Cuidados Paliativos*. Obtido de Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos: <https://www.apcp.com.pt/cuidadospaliativos/equipas-de-cuidados-paliativos.html>
- Banhato, E. F. C., & Nascimento, E. do. (2007). Função executiva em idosos: um estudo utilizando subtestes da escala WAIS-III. *Psico-USF*, (1), 65. <https://doi.org/10.1590/S1413-82712007000100008>
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167704712010000100004&Ing=pt&tlng=pt
- Barreto, M. C., & Barletta, J. B. (2010). A supervisão de estágio em psicologia clínica sob as óticas do supervisor e do supervisionando. *Cadernos de Graduação-Ciências Biológicas e da Saúde (ISSN 1980-1769)*, 12(12-2010).
- Beauchamp, T., & Childress, J. (2002). *Principles of biomedical ethics*. New York City: Oxford University Press.
- Boin, M. O. (2004). AS LIDERANÇAS NA ORGANIZAÇÃO EMPRESARIAL CONTEMPORANEA: uma abordagem da relação intersubjetiva entre o homem e a organização de trabalho. In *Colloquium Humanarum. ISSN: 1809-8207* (Vol. 2, No. 1, pp. 45-56).

- Brito, A. S. C. D. S. (2014). *Clima organizacional, prazer-sofrimento em três lares de 3ª idade de uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS) de Braga* (Doctoral dissertation).
- Brodley, B. T. (1998). O conceito de tendência actualizante na teoria centrada no cliente. *Tradução de Eurídice Ferreira. A Pessoa como Centro—Revista de Estudos rogerianos*, 2, 37-49.
- Cantarelli, Ana Paula Silva. (2009). Novas abordagens da atuação do psicólogo no contexto hospitalar. *Revista da SBPH*, 12(2), 137-147. Recuperado em 15 de dezembro de 2019, http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151608582009000200011&lng=pt&tlng=pt.
- Carvalho, R. T., Parsons, H. A. (2012). *Manual de Cuidados Paliativos ANCP (2ª ed.)* Publicado por ANCP (Academia Nacional de Cuidados Paliativos)
- Chamorro-Premuzic, T., & Furnham, A. (2008). Personality, intelligence and approaches to learning as predictors of academic performance. *Personality and individual differences*, 44(7), 1596-1603.
- Chamorro-Premuzic, T., Furnham, A., & Moutafi, J. (2004). The relationship between estimated and psychometric personality and intelligence scores. *Journal of Research in Personality*, 38(5), 505-513.
- Chaves, José Humberto Belmino, Mendonça, Vera Lúcia Gama de Pessini, Leo, Rego, Guilhermina, & Nunes, Rui. (2011). Cuidados paliativos na prática médica: contexto bioético. *Revista Dor*, 12 (3), 250-255. <https://doi.org/10.1590/S1806-00132011000300011>
- Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (CNCP). (2016). *Plano estratégico para o desenvolvimento dos Cuidados Paliativos: Biénio 2017-2018*. Obtido de Sistema Nacional de Saúde: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/11/Plano-Estrat%C3%A9gico-para-o-Desenvolvimento-CP-2017-2018-2.pdf>
- Coutinho, A. C. A. M., & Nascimento, E. do. (2010). Formas abreviadas do Wais III para avaliação da inteligência. *Avaliação Psicológica*, 9(1), 25-33. Recuperado em 03 de

abril de 2019 de Almeida, J. M. C. (2018). A saúde mental dos portugueses. Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). *Políticas e estratégias para promover a equidade social em saúde. Documento de referência para o documento de estratégia da OMS para a Europa* (No. 2007: 14). Instituto de Estudos de Futuros.

DGS. (22 de novembro de 2018). *Proposta de revisão do programa nacional de cuidados paliativos.*

<https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=6&ved=2ahUwirvXZ85nhAhVB0RoKHS5jAYwQFjAFegQIBxAC&url=https%3A%2F%2Fwww.dgs.pt%2Fdocumentos-em-discussao-publica%2Frevisao-doprogramanacional-decuidados-paliativos-pdf.aspx&usg=AOvVaw14rMu>

de Araujo Gomes, A. M. (1999). Psicologia comunitária: uma abordagem conceitual. *Revista Psicologia-Teoria e Prática*, 1(2).

Ferrari, R., de França, F. M., & Magalhães, J. (2012). Avaliação da síndrome de burnout em profissionais de saúde. *Revista Eletrônica Gestão e Saúde*, (3), 868-883.

Ferreira, P. L., Antunes, B., Pinto, A. B., & Gomes, B. (2012). Cuidados de fim de vida: Portugal no projeto europeu PRISMA. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 30(1), 62-70.

Fernandes Lopes, R. M., & Welter Wendt, G. (2012). Reflexões teóricas e práticas sobre a interpretação da escala de inteligência Wechsler para adultos. *Acta Colombiana de Psicología*, Vol. 15, no 2 (jul.-dic. 2012); p. 109-118.

Fiske, A., Wetherell, J. L., & Gatz, M. (2009). Depression in older adults. *Annual review of clinical psychology*, 5, 363-389.

Fonseca, M. T. A. (1998). O papel do psicólogo pediátrico. *Análise psicológica*, 16(1), 177-181.

- Gonçalves, E. (02 de março de 2018). *inovação e Qualidade Organizacional no SNS. Cuidados Paliativos*. Obtido de ACSS - SNS: http://www.acss.min-saude.pt/wpcontent/uploads/2018/03/EdnaGoncalves_CuidadosPaliativos_v2.pdf
- Guerra, A. M. C. (2004). Reabilitação psicossocial no campo da reforma psiquiátrica: uma reflexão sobre o controverso conceito e seus possíveis paradigmas. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 7(2), 83-96.
- Instituto Nacional de Estatística (2012). Anuário Estatístico de Portugal 2011. Retrieved Abril,7/2013;
http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOEspub_boui=134725522&PUBLICACOESmodo=2
- Hipólito, J. (2011). *Auto-organização e Complexidade: Evolução e Desenvolvimento do Pensamento Rogeriano*. Lisboa: EDIUAL – Universidade Autónoma Editora
- Lafer, B., Almeida, O. P., Fráguas Jr, R., & Miguel, E. C. (2000). Depressão no ciclo da vida. *Revista Brasileira Psiquiatria*, 22(3), 149-52.
- Leal, I. (2018). *Psicoterapias*. Lisboa: PACTOR – Edições de Ciências Sociais, Forenses e da Educação
- Lopes M. P., & Lopes P. J. P. A. (2016). *Fundamentos da psicologia*. Lisboa, Portugal: Edições MGI.
- Lopez-Silva, P. (2016). The unity of consciousness in pre-psychotic states. A phenomenological analysis/La unidad de la conciencia en estados pre-psicóticos. Un análisis fenomenológico. *Estudios de Psicología*, 37(1), 1-34. DOI: 10.1080/02109395.2015.1122434
- Martín-Baró, I. (1997). O papel do psicólogo. *Estudios de Psicología (Natal)*, 2(1), 7-27.
- Melo, Anne Cristine de Valero, Fernanda Fernandes, & Menezes, Marina. (2013). A intervenção psicológica em cuidados paliativos. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 14(3), 452-469. Recuperado em 05 de novembro de 2019, de

http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S164500862013000300007&lng=pt&tlng=pt

Ministério da Saúde (2018), Retrato da Saúde, Portugal.

Nascimento, T. F. V. O., de Souza, C. C. W. D., Lima, C. P., El Malt, F. I., da Silva, L. C. P., & Barbosa, F. K. (2015). Esquizofrenia: Aspetos Genéticos e Canibalismo. *Unilus: Ensino e Pesquisa*, 12(27), 115.

Nascimento, E. do. (1998). Adaptação da terceira edição da escala Wechsler de inteligência para adultos (WAIS-III) para uso no contexto brasileiro. *Temas em Psicologia*, 6(3), 263-270. Retirado de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413389X1998000300009&lng=pt&tlng=pt

Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (Eds.). (2019). *Psychotherapy relationships that work: Volume 1: Evidence-based therapist contributions*. Oxford University Press.

dos Psicólogos Portugueses, O. (2011). Código deontológico da ordem dos psicólogos portugueses. *Diário da República*, 2ª série, 17931, 17936.

Ornelas, J. (1997). Psicologia Comunitária: Origens, fundamentos e áreas de intervenção. *Ánalise Psicológica*, 3 (XV): 375-388

Porto, P., Hermolin, M., & Ventura, P. (2002). Alterações neuropsicológicas associadas à depressão. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 4(1), 63-70.

Raven, J. (2000). The Raven's Progressive Matrices: Change and Stability over Culture and Time. *Cognitive Psychology*, 41(1), 1-48.

Relatório Mundial da saúde (2002). *Saúde mental: nova conceção, nova esperança*. Climepsi Editores. 1.ª edição, Lisboa.

- Organização Mundial de Saúde (2002). Saúde mental: nova conceção, nova esperança. Climepsi Editores. 1.^a edição, Lisboa.
- Sant'Anna, T. C. D., & Brito, V. C. D. A. (2006). A lei antimanicomial e o trabalho de psicólogos em instituições de saúde mental. *Psicologia: ciência e profissão*, 26(3), 368-383. doi. org/10.1590/S1414-98932006000300004.
- Santos, Ana Flávia de Oliveira, & Cardoso, Carmen Lúcia. (2010). Profissionais de saúde mental: manifestação de stress e burnout. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 27(1), 67-74. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2010000100008>
- Santos, A. E. D., Pedrão, L. J., Zamberlan-Amorim, N. E., Carvalho, A. M. P., & Bárbaro, A. M. (2014). Communicative behavior of individuals with a diagnosis of schizophrenia. *Revista CEFAC*, 16(4), 1283-1293.
- Silva, E. B. T. (2016). Mecanismos de defesa do ego. 2010. Documento produzido em 15-07-2011, publicado em o'Portal dos Psicólogos'.
- Tavares, S. O., Vendruscolo, C. T., Kostulski, C. A., & Gonçalves, C. D. S. (2012). Interdisciplinaridade, multidisciplinaridade ou transdisciplinaridade. *Interfaces no fazer psicológico: direitos humanos, diversidade e diferença*, 5^o, 8-11.
- Twycross, R. (2003). Cuidados Paliativos (2^o ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Unger, K. (1990). Reabilitação psiquiátrica: Filosofia, princípios e investigação. *Análise Psicológica*, 8, 163-169.
- Vieira, L. N. L. (2011). A atuação do psicólogo no contexto hospitalar.
- Vieira, A., Moreira, J. I., Loureiro, K., & Morgadinho, R. (2010). Esquizofrenia e outras perturbações psicóticas. *O Portal dos Psicólogos [Internet]*.
- World Health Organization. (2002). National cancer control programmes: policies and managerial guidelines. World Health Organization.