



UNIVERSIDADE DO MINDELO

DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS, HUMANAS E JURÍDICAS

Curso de Psicologia

4º Ano

RELATÓRIO DE ESTÁGIO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE

Christie Barros Brigham Wannon

Mindelo

Julho 2013

UNIVERSIDADE DO MINDELO

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO REALIZADO NO HOSPITAL
DR. BAPTISTA DE SOUSA**

Discente: Christie Wahnnon

Orientadora: Dra. Tereza Andrade

Mindelo, Julho 2013

*"Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar
uma alma humana, seja apenas outra alma humana."*

Carl Gustav Jung

Agradecimentos

Primeiramente, quero agradecer á minha querida Avó pelo seu amor incondicional e por estar sempre e em todos os momentos ao meu lado.

Á minha Mãe, que nunca deixou de torcer por mim. Sei que as minhas vitórias são as vitórias dela.

Ao meu Pai, que sempre acreditou em mim, e que em momentos menos bons soube-me transmitir confiança, com a sua calma que lhe é característica.

Ao meu “padrastinho”, sempre disponível e muito amigo.

Aos meus irmãos de “alma” que me transmitiram sempre motivação, inspiração e força com as suas doces palavras ou simplesmente por existirem.

Obrigado meu querido “Val” por tudo, minha doce Kira pelas palavras de conforto, meu maravilhoso “Carlix” pelo carinho, meu amigo “Patcha” pela sua incansável ajuda.

Á minha Orientadora Dra. Tereza Andrade, endereço a minha gratidão por tudo o que me transmitiu, pelas suas valiosas orientações, pela sua disponibilidade e pela sua calma. Será sempre recordada por mim, como um modelo a seguir, pois foi sempre um pilar na minha formação.

Á Dra. Zaida Freitas, pelos preciosos conhecimentos e pela sua disponibilidade.

Á todos os meus professores, que me ensinaram a amar ainda mais esta fascinante ciência.

Aos meus colegas, pela partilha e apoio, principalmente á minha querida colega e amiga Mirian.

Á equipa do Serviço de Saúde Mental do Hospital Baptista de Sousa, onde tive oportunidade de criar bons amigos.

Á Dra. Sónia Nascimento pelo apoio e pelas partilhas.

E por fim, mas não menos importante, á todos os pacientes que tive a oportunidade de contactar, um muito obrigado pelos momentos e experiências que jamais esquecerei.

Á todos, um muitíssimo OBRIGADO!

Índice

Introdução.....	1
-----------------	---

Primeira Parte

Capítulo I – Caracterização da Instituição

1.1 – Histórico e Funcionamento.....	2
1.2 – Caracterização Física.....	3
1.3 – Objectivos da Instituição.....	3
1.4 - Principios de funcionamento e dinâmica da Instituição.....	4
1.5 – Caracterização do Serviço de Saúde Mental.....	5
1.6 – Caracterização do Serviço de Pediatria.....	6
1.7 – Caracterização do Serviço de Cirurgia.....	7

Capítulo II – Caracterização da Intervenção no Serviço de Estágio

2.1 – Intervenção no Serviço de Saúde Mental.....	7
2.2 – Intervenção no Serviço de Pediatria.....	8
2.3 – Intervenção no Serviço de Cirurgia.....	9

Segunda Parte

Capítulo I – Apresentação dos estudos de caso

1 - Justificação da escolha dos casos.....	10
2 - Apresentação do Caso 1.....	11
2.1 - Fundamentação Teórica.....	11
2.1.1 – Conceito de Adolescência.....	11
2.1.2 – Modelos de Compreensão da Adolescência.....	11
2.1.3 – Depressão na Adolescência.....	12
2.1.4 – A relação entre o ambiente familiar e a Depressão.....	13
2.2 – Identificação da Paciente.....	14
2.3 – Motivo da Consulta.....	14
2.4 – Antecedentes Pessoais e Familiares.....	14
2.5 - Observação Psicológica.....	15

2.6 – Técnicas utilizadas no caso.....	21
2.6.1 – Escolha e Descrição das provas utilizadas.....	21
2.6.2 – Resultados e Análise das provas.....	21
2.7 – Compreensão do Caso.....	24
2.8 – Hipótese Diagnóstica.....	27
2.9 – Propostas de Intervenção.....	27
3 - Apresentação do Caso 2.....	28
3.1 – Fundamentação Teórica.....	28
3.1.1 – Conceito de Luto.....	28
3.1.2 – Cognações sobre a morte.....	28
3.1.3- Comportamentos usualmente manifestados após a perda.....	29
3.1.4 –As fases do luto por John Bowlby.....	29
3.1.5 – Depressão Reactiva.....	30
3.2 – Identificação do paciente.....	31
3.3 – Motivo da consulta.....	31
3.4 – Antecedentes Pessoais e Familiares.....	31
3.5 – Observação Psicológica.....	31
3.6 – Técnicas utilizadas no caso.....	34
3.6.1 – Escolha e descrição das provas.....	34
3.6.2 – Resultados e Análise das provas.....	34
3.7 – Compreensão do caso.....	35
3.8 – Hipótese Diagnóstica.....	36
3.9 – Propostas de Intervenção.....	37

Terceira parte

Conclusão.....	38
Recomendações.....	39

Bibliografia.....40

Anexos.....41

Introdução

O presente relatório descreve em grande parte os momentos vividos no processo de estágio curricular em Psicologia Clínica e da Saúde realizado no Hospital Dr. Baptista de Sousa no âmbito do 4º ano do curso de Psicologia ministrada pela Universidade do Mindelo.

O estágio teve como objectivo integrar os conhecimentos científicos adquiridos ao longo da formação, preparando assim o futuro profissional para a função de psicólogo clínico e da saúde. Este decorreu num período de 7 meses e foi dividido em 3 fases distintas:

A primeira fase, que durou cerca de um mês teve como finalidade a adaptação dos estagiários á instituição, consistindo em consultas dos processos clínicos, contacto com a equipa técnica e com os pacientes internados na enfermaria de Saúde Mental.

O segundo momento, que teve uma duração de cerca de dois meses, deu-se com a realização de entrevistas aos pacientes internados na enfermaria e assistência às primeiras consultas externas.

A última fase, desenrolou-se nas enfermarias de Saúde Mental, Pediatria, e Cirurgia com a realização das primeiras consultas com o propósito de se proceder a avaliação psicológica. Essa fase durou quatro meses.

O presente relatório é constituído por três partes, sendo que a primeira descreve a caracterização geral do contexto institucional onde se realizou o estágio, bem como a exposição das actividades realizadas nos serviços.

A segunda parte, apresenta dois estudos de casos com a devida fundamentação e compreensão.

A terceira e última parte, engloba a conclusão do relatório, e algumas recomendações na perspectiva do estagiário para a melhoria do processo de estágio.

Primeira Parte

Capítulo I - Caracterização da Instituição

1.1-Histórico e funcionamento

Os alicerces do hospital de S. Vicente foram lançados em 10 de Julho de 1880. A obra só veio a terminar em 16 de Abril de 1899, data em que os empreiteiros José Coelho Serra & cia a entregaram ao Governo.

A inauguração decorre dois anos depois (10 de Setembro de 1901), embora já funcionando parcialmente desde 1899. Seria um Coronel de Artilharia, Sr. Arnaldo de Novais então Governador, à presidir a inauguração das mais importantes instituições do barlavento.

Os anos passavam e o hospital desenvolvia-se e estruturava, para dar resposta às necessidades de uma população que prosperava velozmente.

Na década de trinta (5 de Novembro de 1933) instala-se o serviço de obstetrícia numa enfermaria separada e adaptada e no ano de 1944 inicia o funcionamento de uma enfermaria destinada exclusivamente a doentes de foro cirúrgico.

Em meados da década de cinquenta já estão estabelecidos serviços como a fisioterapia, hemoterapia e reanimação, já funciona o laboratório de análises clínicas e a enfermaria Parteira.

Assim, progressivamente o hospital se constituía e se desenvolvia. Assim sendo, antes da independência de Cabo Verde tiveram início as obras de remodelação e ampliação do novo Hospital de S.Vicente que só viria a ser inaugurado após a Independência e baptizado com o nome de Hospital Dr. Baptista de Sousa.

São nos anos sessenta no despontar de uma nova era tecnológica, onde surge gabinete de electrocardiografia (1967) e se inicia o investimento no ensino e formação de profissionais, com a inauguração da Escola de Enfermagem (7 de Agosto de 1960).

O interesse pela saúde mental, só é expressa a partir de 1980 através de consultas periódicas de um psiquiatra.

Durante a ausência do psiquiatra, um enfermeiro era responsável pela medicação dos pacientes que então recorriam ao serviço. Posteriormente, ainda na década a componente psicológica começa a se estabelecer com a incorporação de um psicólogo no corpo de profissionais. O serviço de saúde mental só foi inaugurado em Janeiro de 1996 como “enfermaria de crise”.

Actualmente, o Hospital Dr. Baptista De Sousa dispõe de 272 camas e detêm cerca de 438 trabalhadores (Técnicos superiores, Técnicos Administrativos e Auxiliares).

Hoje, o Hospital Dr. Baptista De Sousa é um dos dois hospitais centrais de Cabo Verde, e serve as restantes Ilhas do Grupo de Barlavento, especialmente as de S.Antão, do Sal e de S.Nicolau.

1.2- Caracterização física

O Hospital encontra-se estruturado em três serviços principais:

O *Bloco Principal* sustenta no rés de chão, o banco de urgências, a secretaria, a secção de estatística e outros serviços auxiliares; no primeiro andar encontra-se a enfermaria de medicina e o sector de cuidados intensivos; no segundo andar encontra-se a enfermaria de maternidade e no terceiro andar a enfermaria de cirurgia.

No *Bloco Novo* encontra-se os quartos particulares, a farmácia, o laboratório de análises, serviço de esterilização, enfermaria de pediatria, serviço de fisioterapia e o banco de sangue. No primeiro andar há um bloco operatório e a enfermaria de traumatologia.

No *Hospital Velho* coabitam a biblioteca, a central de consulta e alguns consultórios, uma cantina pública, a escola de enfermagem, o serviço de curativos, a otorrinologia, a fisiologia, citologia e o serviço de saúde mental.

1.3- Objectivos da instituição

Os objectivos e atribuições do Hospital Dr. Baptista de Sousa estão exposto no B. O – I serie – Nº 51 da Republica de Cabo Verde – 19 de Dezembro de 2005. Aos Hospitais Centrais são atribuídos os seguintes objectivos:

- I. Prestar cuidados de saúde especializados, curativos e de reabilitação, em regime de urgência, consultas externa e de internamento.
- II. Prestar apoios técnicos aos demais serviços e unidade de saúde;

- III. Participar nas acções de medicina preventiva e de educação para saúde;
- IV. Organizar formação contínua dos seus profissionais de saúde;
- V. Colaborar no ensino e na investigação científica em deferentes áreas de interesse para o país, designadamente através da realização de internamento e de cursos e estágios para profissionais de saúde;
- VI. Servir de centro de formação inicial e de aperfeiçoamento para quadros de paramédicos.

1.4-Princípios de funcionamento e dinâmica da instituição

Os princípios de funcionamento e dinâmica da instituição estão igualmente nos regulamentos já supracitado anteriormente.

A direcção e a gestão dos Hospitais Centrais devem subordinar os seguintes princípios gerais:

- I. A prestação de cuidados de saúde deve ser pronta e de qualidade, respeitando os direitos dos doentes e apoiar-se numa visão interdisciplinar e global deste;
- II. O pessoal de Hospitais Centrais é obrigado ao cumprimento das normas e ética profissional e deve tratar os doentes com maior respeito;
- III. Os Hospitais Centrais devem pôr em prática uma política de informação que permite os utentes o conhecimento dos aspectos essenciais do seu funcionamento;
- IV. A actividade dos Hospitais Centrais deve desenvolver-se de acordo com os planos aprovados e com as linhas de acção governativa definidas para as áreas de saúde governativa definida para a área da saúde e obedece as orientações referidas no artigo 2º;
- V. A gestão dos Hospitais Centrais deve basear-se em critério da racionalidade económica que garante a comunidade a prestação de serviços de qualidade e de menor custos.

1.5 - Caracterização do Serviço de Saúde Mental

O serviço de Saúde Mental encontra-se situado na parte mais antiga da instituição, afastado dos outros serviços disponíveis no Hospital.

A nível espacial, o serviço estrutura-se em duas partes, uma onde decorre as consultas externas, constituída por uma sala de espera para os utentes, dois gabinetes para as consultas de Psicologia, dois gabinetes para as consultas de Psiquiatria, uma sala que funciona como a secretaria do serviço e uma casa de banho.

A outra parte é constituída por dois quartos (um para pacientes do sexo feminino que dispõe de quatro camas, e o outro para os do sexo masculino com cinco camas), um pequeno quintal, três casas de banho, um refeitório e uma sala de reunião, onde se realiza as entrevistas com os pacientes, as reuniões clínicas, as actividades terapêuticas entre outros.

O serviço, dispõe de uma equipa de três psicólogas clínicas, dois psiquiatras, cinco enfermeiros e quatro ajudantes dos serviços gerais.

A enfermaria destina-se á intervenção na crise, recorrendo geralmente ao internamento dos pacientes, visando uma intervenção breve, que tem a finalidade levar os pacientes a organizarem-se e estimular a readaptação social.

Os objectivos dessa enfermaria têm ficado aquém das expectativas, tendo em conta que há uma carência de recursos materiais para trabalhar na terapia ocupacional, bem uma certa desorganização a nível técnico, verificado no serviço.

A intervenção multidisciplinar nos pacientes internados é de extrema importância para a readaptação psicossocial destes, o que não se verifica actualmente no serviço.

Outro aspecto importante que se pode verificar, é o fraco ou quase inexistente relação e envolvimento com os familiares dos internos.

A intervenção na enfermaria tem-se incidido fundamentalmente numa terapêutica biológica, o que poderá explicar os sucessivos regressos dos pacientes á enfermaria.

As consultas externas do serviço estão voltadas para dois tipos de atendimento: as consultas externas de psiquiatria, ostentando um carácter neuropsiquiátrico, onde se baseia fundamentalmente em psicofarmacologia clínica.

Já as consultas externas de psicologia são acompanhadas de uma postura mais holística.

Os psicólogos prestam assim, atendimento psicoterapêutico aos utentes das consultas externas e apoio psicológico aos pacientes internados na enfermaria de Saúde Mental, (embora tem se verificado um certo descuido no apoio psicológico a esse pacientes, talvez devido a uma descoordenação e desorganização verificada na equipa técnica actualmente), e apoio nas outras enfermarias através do sistema de interconsultas existente na instituição.

1.6- Caracterização do Serviço de Pediatria

A enfermaria de pediatria é constituída por um corpo clínico de 6 médicos pediatras efectivos e 3 que trabalham por turno, assistidos por 9 ajudantes de serviços gerais e uma educadora infantil, que dão resposta as demandas das crianças.

Há cinco salas, uma para a observação de crianças com gastroenterites, duas para infecções respiratórias e outras duas destinadas a situações de isolamento.

No fundo do corredor, estende-se dois gabinetes de atendimento e uma sala de reuniões para os médicos. Precedente a estes, pela nossa esquerda, se avista uma sala onde os enfermeiros fazem a triagem das crianças antes que sejam vistas pelo médico e, pela nossa direita uma pequena sala de observação com sete camas.

Entre o comprido corredor e a parte traseira da enfermaria onde se encontram dois gabinetes destinados a consulta externa, cabe um amplo refeitório onde as crianças brincam, fazem as suas refeições e vêem televisão.

É a partir do refeitório que temos acesso a um quarto destinado ao repouso das mães com cinco beliches e uma casa de banho. Tão afastado das camas das crianças que as mães, ou dormem de pé ao lado destas, ou dormem deitadas sem se dar contas quando estas acordem assustadas a noite. Ao fundo do corredor da enfermaria encontra-se um parque de diversões abandonado.

1.7 - Caracterização do Serviço de Cirurgia

O serviço de cirurgia do Hospital, dispõe de sete médicos-cirurgiões, doze enfermeiros, uma assistente administrativa.

A nível de estrutura, tem cinco quartos grandes com casas de banho, dois quartos de isolamento, um quarto para queimados, uma sala de reunião, uma sala de administração, uma sala de terapêutica, uma sala de enfermeiros, uma sala de resíduos e roupas, uma sala de stock de medicamentos, e um refeitório.

Capítulo II - Caracterização da Intervenção no serviço de Estágio

As actividades realizadas no âmbito do estágio tiveram como finalidade o desenvolvimento de procedimentos específicos no campo da psicologia clinica e da saúde. Não esquecendo a importância, do contacto com o quotidiano da instituição, enfrentando assim as dificuldades que vão aparecendo, ganhando um pouco de experiência e vivenciando os prós e os contras inerentes á dinâmica laboral.

O processo de estágio decorreu em três contextos distintos: A enfermaria de Saúde Mental, as consultas externas e as enfermarias de pediatria e cirurgia.

2.1 - Intervenção no Serviço de Saúde Mental

No contexto da enfermaria de saúde mental, diariamente a equipa técnica e os estagiários realizavam o exame psíquico dos pacientes, com enfoque na evolução dos sintomas, de modo a analisar os efeitos do internamento. Estas entrevistas seguem o modelo psiquiátrico centrando fundamentalmente nos sintomas apresentados pelos pacientes e são realizadas ao lado da cama de cada paciente num formato de visita médica.

Foi realizado também pelos estagiários, entrevistas clinicas aos pacientes internados, fazendo as suas histórias de vida, explorando os aspectos psicopatológicos e compreendendo a dinâmica das suas personalidades, na sala de reunião.

Ainda neste contexto, assistíamos aos grupos de terapia ocupacional e de reunião comunitária. Esses grupos visavam proporcionar apoio mútuo na vivência de internamento, auxiliar os pacientes na aceitação das condições de internamento e de sua

patologia, e trabalhar as relações entre os elementos internados e a equipa técnica, com o objectivo de promover a mudança positiva dos pacientes.

Esses grupos mostram-se importantes para a melhoria do atendimento prestado na enfermaria, mas como relatado anteriormente, encontram-se num estado precário devido a falta de recursos materiais, e empenho dos técnicos.

Semanalmente, às quintas-feiras, os estagiários reuniam-se com a orientadora em reuniões clínicas, onde eram apresentados e discutidos os casos em seguimento, expostas as actividades realizadas nas enfermarias, e abordados alguns temas de interesse. Ainda nas quintas-feiras, participava na reunião do grupo de apoio aos alcoólicos, de forma entusiasta, pois era uma actividade que me despertava muito interesse no serviço e foi uma experiencia muito enriquecedora e gratificante para mim.

Nesse grupo, os alcoólicos partilham as suas experiencias, ajudando-se mutuamente, expõe-se seminários temáticos propostos por eles próprios, seguido de discussão, bem como se realiza dinâmicas de grupo.

No contexto das consultas externas, a actuação visava a avaliação e intervenção clinica com o objectivo de identificar, compreender e apoiar nos transtornos psicológicos, preocupações pessoais e outros, apresentados pelos pacientes. Estas sessões realizam-se em cerca de cinquenta minutos dependendo da natureza dos casos.

2.2 - Intervenção no Serviço de Pediatria

No contexto da enfermaria de Pediatria as actividades eram realizadas a volta do lúdico, visando amortecer o impacto da doença e da hospitalização. Neste sentido, a inclusão dos brinquedos, dos desenhos e jogos neste ambiente pode acelerar o processo de recuperação da criança, bem como aliviar a dor física e o sentimento de abandono inerentes a hospitalização, e mostra-se também como forma da criança se exprimir e elaborar a vivência da doença e da hospitalização.

Os atendimentos foram feitos individualmente e maioritariamente em grupos.

Realizava junto com uma estagiária profissional de Psicologia no serviço, actividades em grupo com as crianças através do lúdico, com as mães prestando apoio psicológico, e atendimentos individuais com crianças.

A integração dos estagiários no serviço, não foi muito complicada devido ao apoio e disponibilidade da Dra. Sónia Nascimento, estagiária profissional de Psicologia no serviço.

A passagem pelo serviço teve a duração de um mês.

2.3 - Intervenção no Serviço de Cirurgia

Na enfermaria de cirurgia, as actividades eram realizadas três vezes por semana conforme os dias da visita médica, onde a equipa do serviço, médicos, enfermeiros, psicólogo e assistente social fazem a avaliação de cada paciente internado.

A intervenção nesse serviço, desenrolou-se a volta de apoio psicológico e aconselhamento, dirigido na maior parte das vezes aos diabéticos internados no serviço, na fase pré-cirúrgica e/ou no pós-cirúrgico, bem como aos doentes oncológicos e outras patologias encontradas nos pacientes desse serviço.

A nossa intervenção não abrangeu todos os pacientes internados, mas sim, apenas aos pacientes com necessidade de uma intervenção psicológica: as vezes ao pedido dos médicos, outras vezes ao pedido da psicóloga da enfermaria de cirurgia, e outras vezes fruto de uma triagem feita através de visita dos estagiários à cama dos pacientes.

Foi muito agradável realizar as actividades nessa enfermaria, na medida em que a equipa técnica encontra-se organizada, muito disponível, e consegue-se perceber um funcionamento multidisciplinar muito sólido. Toda essa dinâmica encontrada no serviço, permitiu que as actividades realizadas fluíssem de forma muito proveitosa e útil.

Segunda parte

Capítulo I - Apresentação dos estudos de casos

1 - Justificação da escolha dos casos

O primeiro caso, foi fácil escolher, pois foi o meu primeiro caso de seguimento na consulta externa, tendo eu dedicado muito, mas também pela paciente ser uma adolescente.

Não posso aqui negar um profundo envolvimento com este caso, tendo em conta que ao longo da minha formação tive sempre muito interesse em compreender a fase da adolescência, mas também pela própria paciente em si que me cativou muito, com o seu aspecto frágil, inseguro, e com o seu olhar triste e tímido, pedindo ajuda de forma indirecta e disponibilizando-se em mobilizar todos os seus recursos para me “ajudar” a ajudá-la.

O vínculo terapêutico foi estabelecido de forma muito positiva e sólida, facilitando talvez as mudanças psicológicas e o crescimento da paciente que se foi verificando ao longo do processo.

Este caso me presenteou conhecimentos e vivências que jamais poderei esquecer.

O segundo caso, foi escolhido pelo paciente em si, que tinha perdido a mãe recentemente, estando ainda na fase de elaboração do luto psicológico, bem como pelas suas próprias características, as atitudes genuínas, o sorriso sincero, quase infantil.

O meu interesse primordial, foi investir para além dos conhecimentos aprendidos ao longo da formação, a minha dedicação e empenho em ajudar esses indivíduos a mobilizar recursos que os permitissem lidar melhor com as suas dificuldades.

2 - Apresentação do Caso 1

2.1 – Fundamentação Teórica

2.1.1 -Conceito de Adolescência

A adolescência é a idade da mudança, como indica a etimologia da palavra: adolescência significa em latim “crescer”. A adolescência é uma passagem entre a infância e a idade adulta. Tal como sublinha E. Kestenberg, afirma-se muitas vezes que o adolescente é simultaneamente uma criança e um adulto; mas na realidade ele já não é uma criança, e ainda não é um adulto. Este duplo movimento de negação da sua infância, por um lado, e procura dum estatuto adulto estável, por outro, constitui a própria essência da “crise”, do “processo psíquico” que todo o adolescente atravessa.

2.1.2 - Modelos de Compreensão da Adolescência

As teorizações se articulam em torno de quatro modelos principais: 1) o modelo fisiológico, 2) o modelo sociológico e ambiental, 3) o modelo psicanalítico e 4) os modelos cognitivo e educativo.

1) Modelo Fisiológico

A diferenciação sexual pubertária, que transforma tão profundamente as crianças em adolescentes, é o resultado duma reacção em cadeia, cujo a cronologia é a seguinte: primeiro, uma secreção hipotalâmica que, pelo seu ritmo desencadeia uma secreção de gonatropinas hipofisárias que por sua vez desencadeia segundo um ritmo particular uma secreção gonádica. Esta ultima modula, após um certo tempo, as modificações morfológicas periféricas dos receptores. Em média, este desenvolvimento sobrevém numa idade fixa: 10 anos e meio – 11 anos na rapariga, 12 anos e meio-13 anos no rapaz, mas estes dados cronológicos, nos casos limites, devem conceber-se como idade fisiológica e óssea, e não como idade real, a partir do momento em que existe uma discordância entre o início da puberdade e a idade real.

2) Modelo Sociológico

Os sociólogos estudam a adolescência segundo um duplo ponto de vista: o dum período de inserção na vida social adulta e o dum grupo social com características socioculturais particulares. Assim a adolescência será diferente, segundo épocas, segundo as culturas e

segundo os meios sociais. No modelo de compreensão sociológica, a adolescência não é portanto um fenómeno universal e homogéneo.

3) Modelo Psicanalítico

A perspectiva psicanalítica assenta num postulado: a possibilidade de descrever e compreender a adolescência como um processo psicológico relativamente homogéneo segundo as sociedades. No seguimento de S. Freud, cada um reconhecerá a importância da puberdade, o papel desempenhado pelo acesso á sexualidade e, consecutivamente, o reagrupamento das pulsões parciais sob o primado da pulsão genital. Em contrapartida, a tónica poderá ser colocada, segundo os autores, num aspecto mais específico: a excitação sexual e as modificações pulsionais, o corpo, o luto e a depressão, os mecanismos de defesa, o narcisismo, o ideal do Ego, ou ainda o problema da identidade e das identificações.

2.1.3 - Depressão na Adolescência

A depressão e as perturbações de humor depressivo foram durante muito tempo subestimadas nos adolescentes. Certamente, lado a lado com o autêntico “Episódio Depressivo Major” cuja prevalência é estimada entre 2% e 8%, tendendo a aumentar com a idade, verifica-se em inúmeros adolescentes, um humor depressivo de intensidade variável e com uma frequência, segundo os autores, de 28% a 44% na população geral (D. Marcelli, E. Berthaut, 2001).

Dois terços dos adolescentes que atravessam um verdadeiro período depressivo não são medicalmente e/ou psicologicamente tratados. As consequências destes períodos depressivos são, no entanto, numerosas e por vezes graves. (Marcelli e Braconnier, 2005)

Em 1911, em “Notas Preliminares á investigação e ao tratamento psicanalítico da psicose maníaca- depressiva e estados afins”, Karl Abraham descreve a “distimia primária”, infantil, como núcleo original da depressão do adulto e refere o desapontamento ou desilusão com os pais com o seu factor etiológico específico.

Anna Freud (1944), com Dorothy Burlingham, em “Crianças sem Família”, e René Spitz em 1946, com a descrição da depressão anaclítica na primeira infância, são pioneiros nos estudos da etologia humana em matéria de reacção á perda objectal. Seguem-lhes os Robbertson e J. Bowlby.

Entretanto, concepções teóricas como as de Klein e Winnicott – culpa/ reparação e inquietude/ solicitação – foram permitindo uma melhor compreensão da dinâmica intrapsíquica da depressão na sua própria origem e desenvolvimento.

A depressão é a perda / abaixamento da pressão anímica, traduzindo-se por diminuição da energia psíquica e vital, da libido, da motivação e do interesse pelo real. O seu sintoma patognómico é o abatimento, desaceleração ou abrandamento; não a tristeza, que é mais típica do luto.

Na génese desse abatimento está a perda da esperança de recuperar o afecto perdido; e na continuidade patogénica, a baixa auto-estima (perda no eu, dizia Freud; ruína narcísica, veio a chamar-lhe Edward Bibring) e também a culpa irracional, ilógica – como mecanismos explicativos do abandono afectivo e por indução, com sequente identificação imagóico-imagética, desnarcisante e culpabilizante.

A reparação narcísica, só arranca quando se processa a desidealização do mundo objectal. E assim, também no processo de adultização do período da adolescência, o que importa, fundamentalmente, é fazer a desidealização das imagens infantis (as imagos) parentais.

Deste modo, a depressão é na sua essência, a incapacidade de realizar a desidealização dos objectos, recuperando a idealidade para o investimento narcísico. A depressão é, pois, no fundo, uma depressão narcísica: a pobreza do investimento libidinal do Eu.

(Coimbra de Matos, 2004).

2.1.4 -A relação entre o ambiente familiar e a Depressão

Sabe-se que em qualquer processo de adolescência os pais participaram no trabalho de separação e devem efectuar pessoalmente, tal como o adolescente, um trabalho de luto. No caso dos adolescentes francamente deprimidos, o ambiente familiar é muitas vezes considerado como uma parte do contexto etiopatogénico.

No caso da reacção ansio-depressiva, o ambiente familiar pode desempenhar um papel desencadeador quando essa reacção está ligada a um desacordo conjugal, separação dos pais, uma mudança significativa no seio familiar, á morte de um pai, entre outros.

Mas o meio familiar pode também desempenhar um papel protector quando essa reacção está ligada ao insucesso de uma relação amoroso, a uma ruptura sentimental, a uma dificuldade escolar, ou uma relação conflituosa com outro adolescente ou com um grupode amigos. (Marcelli e Braconnier, 2005).

2.2 -Identificação da Paciente

Nome: J.R.

Idade: 18 anos

Data de Nascimento: 19/02/1995

Escolaridade: 11º Ano

Residência: Monte Sossego

2.3 - Motivo da consulta

Apresenta como queixas, dificuldades em dormir, ataques de pânico ao realizar testes e perda de interesse geral pelas actividades diárias. J.R. foi encaminhada á consulta de psicologia, por um Psiquiatra.

2.4 - Antecedentes Pessoais e Familiares

J.R. é uma adolescente de 18 anos, nascida a 19 de Fevereiro de 1995, natural de São Vicente. Vive em Monte Sossego, e estuda o 11º Ano.

Ela vive com a mãe e mais três irmãos. São três irmãos do pai e da mãe, ela é a primeira dessa fratria. Um dos irmãos de 14 anos vive com a mãe, e o outro de 16 anos vive com o pai. Para além desses, tem mais dois irmãos do lado da mãe que vivem no mesmo lar, um rapaz de 11 anos e uma rapariga de 5 anos e mais quatro irmãos do lado do pai.

O pai e os irmãos vivem em Santo Antão, onde ela costuma ir passar as férias.

J.R. estuda no período de manhã no liceu José Augusto Pinto e á tarde para além de estudar ajuda a mãe a vender queijos e verduras na rua, visto que a mãe encontra-se desempregada há cerca de dois anos, devido ao encerramento de uma fábrica onde ela era operária.

O pai é agricultor e faz criação de gado em Santo Antão. Tem contacto com o pai quando ela vai de férias algumas vezes, ou se ele vier passar alguns dias em São Vicente.

Em relação a concepção e gestação, a mãe da J.R. refere que esta foi desejada, pois nessa altura ela morava com o pai dela em Santo Antão e que queriam ter um filho. Durante a gestação não houve nenhum problema e o parto foi normal.

E ela alega que J.R. foi sempre uma criança muito calma, obediente e saudável.

A mãe diz que quando a J.R. tinha por volta de cinco anos, separou-se do pai, e veio morar em São Vicente com os filhos.

E que desde então ela e o pai da J.R. não têm qualquer contacto a não ser se acontecer algo com os filhos, e diz que ele ajuda muito pouco na educação desses.

Durante toda a entrevista a mãe mostra-se tranquila, colaborante, dizendo ter tido sempre uma boa relação com a filha, e que ela sempre comportou-se muito bem, mas que desde dezembro ela tornou-se diferente tendo “ataques de nervos”, ansiosa, com insónia e desinteresse nas actividades diárias.

Todavia percebeu-se uma mãe apagada, frágil, delicada e pouco activa.

2.5 - Observação Psicológica

J. R. é uma adolescente franzina, aparentando ter menos idade, de aspecto frágil e inseguro, com expressões tímidas e olhar triste.

Ela entra na primeira consulta cabisbaixa e sem vivacidade, não respondendo as questões á primeira, devolve as questões certificando e ganhando tempo para responder.

Apresenta um discurso coerente, porém com algumas dificuldades em concentrar-se, divagando algumas vezes ao responder as perguntas que lhe são colocadas.

Encontra-se visivelmente nervosa, tremendo com a voz, e mexendo incessantemente nas mãos.

Durante a entrevista a paciente mostra-se disponível em responder todas as questões, mas a cada pergunta colocada ela parece estar perdida e sem saber bem o que responder.

Ela explica que desde dezembro que foi passar férias em Santo Antão com o pai e os irmãos, sente-se desmotivada, triste, sem vontade de fazer nada, com muitas dificuldades em dormir. Alega que foi levada ao banco de urgência duas vezes, ao fazer testes de avaliação na escola, porque sentia-se extremamente nervosa, descontrolada, começando a chorar compulsivamente e a gritar.

Diz ter uma boa relação com a mãe, e ressalta que a mãe já esteve internada no serviço de saúde mental, pouco depois de ter ficado desempregada. A mãe era empregada numa fábrica que encerrou-se há cerca de dois anos.

Ela mostra-se um pouco triste em relação ao pai, dizendo que antigamente o pai era muito próximo dela e do irmão, que lhes dava tudo o que precisavam, mas que de uns anos pra cá, ele tornou-se meio distante.

A paciente diz que frequenta uma Igreja (Templo da Restauração) desde criança, mas que agora não se sente motivada a frequentá-la. Refere que tem alguns amigos que frequentam essa igreja.

Nas sessões seguintes, J.R. fala incessantemente na escola, culpabilizando-se por estar a fracassar desde dezembro, tendo em conta que as suas notas desceram consideravelmente, ela que sempre foi uma boa aluna.

Alega ter pavor só de pensar que pode reprovar, dizendo que ela não iria suportar tal acontecimento, pois sente que tem que ajudar a família e deseja um futuro melhor para eles.

Quer fazer o curso de Direito, e para isso diz que precisa ter boas notas e conseguir concentrar-se, algo que ela diz que tem tido imensas dificuldades.

Também, refere que tem tido problemas de memorização.

Diz que se sente cada vez mais inútil, sentindo que a vida não vale a pena, e que já pensou algumas vezes em suicidar-se. Perdeu o interesse pela escola, pela igreja, pelos irmãos, e por tudo o que gostava anteriormente.

Tem tido muitas dificuldades em dormir, apresentando um quadro de insónia, queixando-se de dificuldade ocasional para conciliar o sono, bem como queixa-se de

inquietação e perturbação durante a noite, acordando de madrugada, porém voltando a dormir.

Ela apresenta-se sempre nervosa, a mexer nas mãos e nos cabelos, com o olhar perdido, evitando algumas vezes o contacto ocular.

Questiono-lhe sobre a perda de emprego da mãe, e ela explica que houve muitas mudanças na vida dela e de sua família desde esse acontecimento, pois não os faltava nada, mas que agora têm passado por algumas dificuldades. Actualmente ela tem que ajudar a mãe a vender queijos e verduras na rua, que é a única forma de sustento da família.

E diz se sentir muito preocupada com essa situação na medida que mãe deve dinheiro a algumas pessoas, inclusive uma dessas foram ameaçar a mãe na casa deles.

Ela refere que se sente mal e com medo de acontecer algo com a mãe e com ela e os irmãos.

Com o decorrer das sessões, a paciente mostrava-se mais espontânea e a comunicação verbal foi fluindo de forma muito positiva, onde ela própria contava os acontecimentos dos dias anteriores e de como ela havia se sentido. As queixas iniciais foram diminuindo, apresentava menos dificuldades em dormir, e mais confiante no futuro.

Posteriormente, achei necessário, explorar a fase que a mãe foi internada no serviço de Saúde Mental.

Diz que a mãe foi internada algum tempo depois de ter ficado desempregada, pois esta apresentava comportamentos agressivos e estranhos, tais como, deambular pela noite com irmã que tinha apenas três anos, colocar fogo no lixo dentro de casa entre outros, e por isso os vizinhos resolveram levá-la ao Hospital. Todavia a paciente ressalta que mesmo descompensada, ela nunca os maltratou. Ela segue dizendo que foi uma fase bastante difícil, porque a mãe passou quase dois meses internada, e nesse período, ela teve que cuidar dos irmãos, da casa, vender os produtos para sustento deles e ainda ir à escola. Nesse momento, ela começa a chorar, e está visivelmente emocionada, dizendo que irmã mais nova, teve de permanecer no Centro Juvenil Nhô Djunga, durante o período que a mãe esteve internada, e quando ela ia visitá-la a irmã gritava e chorava muito, querendo ir para casa com ela, o que lhe deixava de rastos.

Apesar de tudo, ela diz que sente feliz, porque a mãe conseguiu recuperar-se e que até agora ela está bem. Mas refere, que anda um pouco preocupada pois a mãe não impõe limites aos irmãos, e que eles andam a desrespeitá-la.

As primeiras sessões decorreram no período das férias de páscoa. A seguir quando iniciou-se o terceiro período lectivo, ela chega apresentando um agravamento das queixas, está claramente mais ansiosa, com um medo irracional de reprovar, e dizendo ter dificuldades no sono, incapacidade de concentrar-se, tendo tido inúmeras dificuldades para registar apontamentos e responder as questões colocadas pelos professores. Mostra-se preocupada e nervosa.

Ela alega ter tido alguns “ataques de nervos” (sic) em casa, quando a mãe lhe pedia algo, ou os irmãos vinham conversar com ela. E que na sequência disso, a mãe disse-lhe que se ela continuar com esses comportamentos, iria interna-la no hospital, pois não sabia mais o que fazer.

Nesse momento ao me contar esses episódios, começa a chorar, dizendo que se sente muito triste porque ela não era assim, que era uma “boa rapariga” (sic) e que todos gostavam dela, mas que agora já não é a mesma pessoa, e que não consegue entender as razões que levam-na a ter esses comportamentos.

Espontaneamente diz que tem um défice de auto-estima e auto-confiança, e que gostaria de conseguir modificar essas condições, pois ela sente que tudo o que faz está errado e sente que decepcionou as pessoas de que gosta.

J.R. fala muito no passado, de como era vista pelos outros, e de como se sente decepcionada com a sua própria pessoa. Ao longo das sessões, foi ficando claro que ela é muito auto-exigente, esforçando-se sempre para ser bem vista pelos outros e tentando fazer tudo o que ela acredita ser moralmente correcto, mostrando-se sempre dura com ela própria.

Ao tentar explorar a esfera sexual, ela mostra-se sempre muito introvertida e fechada, apenas dizendo que há uns meses atras gostava de um rapaz que frequenta a mesma igreja que ela, que eram próximos, conversavam muito, mas desde que ela começou a sentir desinteressada por tudo, também afastou-se dele.

Na sétima consulta, J.R. está claramente eufórica, e começa por me dizer que foi uma semana bastante agitada, pois tentou pôr termo á sua vida, depois de um conflito com o irmão. Ela diz que se sentia bastante pressionada e por isso resolveu ingerir um detergente, mas que nesse momento, os irmãos foram chamar a mãe e ela retirou-lhe o frasco da mão.

Diz que o pai veio de Santo Antão para conversar com ela depois desse episódio, pedindo-lhe que ela não repetisse esses comportamentos.

Paradoxalmente, sente-se que ela está bastante contente, ao relatar que o pai mostrou-se muito preocupado, e que toda a sua família estava aflita devido a essa tentativa de suicídio.

Embora, os conteúdos do seu relato tenham sido preocupantes, sinto que ela está feliz, aliviada e muito menos tensa que nas sessões anteriores.

É notável que a paciente sentia-se cada vez mais próxima de mim, e o vínculo terapêutico estava sendo construído de forma positiva e sólida. Mostrava-se mais confiante no diálogo e despedia-se sempre abraçando-me.

No decorrer do processo, sentia que ela atribuía muito valor a essas consultas, pois ela comparecia todas as semanas, demonstrando sempre muito entusiasmo em partilhar o seu mundo comigo e verbalizando que eu era a única pessoa que ela podia conversar sobre tudo. O seu aspecto frágil, inseguro, carente, me cativava muito, e via o esforço que ele investia em me dar acesso á sua realidade, quase que pedindo ajuda só com o seu olhar sincero e infantil.

Mesmo no período de avaliação psicológica, achei pertinente, nalguns momentos abordar temas tais como as dificuldades inerentes ao período de adolescência, e alteração socioeconómica que se verificou na sua realidade, tentando conter as angustias que ela manifestava.

O Squiggle Verbal (Ver anexo 2.1.3)

Na 5ª sessão, foi realizado o squiggle verbal com o objectivo de reforçar a relação empática com a paciente, avaliar o seu comportamento numa relação de partilha e de proximidade, bem como compreender as suas prioridades e os seus conceitos.

Consegue-se verificar que ela sentiu-se confortável, sorriu muitas vezes, e está muito concentrada na prova. Não mostra nenhum tipo de dificuldade em partilhar esse momento comigo, descrevendo de forma entusiasta os conceitos.

Começo por escrever a palavra “Amor” e ela descreve como um sentimento positivo para nós próprios e para os outros. Os conceitos oferecidos para que eu descrevesse, estiveram a volta felicidade, paz, família, trabalho, vida, tristeza, sinceridade, mais uma vez resumindo o seu contexto actual.

As descrições feitas por ela, nos conceitos como a “protecção”, ela diz se sentir protegida com a mãe, o “futuro” em que ela mostra claramente o medo de não alcançar os seus objectivos, mais uma vez na palavra mãe, ela diz se sentir protegida com ela, e vontade de aproximar-se mais dela. Na palavra “pai” ela diz que o adora apesar de não morarem juntos, mas que sente medo porque ele não lhe dá apoio, mas que sente que nos últimos tempos ele tem se preocupado com ela, mostrando o carinho que ela lhe tem mas também a falta de suporte por parte do pai.

Com a palavra “medo” descreve como um sentimento negativo que lhe faz sentir nervosa e apavorada. Finalmente na palavra “eu” ela remete para conteúdos depressivos e de suicídio, dizendo que as vezes sente que não serve para nada, e que pensa em deixar tudo, mas que a fé em deus lhe conforta, aqui pode-se ver os conteúdos religiosos que estão inerentes a sua experiencia de vida e que podem aparecer como factores de protecção.

2.6 – Técnicas utilizadas no Caso

2.6.1 - Escolha e descrição das provas utilizadas

As provas utilizadas no processo de avaliação foram a Escala de Hamilton para a avaliação da depressão (HAM-D 21 Itens), Teste de Apercepção Temática (TAT).

Preconiza-se a utilização da HAM-D em pacientes previamente diagnosticadas como portadores de transtorno depressivo após avaliação clínica. Uma formulação, sugere que os escores entre 0 e 6 indicam uma pessoa normal em relação à depressão, os escores entre 7 e 17 indicam uma depressão leve, escores entre 18 e 24 indicam uma depressão moderada, e escores mais de 24 indicam depressão grave.

Nesse caso, a Escala de Hamilton foi utilizada para servir de reforço à hipótese diagnóstica de episódio Depressivo, que foi proeminente durante as entrevistas clínicas.

O Teste de Apercepção Temática (TAT) é um teste projetivo que identifica aspectos importantes da personalidade do sujeito. Baseia-se em técnicas projetivas mediante apresentação de pranchas, previamente selecionadas pelo psicólogo, onde o paciente deve desenvolver uma narrativa diante das figuras de cada prancha. As cenas retratam situações ambíguas, e as histórias produzidas expressam sentimentos e necessidades conscientes e inconscientes.

No caso de adolescentes, oferece a possibilidade de analisar as capacidades do adolescente para conflitualizar as situações duais ou triangulares apresentadas nas imagens. Foi muito útil a utilização desse teste, na medida que me permitiu ter acesso ao mundo interno da adolescente, a dinâmica de sua personalidade explorando algumas das suas emoções e os seus conflitos dominantes.

2. 6.2 -Resultados e análise das provas

Escala de Hamilton para avaliação da Depressão (HAM-D 21 Itens)

Através de uma entrevista realizada na terceira sessão tendo em vista os itens da escala foi possível verificar que a paciente, apresenta um humor deprimido, autorrecriminando-se constantemente, refere algumas vezes que a vida não vale a pena, mostrando haver um risco de suicídio presente (nessa altura ainda a paciente não havia tentado suicidar-se), apresenta comprometimentos no sono, uma perda acentuada de

interesse por actividades. A nível cognitivo apresenta um leve retardo á entrevista, como uma lentidão de ideias e fala, alguma dificuldade de concentração, bem como alguma agitação (brinca com as mãos e com os cabelos).

No que toca aos sintomas referentes á ansiedade psíquica, verifica-se uma atitude apreensiva aparente no rosto e na fala, apresenta também sintomas de ansiedade somática.

Verifica-se uma perda de peso, e alguns sintomas somáticos gastrintestinais e gerais. Há uma consciência da doença, reconhecendo que está deprimido, e há uma variação leve diurna dos sintomas. A despersonalização e desrealização, foram consideradas leves. Não se verifica sintomas genitais, paranoides, obsessivos e compulsivos e nem hipocondria.

Obteve um “Score” total de vinte e três (23) pontos sugerindo uma depressão moderada. (ver anexo 2.1.1) conforme os intervalos propostos para a escala de avaliação de Depressão de Hamilton.

Teste de Apercepção Temática (TAT) (ver anexo 2.1.2)

No T.A.T. apresentou histórias pouco elaboradas e de caracter maioritariamente descritivo. Esteve muito insegura na elaboração das histórias, interagindo constantemente comigo, mostrando-me as pranchas e solicitando sempre a minha confirmação. Pedia o meu apoio através do olhar e algumas vezes verbalizando. Responde em fragmentos, e sem continuidade, fazendo longos períodos de latência quer no início das histórias, quer intra frases.

Não se verifica uma pobreza de vocabulário, mas não se poderá dizer que há fluência de vocabulário.

O imaginário encontra-se inibido e bastante agarrado ao concreto.

Se identifica com personagens tristes, pensativas e inseguras, como se pode verificar nas pranchas 1, 3, 10 e 19.

Na prancha 3, pode-se perceber que há uma elaboração de posição depressiva, pois apresenta afectos depressivos. Há uma representação narcísica de si próprio, nos fundamentos mais arcaicos, remetendo para a deformação do personagem.

Também na prancha 19, pode-se verificar uma angústia depressiva, onde a tempestade referida está ligada á tristeza e o devastamento, questionando quando é que esse cenário modifica-se, remetendo-nos ao seu contexto actual. Nessa prancha, está latente um pedido de ajuda.

Numa boa parte das histórias contadas (pranchas 4, 6 GF, 7GF, 10), a aparência física é enfatizada, interpretado como um mecanismo de defesa, a formação reactiva, esse que se caracteriza por manter o impulso indesejado longe do consciente, superenfaticando o impulso oposto, ou seja sobressai uma exacerbação de aspectos físicos, mas que está relacionada com uma debilidade narcísica e com conteúdos de sua auto-imagem.

Na prancha 5, verifica-se a solicitação de apoio na clarificação e compreensão de sua auto-imagem, refere a um candeeiro para ter luz e de não gostar do que vê.

A agressividade encontra-se mal elaborada. Subtilmente verifica-se um medo da agressividade alheia, associado a uma angústia de morte.

Há uma insegurança e uma angústia de solidão muito proeminente, bem como uma angústia relativamente ao futuro, por exemplo na prancha 10, quando refere a cor preta e as rugas da senhora.

As figuras parentais estão presentes, mas pouco afectivos, verifica-se que ela é que solicita o afecto e a atenção.

Na prancha 16, resume a sua vivência, suas expêriencias internas e as experiencias objectivas de forma mais ou menos consciente. Para além de dar um enfoque a sua família, e aos conteúdos escolares, atribuiu-me uma responsabilidade, e um pedido de ajuda.

As necessidades centraram-se a volta de carinho, atenção, de uma modificação da sua auto-imagem, e um suporte familiar que colmate a fragilidade e o medo de futuro que está latente nas histórias.

2.7 -Compreensão do Caso

Tendo em conta a história desenvolvimental e familiar da adolescente, verifica-se que a separação dos pais aconteceu em plena fase Édipiana que como se sabe tem um papel fundamental de organizador central na estruturação da personalidade do indivíduo. Há uma mudança do objecto de amor na fase edipiana, da mãe para o pai, e é precisamente nessa fase que a J. vem viver apenas com a mãe em São Vicente, onde a figura paterna desaparece fisicamente.

Sendo assim, no momento da perda do objecto, a J. não conseguiu retirar o investimento libidinal, ou seja elaborar o luto, e sem esse desinvestimento, a intolerável frustração conduziria a uma estrutura depressiva.

Pode-se verificar que há uma desresponsabilização paterna, com uma ausência física e emocional, provocando assim uma fragilidade egóica.

Essa debilidade egóica, provavelmente poderá advir também da relação com a sua mãe, que aparece como um figura muito frágil, inibida e apagada, que apesar de presente, não transmite segurança.

A fase de descompensação da mãe, surge como um reforço, dessa frágil imago maternal que a paciente construiu e introjetou ao longo da sua vivência.

Podemos deduzir que existe uma ferida narcísica de base, e é nesta medida que Freud (1914) diz que a ausência do olhar libidinizado da mãe, vai dificultar a criança a reconhecer-se e sentir-se amada, e daí para a frente, todas as suas escolhas objectais e realizações terão por base esse período.

O Édipo desempenha também um papel de enorme importância na constituição do Superego e do Ideal do ego. É nesse sentido, que se verifica que o Superego, e a sua função crítica aparecem exacerbados nessa personalidade. Ela é muito auto-exigente, critica-se constantemente por ter falhado, sente que não corresponde a o que as pessoas esperam dela. Esta auto-exigência poderá ser uma defesa á sua fragilidade egóica.

Quando a mãe perde o emprego, a J., carrega a responsabilidade que deveria ser da própria mãe, a do sustento da família, despoletando uma enorme pressão em relação ao futuro, um medo irracional de falhar e de não conseguir dar a família um futuro melhor, isto porque ela reconhece nessa figura materna uma grande fragilidade.

De forma sutil, pode-se dizer que ela parentifica-se, ou seja identifica-se com a figura materna, assumindo os papéis que deveriam ter os pais.

Repara-se que os ataques de pânico, surgem no ambiente escolar e incidem exatamente sobre o foco da sua angústia, os testes ou a avaliação escolar que representa o seu futuro, e o medo de não conseguir ajudar a família. Esses ataques remetem para um sufoco a algo eminentemente ruim.

Na sua história de vida, pode-se contemplar muitas perdas, ou cortes de vínculos, como a separação dos pais, a perda de emprego da mãe, a descompensação e a hospitalização da mãe durante dois meses, tem um valor de precipitante deste quadro.

Através do TAT, verifica-se que há uma movimentação no tempo, deslocando-se para frente, que está relacionada com o medo do futuro, e um movimento ao passado, que relaciona-se com a sua insegurança e fragilidade. Mesmo os grandes períodos de latência, e a constante solicitação de apoio, durante a realização do teste, mostram a impotência e a insegurança que movem a paciente.

Nessa sequência, é sentido na relação terapêutica uma necessidade de afecto e de atenção que ela demanda.

Coimbra de Matos (2001), diz que não há depressão sem culpa e sobretudo sem inferioridade. E assim se reconhece que a disposição depressiva tem sempre uma base de deficiência narcísica.

Como se verificou nos resultados do TAT, também apresenta mesclas de erotismo mal elaboradas. Mesmo nas entrevistas, mostrou-se pouco aberta no que toca a sexualidade.

Assim, esses conteúdos sexuais mal elaborados, podem ser explicados pela separação dos pais em plena fase edipiana, comprometendo a elaboração da triangulação, pela formação de um superego severo verificada na paciente, bem como as crenças religiosas inculcadas no seu sistema cognitivo desde criança.

A relação com o grupo de pares, também, apareceu de forma tímida e quase inexistente, na medida que é uma adolescente muito caseira, onde o seu quotidiano desenrola-se entre o contexto familiar, escolar e religioso.

No decorrer do processo terapêutico surge uma tentativa de suicídio dando a ideia de uma chamada de atenção á família. Esse comportamento é utilizado como estratégia, apesar do risco que envolve, no sentido de obter uma gratificação, ou seja se sentir o centro de atenção e de afecto, pois ela acredita vivenciar o seu mundo, sem importância para alguém.

Não é a toa, que faz essa tentativa á frente dos irmãos, tendo a segurança que eles alertarão a mãe, afim dela conseguir o seu objetivo, que não é a morte mas sim a mobilização da família.

Recorre a uma conduta extrema, como forma de comunicar o seu sofrimento.

Por isso, que ela se mostra exuberante e satisfeita, de ter conseguido captar a atenção do pai principalmente, e da família no geral.

Assim, como diz Braconnier e Marcelli (2000), a tentativa de suicidio surge uma forma de provocar a reacção nos outros, ou seja ela deve ser entendida como um modo de comunicação, um gesto derradeiro e por vezes de desespero em manter ou restabelecer uma relação com os outros, muitas vezes maltratada até então.

No entanto, não se pode esquecer que um gesto deste traduz em geral um sofrimento pessoal e distorções familiares, que se não realizar uma mudança em profundidade, têm sérias possibilidades de persistir.

Assim, tendo em conta as observações, e as informações obtidas ao longo das sessões, e o acima exposto pode-se dizer que a paciente apresenta um episódio depressivo com alguns sintomas de foro ansioso.

2.8 - Hipótese Diagnostica

- Episódio Depressivo Moderado (F32.1 , segundo o CID 10)

Feita a análise e discussão do caso poder-se-á dizer que a J. apresenta um Episódio Depressivo Moderado.

2.9 - Propostas de Intervenção

Propõe-se a terapia psicodinâmica com o objectivo de apoiá-la na compreensão das suas experiencias, atribuindo um sentido aos acontecimentos que ele tem vivenciado. Pois o facto de não compreender os diferentes acontecimentos no seu contexto despoleta os comportamentos de inadaptação.

Também propõe-se uma intervenção individual baseada na Terapia Cognitivo-Comportamental. A Terapia Cognitivo Comportamental na depressão é um processo de tratamento que ajuda os pacientes a modificarem crenças e comportamentos que produzem esse estado de humor. Faz parte desse processo também, identificar as crenças disfuncionais específicas associadas à depressão e as distorções cognitivas mais comuns e a caracterização dos pensamentos automáticos;

Nesse caso propõe-se uma reestruturação cognitiva, a fim de reforçar os pontos positivos verificados no seu contexto, bem como reestruturação da sua autoestima.

Ao longo das sessões, mesmo estando na fase de avaliação psicológica, fiz devoluções, explicando-lhe a fase da adolescência, as duvidas e os conflitos inerentes a essa fase de desenvolvimento.

Foi-lhe reforçado os pontos positivos na sua vivencia, tais como o suporte da família, a forma de sustento da família, a escola, a igreja, e a própria fase de juventude em si.

Em relação ao auto-conceito e auto-estima, foi explorado alguns pontos no sentido de ter acesso as suas dificuldades no que toca a esses construtos. O teste de auto-conceito de Pierr-Haris foi utilizado como guia na exploração desses pontos.

E ao longo de 4 sessões, as respostas oferecidas pela paciente foram discutidas e analisadas. De acordo com as suas respostas, era utilizada estratégias de aconselhamento, e reestruturação cognitiva.

A securização também foi uma técnica utilizada em algumas sessões, com o objectivo de tranquilizar e reforçar a sua auto-estima através de expressões de concordância com uma ideia, atitude ou decisão.

3 - Apresentação do Caso 2

3.1 - Fundamentação Teórica

3.1.1 - Conceito de Luto

Sanders (1999) considera que o luto representa o estado experiencial que a pessoa sofre após tomar consciência da perda, sendo um termo global para descrever o vasto leque de emoções, experiências, mudanças e condições que ocorrem como resultado da perda.

Entende-se por luto não somente a reação vivenciada diante da morte ou perda de um ser amado, mas também as manifestações ocorridas em outras perdas, como separações familiares, de amigos, conjugais. Lembranças de valores emocionais, como mudanças de casa e de país, remetem ao processo de luto. Frente à instalação destas perdas significativas, o luto é visto como um processo mental que as designa.

Considera-se então o luto um processo dinâmico de integração emocional do sofrimento irremediavelmente subjacente á perda. O seu grau de intensidade vai depender de vários factores e condições: do tipo de vinculação com o falecido ás circunstâncias e aos significados da morte, passando, naturalmente, pelas características de personalidade do sobrevivente.

3.1.2 - Cognitiones sobre a morte

As crenças a respeito da perda de um ente querido, serão ativadas e processadas pelo entendimento que o indivíduo tem em relação à morte, ou seja, a reação dependerá do estilo de enfrentamento e dos padrões anteriormente aprendidos e internalizados, interferindo e refletindo, principalmente, na alteração emocional e comportamental, devido aos erros do pensamento (Remor, 1999).

É visível que as implicações frente à morte são inúmeras e, na maioria das vezes, afetam os enlutados, tornando-os incapacitados na reorganização de suas vidas, tanto no contexto familiar como no social. Questões relacionadas à religião, mais especificamente sobre reencarnação, são, muitas vezes, lembradas e referidas nas pesquisas, pois acredita-se que essa crença de vida após a morte fornece um certo alívio nas pessoas enlutadas (Giacóia, 2005).

Os sentimentos de incapacidade, de vulnerabilidade são os preditores das dificuldades intrínsecas da perda; aliás, são os grandes geradores da desorganização que atinge as pessoas que perderam um ente querido.

A elaboração de outras perdas anteriores e as crenças relativas à morte também podem ser fatores que interferem no luto.

3.1.3 - Comportamentos usualmente manifestados após a perda:

- Distúrbios do sono (insónias)
- Distúrbios do apetite (normalmente há uma redução, mas também pode haver um aumento do apetite)
- Comportamentos de distração ("andar aéreo")
- Isolamento social
- Sonhos com a pessoa falecida
- Evitar lembranças da pessoa falecida
- Procurar e chamar pelo ente perdido
- Suspirar
- Hiperatividade, agitação
- Chorar
- Visitar sítios ou transportar consigo objectos que lembrem a pessoa perdida
- Guardar objectos que pertenciam à pessoa falecida

3.1.4 – As fases do Luto por Jonh Bowlby

Bowlby observou quatro fases do luto: 1) o entorpecimento, 2) o anseio, 3) a desorganização e o desespero e 4) a reorganização. Quando as pessoas são noticiadas a respeito da perda, passam por uma fase de choque e negação da realidade, ficam extremamente aflitas, características principais da primeira fase, que tem duração de horas a uma semana – o entorpecimento.

A segunda fase – o anseio –, é marcada pelo desejo de recuperar o ente querido, de trazê-lo de volta. Há buscas frequentes e espera pela aparição do morto; o enlutado passa a ter sonhos com ela e muita inquietação. Logo, culpa e ansiedade são manifestadas após o enlutado compreender a morte, devido a isso entra na terceira fase – o desespero e desorganização, sentimentos de raiva e tristeza são comumente encontrados, pois a pessoa se sente abandonada pela pessoa que partiu e incapacitada de fazer algo. No entanto, depois que a pessoa tiver passado por momentos de raiva, choque, tristeza, entorpecimento, é que vai conseguir se restabelecer. Embora com a saúde presente, e ainda se adaptando às modificações causadas pela perda, poderá retomar suas atividades, completando a última fase do luto – a reorganização (Bowlby,1990).

3.1.5 -Depressão Reativa

A depressão reativa, como o nome indica, ocorre como uma reação a um acontecimento altamente stressante que atinge a pessoa e para o qual ela não consegue reagir adequadamente. Esse tipo de distúrbio é chamado também de transtorno de adaptação por se tratar de uma adaptação da pessoa a uma nova situação criada com o acontecimento stressante. Exemplos de depressão reativa são a morte de pessoas queridas, a perda de um emprego, um rompimento amoroso e outros semelhantes, dependendo do valor dado pela pessoa.

Geralmente a depressão reativa é de curta duração e pode até mesmo desaparecer com alguns cuidados. O termo reativo indica também que a pessoa pode reagir sozinha a esse tipo de depressão.

Um acontecimento stressante mais intenso, no entanto, dependendo da pessoa, pode levar a um estado depressivo mais profundo e mais grave, principalmente se ela passar por outros episódios stressantes logo a seguir.

3.2 – Identificação do Paciente

O A.T. tem 20 anos, natural de São Lourenço dos Orgãos, ilha de Santiago, estuda o 2º Ano de Engenharia Mecânica no ISECMAR, e mora num lar universitário em São Vicente.

3.3 - Motivo da Consulta

Queixa-se de dificuldades para alimentar-se e por isso foi procurar um médico, que depois de ter realizado todas análises, conclui que provavelmente a dificuldade era de foro psicológico. Também tem apresentado alguma desmotivação no que toca aos estudos.

3.4 -Antecedentes Pessoais e Familiares

A.T., é o último numa fratria de sete irmãos, porém são seis irmãos maternos. São quatro irmãs e dois irmãos, o primeiro tem 42 anos e a penúltima, 29 anos.

Refere que sempre morou com os pais, e com a penúltima irmã, até os seus 9 anos pois nessa altura ela viaja para Portugal. A partir daí, passou a viver somente com os pais.

Ao questionar-lhe sobre a sua infância e adolescência, ele alega que essas fases foram muito tranquilas. Diz não ter tido dificuldades no contexto escolar e que passava maior parte do tempo em casa com os pais e às vezes convivia com alguns amigos que moravam na mesma zona e que andavam no mesmo liceu.

3.5 -Observação Psicológica

A.T. é um rapaz alto, magro, e chega a consulta vestido completamente de negro, e com um olhar triste e cabisbaixo.

Actualmente vive em São Vicente, onde estuda o 2º Ano do curso de Engenharia Mecânica no ISECMAR e mora no lar universitário do instituto. Refere que a primeira vez que saiu de casa e de perto da família foi para vir estudar, todavia diz se sentir muito bem e diz que tem aprendido muito, desde que chegou em São Vicente.

Alega que mesmo, em S.L.Orgãos, ele foi sempre muito caseiro e ligado a família.

Realmente, consegue-se perceber atitudes genuínas e quase infantis no paciente, através do seu sorriso sincero, a sua postura comedida, e muito respeitosa e pelo fascínio que

ele demonstra por esta nova fase, onde é a primeira vez que se afasta da família e da sua comunidade.

Alega que a mãe faleceu há cerca de quatro meses, com 61 anos, vítima de cancro no estômago.

Ele diz que tinha uma ligação muito forte com a mãe, confiava muito nela, e que ele a considerava a sua melhor amiga. Segundo A.T., ele passava maior parte dos seus dias “atrás” da mãe, sempre com ela, conversando e ajudando-o em tudo. Ao falar da mãe, nota-se um misto de admiração, nostalgia e tristeza.

Explica-me que a doença da mãe surgiu de forma repentina, que ela foi para Portugal, porém a doença se encontrava já num estado avançado, e então voltou para Cabo Verde onde veio a falecer de seguida. Segundo A.T., tudo se passou num espaço de quase 2 anos. Passou um tempo em Santiago com ela antes de ela falecer, e desde que voltou para São Vicente sente-se algumas vezes sozinho, apesar de ter apoio do pai e dos irmãos.

Com o decorrer de 3 sessões, A.T. apresenta-se cada vez menos cabisbaixo e mais comunicativo. Fala-me das actividades que realiza durante a semana e da motivação para estudar que tem surgido progressivamente.

Diz que tem comunicado frequentemente com o pai e os irmãos e que tem se sentido apoiado por eles.

Ao questionar-lhe sobre os planos que ele idealiza para o futuro, e ele diz-me que quando terminar a sua formação pretende regressar a sua localidade para ficar perto do pai, que ficou sozinho, desde que a mãe faleceu.

Durante a quarta sessão, tento pesquisar as suas crenças e os valores culturais atribuídos ao luto. Ele explica-me de forma compenetrada, de como funciona o luto no seu meio, dizendo que eles têm de manter o luto no mínimo durante um ano, vestindo de preto, e não frequentando festas e discotecas.

Na 5ª sessão, A.T. manifesta-se descontraído e sorridente dizendo que a semana foi tranquila. Ressalta que até fez um teste que lhe correu bem e que agora anda a alimentar-se bem.

A seguir, pergunta-me sobre alguns aspectos do teste que lhe foi aplicado, na sessão anterior (o TAT), dizendo que ficou curioso e a pensar qual era mesmo o objectivo da prova. Devolvo-lhe, explicando-lhe que o teste tinha o objectivo de o conhecer melhor.

Depois, diz-me que tem sonhado constantemente com a mãe, e que tem uma sensação constante que a mãe está sempre presente.

Questiono-lhe como é que ele se sente com essa presença, e ele responde sorrindo que se sente muito confortável e que gosta imenso de senti-la por perto. Continua, dizendo que eu poderia achar estranho, o que ele ia dizer-me a seguir, mas ele adoraria ter alguma forma de comunicar com a mãe, porque ele acredita que a mãe está noutra mundo mas que ela consegue ter acesso a esse mundo.

Devolvo, tentando dar um significado aos constantes sonhos e a vontade de comunicar com a mãe, dizendo-lhe que essas manifestações e desejos surgem, por ele estar vivenciando um processo de luto, onde ele ainda está a aprender a lidar com a ausência da mãe.

Percebo que ele sente-se muito confortável e interessando quando falamos da sua mãe.

Na sétima sessão, chega a consulta, animado e sorridente.

Diz que passeou muito com alguns amigos e que conheceu uma rapariga, que ele sente-se muito bem a conversar com ela.

Refere que sonhou que o pai tinha morrido e que ele tinha reprovado. Devolvo-lhe, clarificando-lhe que esses sonhos, poderão revelar o receio de ter outras perdas no seu contexto, na medida em que vivencia atualmente uma grande perda.

A seguir, retomo as queixas que o trouxe a consulta, questionando-lhe sobre a evolução dessas, e ele responde dizendo que não tem tido nenhuma dificuldade para alimentar-se e nem para estudar. Diz que atualmente sente-se bem.

Durante a sessão, A.T. está sempre a sorrir, e apresenta maior vivacidade.

No total foram realizados 7 sessões com o paciente.

3.6 – Técnicas utilizadas no Caso

3.6.1 -Escolha e Descrição das provas utilizadas

O Teste de Apercepção Temática (TAT) é um teste projetivo que identifica aspectos importantes da personalidade do sujeito.

Baseia-se em técnicas projetivas mediante apresentação de pranchas, previamente selecionadas pelo psicólogo, onde o paciente deve desenvolver uma narrativa diante das figuras de cada prancha. As cenas retratam situações ambíguas, e as histórias produzidas expressam sentimentos e necessidades conscientes e inconscientes.

O Teste de Apercepção Temática foi escolhido nesse caso para compreender o seu mundo interno, as suas vivências, principalmente ter acesso de como tem sido vivenciado o luto.

3.6.2 - Resultado e Análise das Provas (ver anexo 2.2.1)

O paciente apresenta uma certa inquietação na realização do T.A.T., como se tentasse constantemente entender o objectivo da prova, apesar de ter recebido explicações prévias.

As histórias apresentadas pelo paciente, no TAT, são pouco elaboradas. Esteve muito desconfiado na explanação das histórias, mostrando uma certa rigidez em verbalizar os conteúdos.

O imaginário encontra-se inibido na maioria das pranchas.

Não mostra-se muito á vontade ao elaborar as histórias, utilizando constantemente a frase “é complicado”, mostrando uma certa dificuldade na fluência verbal.

Se identifica com personagens tristes e desanimadas como se pode verificar nas pranchas 1, 2, 3B, 8 BM, 13B.

Na prancha 3B e 19, sobressai uma angústia de solidão, bem como conteúdos depressivos.

A angústia de morte (sentimentos de dor, perda, luto, doença) está muito exacerbada nas histórias, tal como se verifica principalmente nas pranchas 8BM, 13 MF.

Pode-se verificar que o sujeito projecta a sua situação actual nas histórias que conta. Na prancha 13 MF, projecta a sua vivência com a doença, com a morte. Apresenta conteúdos que remetem ao luto, á perda do objecto.

Não é a toa, que ele aponta essa prancha como a que menos gostou, pois ele refere que identificou-se com a situação, pois sofreu muito e teve um sentimento de impotência muito grande.

Na prancha 16, mostra uma resistência em imaginar e elaborar uma história, mostrando a sua dificuldade em sair do concreto bem como uma certa desconfiança em relação ao teste, apesar de ter projectado nas outras pranchas toda a sua vivência actual.

A figura materna está muito presente nas histórias, e pode-se verificar na prancha 10, onde a figura feminina é automaticamente identificada como a mãe, também refere que essa figura é como um pensamento, remetendo-nos a ausência física da mãe. Ela aparece como uma mãe, afectiva e que traz segurança. Essa prancha foi apontada como a preferida do paciente.

3.7 - Compreensão do Caso

A.T. um rapaz que sempre viveu muito próximo da família, principalmente da mãe.

Segue para São Vicente, para estudar e é a primeira vez que separa-se da família, o que despoleta uma angústia de separação, exatamente nessa altura, a sua mãe fica doente e vem a falecer, sobressaindo a seguir uma angústia de morte. Com esse acontecimento há uma vivência interna da perda pela morte da mãe e tudo vai entroncar-se no luto.

A perda do objeto de amor, a mãe, significa que ele terá que aceitar que esse objecto já não existe mais, e sabe-se que quanto mais forte for o laço estabelecido entre duas pessoas, maior será o impacto e sofrimento advindos da ruptura desse laço. E percebe-se que existe um vínculo muito forte entre ele e a mãe.

A assimilação desta perda, contudo, não é instantânea, e A.T. encontra-se exatamente nesse processo.

Através dos constantes sonhos que o A.T. manifesta, percebe-se que há uma angústia de futuro, explicado por estar no processo de elaboração do luto.

Assim como nas histórias contadas por ele, no TAT, remete-nos por uma angústia de morte, e de abandono, onde sobressai conteúdos relacionados com doença, perda e solidão, que vão de encontro á situação actual do A.T.

As queixas apresentadas surgem como uma reacção á perda do objecto, porém como se sabe a tristeza, e algum desapego pela vida, fazem parte do percurso normal do luto.

O facto de A.T. estar a vivenciar o seu quotidiano num contexto ambiental diferente, mostra-se como um factor de protecção na elaboração do luto. Pois, ele experiencia esta mudança, como algo positivo e gratificante.

Foi possível perceber, um sistema de crenças culturais bastante enraizadas no paciente, explicados pela própria cultura existente no interior de Santiago. Essas crenças têm um papel fundamental no processo de elaboração do luto, como factor protector, pelo facto de ele acreditar que a mãe continua a protegê-lo mesmo não estando presente fisicamente.

Poder-se-á dizer que os valores culturais que o A.T. tem interiorizado, são manifestados numa personalidade um pouco conservadora, conforme verificada ao longo do processo de avaliação.

Em relação aos recursos internos, pode-se dizer que A.T. possui recursos que lhe permitem vivenciar e elaborar de forma positiva a perda verificada no seu contexto.

No decorrer do processo terapêutico, a certa altura diz que conheceu uma rapariga que se sente bem a conversar com ela, o que provavelmente poderá ser uma transferência positiva á terapeuta.

3.8 -Hipótese diagnóstica

- Episódio Depressivo Reativo (F32.7 CID 10)

Feita a discussão e análise do caso, pode-se dizer que o A.T. apresenta um episódio depressivo reativo ou exógeno.

3.9 -Propostas de Intervenção

Tendo em conta os dados obtidos no processo da avaliação psicológica, propõe-se uma psicoterapia de apoio de curta duração.

Dentre as circunstâncias que são beneficiadas de uma psicoterapia de apoio breve, destacam-se situações de crise e mudanças drásticas provocadas por perdas repentinas, pois o enlutado possui uma necessidade de readaptação rápida e complexa para a obtenção do alívio de sintomas e a restauração no funcionamento do indivíduo. Mostra-se essencial transmitir confiança e apoio. Tendo como objetivo ajudar o A.T. na resolução de conflitos existentes à separação, facilitando a superação das etapas do luto para elaborar a perda da mãe.

É necessário identificar os seus recursos disponíveis e avaliar quais são as suas principais preocupações com vista na superação da perda.

Poder-se-á também trabalhar as crenças que foram apontadas como factores protectores, no sentido de dismitificá-las pois estas não deixam de ser crenças irracionais. Mostrando que o que permanece é a representação dos momentos vivenciados com a mãe, pois futuramente essas crenças poderão ser fontes de frustração.

Ao longo das sessões, foram devolvidos informações sobre o processo de luto, a importância dos factores protectores nesse caso e o reforço de pontos positivos.

Terceira Parte

Conclusão

Ao chegar no final deste relatório, dou por mim a viajar pelos diferentes momentos vivenciados no estágio, e concluo que este percurso me ofereceu a oportunidade de adquirir conhecimentos e experiências que jamais poderei esquecer.

Foi um período muito gratificante, onde tentei buscar todos os conhecimentos adquiridos durante a minha formação, para desenvolver da melhor forma possível todos os objectivos previstos para o estágio. Contudo no decorrer deste processo tinha cada vez mais, a noção do longo caminho que me aguardava e dos inúmeros conhecimentos que estavam e estão, á minha espera.

Embora tenha a clara consciência que inicio agora a minha trajectória no fascinante mundo da Psicologia, posso dizer que sinto que os objectivos delineados para o estágio foram cumpridos.

Foi um período enriquecedor, onde tive a oportunidade de entrar em contacto com o mundo laboral, tendo acesso aos prós e os contras inerentes a esta dinâmica, bem como a oportunidade de lidar com pessoas diferentes que me presentearam com os seus mundos internos.

Cada dia que passava no Hospital Baptista de Sousa, entre os diferentes serviços, revelava ser uma descoberta única e inesquecível, e mesmo alguns contratemplos que foram aparecendo ao longo desses meses, mostraram-se insuficientes para retirar a grandiosidade de cada um desses dias, que contribuíram muito para o meu crescimento como futura Psicóloga Clínica e da Saúde, bem como para o meu crescimento pessoal.

Recomendações

No decorrer do estágio, houve algumas dificuldades, e sendo assim, não podia deixar de fazer algumas recomendações no sentido de se proceder melhorias.

Acredito ser necessário um maior engajamento da equipa de Saúde Mental na integração dos estagiários.

É necessário haver um trabalho de clarificação do papel do psicólogo dentro da instituição, pois esta carência de informação verificada na instituição dificultou a integração dos estagiários nos serviços da mesma.

Recomenda-se uma atitude mais sensível por parte da Universidade, para facultar instrumentos de avaliação psicológica necessários durante o processo, bem como organizar com antecedência o processo de estágio com as instituições em questão, para não haver atrasos no início do mesmo, pois estes atrasos trazem diversos constrangimentos para os estagiários.

Espero que esses pontos sejam verificados, para uma melhor integração dos futuros estagiários.

Bibliografia

Bergeret, J. (1983). *Psicologia Patológica*, 3ª Edição, trad. Washigton Loyello, São Paulo, Editora Masson do Brasil

Braconnier, A. & Marcelli, D. (2000). *As mil faces da Adolescência*, Lisboa, 1ª Edição, Climepsi Editores

Braconnier, A. & Marcelli, D. (2005). *Adolescência e Psicopatologia*, Lisboa, 1ª Edição, Climepsi Editores

trad. Caetano, D. (1993). *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID 10*, Porto Alegre, Organização Mundial de Saúde

Leal, I. (2005). *Introdução às Psicoterapias*, Lisboa, 1ª Edição, Fim de Século

Matos, C. (). *A Depressão*

Rebelo, J. (2007). *Desatar o nó do luto*, 3ª Edição, Casa das letras

Simões, M. (2007). *Comportamentos de risco na Adolescência*, Coimbra, 1ª Edição, Fundação Calouste Gulbenkian

Sprinthall, N. & Collins, W. (1994). *Psicologia do Adolescente – Uma abordagem desenvolvimentista*, Lisboa, 2ª Edição, Fundação Calouste Gulbenkian

Webgrafia

Basso, L & Wainer, R. (2001) *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, Vol. 7, Nº1 , em: http://www.rbtc.org.br/detalhe_artigo.asp?id=138

Powell, V., Abreu, N., Oliveira, I. & Sudak, D. (2008) *Terapia cognitivo-comportamental da depressão*, em : <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v30s2/a04v30s2.pdf>

ANEXOS

Anexo 1 - Organograma do hospital

Anexo 2 – Resultados das Técnicas Utilizadas

2.1 – Anexos do Caso 1

2.1.1 -Resultados do Escala de Depressão de Hamilton (Caso 1)

2.1.2 - Respostas obtidas no TAT

2.1.3 – Squiggle Verbal

2.2 – Anexos do Caso 2

2.2.1 - Respostas obtidas no TAT

Anexos do Caso 1

2.1.1 - Resultados do Escala de Depressão de Hamilton (Caso 1)

2.1.2 – Respostas obtidas no TAT

Prancha 1

Eu acho que o menino está preocupado.....não pode.....não consegue acompanhar as aulas de viola.....

Prancha 2

Acho que é uma paisagem verde.....uma senhora grávida a pensar.....tem uma casa.....aparece como o dia-a-dia, cada um faz alguma coisa. O rapaz e o cavalo.....parece que está a passeá-lo.....é como se o rapaz mostra a sua força. Esta jovem parece uma estudante, tem um caderno na mão ou livro.

Prancha 3

Parece que está triste....triste como forma de ser mesmo....parece ter uma deficiência na costa, está a chorar, como se não quer que ninguém o veja.....como se pode.....posso dizer?....como se estivesse deitado no chão.

Prancha 4

Parece-me, como posso explicar, pessoas antigas, e a rapariga quer pegar o rapaz, mas este não lhe dá atenção.....parecem actores de um filme.....

Ela é bonita, mesmo de característica física, os dois são bonitos, acho.

Prancha 5

Uma casa....parece.....uma sala, a senhora abre a porta e com cara zangada....tem uma flor, em cima da mesa....livros.....candeeiro para ter luz. É como se ela não gosta do que vê.

Prancha 6GF

Um homem de antigamente e quer insinuar para a mulher....a mulher tem olhos estranhos....mas ela é bonita.....parece um lugar, como se diz, um casino.

Prancha 7GF

Parece mãe e filha...é assim?...a sua mãe conta-lhe uma história mas ela está mais preocupada com a boneca. É como se ela estivesse a ver outra coisa...como quando os pais falam, e os filhos estão a ignorá-los. Estão bem vestidos....bem trajados.

Prancha 9GF

Parece uma praia....com arvores....a menina....posso chamar de menina?....está com roupas na mão e vigia a outra que está a fugir.

Prancha 10

Senhora de idade a pensar, como eu, quando estou com as mãos na queixada a pensar. E o rapaz parece que está longe...é como se o homem está vestido só uma parte.....ele tem o cabelo bonito....ele tem uma cara bonita também....a senhora tem rugas, mas está a espiar o rapaz, acho.....ela está vestido de preto, acho.

Prancha 13MF

Um quarto como....mulher e marido.....mas só que parece que a mulher está deitada e despida, como se estivesse a dormir....O marido está de pé, cansado.

Prancha 19

Como é que vou explicar....já entendi....é como o tempo frio nos Estados Unidos da América, não conseguem sair de casa sem vestir bem, por causa da temperatura....não há plantas, por causa do frio....acho....uma casa completamente coberta....vejo uma pessoa que diz: quando é que essa tempestade vai passar?

Prancha 16

A história que eu quero contar é sobre a minha família. Vejo a minha família, juntos sem guerras. Eu respeito a minha mãe e quero estudar para ter um futuro melhor, para ajudar a minha mãe, porque ela já passou por muito. Gostaria que os meus pais tivessem uma melhor convivência. Tenho apoio da minha família mas gostaria que eles me compreendessem melhor, e eu também os compreendesse melhor. Gostaria que quando esse problema passar, que eles tivessem orgulho em mim e eu neles.

Quero conseguir abrir-me cada vez mais contigo, porque és muito importante para mim. Eu tenho que ter esperança, tenho que tentar. Eu já aprendi contigo, que as coisas vão passar. Não devia deixar as coisas abalarem-me, tipo a escola, reprovação, não tenho que me preocupar com isso.

Prancha (+)

Pr. 16 – porque conta a minha história.

Prancha (-)

Nenhuma.

2.1.3 – Squiggle Verbal

2.2 - Anexos do Caso 2

2.2.1 - Respostas obtidas no TAT (Caso 2)

Prancha 1

Complicado....pelos vistos, não sei se estou certo.....a criança toca esse instrumento, mas parece desanimado....é complicado.....gosta do instrumento, mas no dia parece não estar preparado....sem animo

Prancha 2

Aquela senhora ou menina parece aplicada no que faz, mas no momento parece que não está feliz....a outra senhora está relaxada....e o senhor faz o que gosta.

Inq: O que é que ele gosta?

R: Estar junto de um cavalo, gosta de andar de cavalo.

Prancha 3B

Parece que está triste e desanimado e virou as costas ao mundo.

Inq: Porque é que achas que ele virou as costas ao mundo?

R: Porque ele está sem vontade.

Prancha 4

Aquela senhora tenta falar com o senhor, e o senhor não quer saber...parece que é assim.

Prancha 5

Aquela senhora é de casa, tipo, parece pela sua cara que ela não está bem com a sua casa ou com ela mesma.

Prancha 8BM

Pessoa numa operação....aquele rapazinho....parece que a pessoa que está a ser operada é alguém próximo....já sabe que é um momento de dor, e por isso ele não está feliz. Parece que a operação não está a correr bem, pelo o seu rosto.

Prancha 10

Este desenho....esse rapaz parece estar com o pensamento longe...talvez a senhora é a avó ou a mãe....e pela cara do rapaz parece estar feliz. A mulher é como o pensamento do rapaz.

Prancha 13B

É uma criança abandonada com falta de algo e um bocadinho triste

Inq: A criança sente falta de quê?

R: Sente falta de algo ou de alguém, ou até de algo para comer, pode ser uma criança de rua....está meio perdido.

Prancha 13MF

É um senhor, não é?Imagem de tristeza, a pessoa está deitada, está morta, ou muito doente. Se a pessoa estiver doente, não se vê solução e se já morreu, ele chora a sua morte. Talvez sejam marido e mulher, ou mãe e filho. Se a pessoa não estiver morta, a pessoa que está de pé não consegue encarar a situação.

Prancha 19

Esse é complicado...esse é o mar?...consigo ver apenas que é uma casa ou uma gruta, é tipo, isolado, e pelos vistos não está ninguém por perto....é um pouco sombrio.

Prancha 16

Não vejo nada....nao estou a entender....é complicado...posso contar a minha historia?.....não sei....prefiro não contar nenhuma historia.

Prancha (+)

Pr. 10 – Simboliza a minha mãe , embora a perdi, sinto que ela está perto. E a senhora faz-me lembrar muito a minha mãe, porque a senhora é feliz, e mesmo onde a minha mãe estiver, sei que ela está feliz. Não sei...essa senhora parece mesmo com a minha mãe.

Prancha (-)

Pr. 13MF – Não gostei porque estive nessa situação. Quando estive em Orgãos, chorei muito, com os meus irmãos e o meu pai. E eu tentei não chorar junto dela, mas acabei por chorar, porque não conseguia fazer mais nada.

Anexo 3 – Casuísticas

3.1 – Casuísticas

3.1.1 – Casuística dos casos atendidos no Serviço de Saúde Mental

3.1.2 – Casuística dos casos atendidos no Serviço de Pediatria

3.1.3 – Casuística dos casos atendidos no Serviço de Cirurgia

3.2 – Seminários temáticos

3.2.1 – Seminários Teóricos Apresentados nas Reuniões Clínicas

3.2.2 – Seminários teóricos Apresentados no Grupo de Alcoólicos

3.1 – Casuísticas

3.1.1 – Casuística dos casos atendidos no Serviço de Saúde Mental

Nome	Idade	Hip. Diagnóstica	Procedimentos
A.*	54	Esquizofrenia	Avaliação Psicológica
C.*	24	Esquizofrenia	Avaliação Psicológica
E.*	44	Transt. De Personalidade Histriónica	Avaliação Psicológica
L.*	34	Transtorno de Personalidade	Avaliação e Aconselhamento
C.C.*	31	Transt. Psicótico Induzido por substância	Avaliação Psicológica
B.*	31	Transt. Psicótico Agudo e transitório	Avaliação Psicológica
I.**	42	Transt. Somatização	Avaliação Psicológica
J.R.*	18	Depressão	Avaliação e Intervenção
A.**	7	Dificuldades de aprendizagem	Avaliação Psicológica
R.**	8	Depressão Infantil	Avaliação Psicológica
C.**	19	Transt. Psicótico Agudo	Aval. Psicológica
M.**	9	Dificuldades de Aprendizagem	Aval. Psicológica
H.*	35	Transtorno de Personalidade Borderline	Avaliação Psicológica e Aconselhamento
V.*	32	Transt. Psicótico Induzido por substância	Aval. Psicológica

E.*	34	Transt, Psicótico Agudo	Aval. Psicológica
A.T*	20	Depressão Reactiva	Avaliação e Intervenção

(*)Participação Directa

(**) Participação Indirecta

3.1.2 – Casuística dos casos atendidos no Serviço de Pediatria

Nome	Idade	Hip. Diagnóstica	Procedimento
W.	8	Depressão Infantil	Aval. Psicológica
E.	9	Agressividade	Aval. Psicológica
L.	4	Raquitismo	Aval. Psicológica

3.1.3 – Casuística dos casos atendidos no Serviço de Cirurgia

Nome	Idade	Hip. Diagnóstica	Procedimentos
A.*	22	Câncer de Mama	Interv. Na Crise
A.*	35	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool	Aval. e Aconselhamento
J.N.*	27	Depressão	Aval. e Aconselhamento
J.*	58	Diabética	Aval. e Aconselhamento
A.*	80	Diabética	Aval. e Aconselhamento
J.**	29	Auto-mutilação	Aval. Psicológica
A	44	Câncer de Esófago	Aval. Psicológica e Aconselhamento

(*) Participação Directa

(**) Participação Indirecta

3.2 – Seminários temáticos

3.2.1 – Seminários Teóricos Apresentados nas Reuniões Clínicas

Nome	Seminários Teóricos
Dr. Giuseppe	Pragmática da Comunicação Humana
Dr. Giuseppe	Psicoterapias Breves
Dr. Aristides da Luz	Psicofarmacologia

3.2.2 – Seminários teóricos Apresentados no Grupo de Alcoolicos

Nome	Seminários Teóricos
Christie Wahnnon	O Suicídio nos alcóolicos
Dra. Rosangela Varela	A depressão e o Alcoolismo
Christie Wahnnon	Serviço de Saúde Mental – Importância e Mitos