

Relatório de Estágio

Ana Rita Almeida e Sá

Relatório para a Obtenção do Grau de Mestre em Psicologia da Saúde e
Neuropsicologia

Supervisora: Professora Doutora Vera Almeida

Gandra, Dezembro de 2019

Agradecimentos

À Professora Vera, não só pelo excelente trabalho que desempenhou, mas também pelos conselhos, paciência e tempo. Até ao último momento sempre demonstrou disponibilidade para mim, e agradeço imenso!

Ao CHCF, pela oportunidade de estagiar num sítio que muito me ensinou e em particular à Doutora Diana Ferraz por tanto me ter transmitido sobre a vida profissional, mas acima de tudo sobre a compreensão e cuidado a ter com os pacientes.

À minha família: pais, irmã e avós maternos. Infelizmente este percurso não termina com todos presencialmente ao meu lado, mas com todos no meu coração. Foi graças à admiração que me têm, que ganhei forças para terminar esta etapa, sem vos desiludir.

Ao Gil, por tudo o que compreendeu, pelo amor e carinho que me deu, mas acima de tudo pelo companheirismo e apoio, que fortaleceu o meu trabalho e a vontade de investir a minha carreira numa área que tanto gosto.

Rita Correia, não é só o nome que tens igual ao meu, mas também os valores. O melhor da universidade foi ter-te encontrado. Ter alguém com quem partilhar conhecimentos, estudos, encontros...uma etapa da vida!
Muito obrigada!

Sou muito grata a todos, por terem sido parte integrante desta etapa.

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Ana Rita Almeida e Sá estudante do Mestrado de Psicologia da Saúde e Neuropsicologia do Instituto Universitário de Ciências da Saúde, declaro ter atuado com absoluta integridade na elaboração deste Relatório de Estágio.

Confirmo que em todo o trabalho conducente à sua elaboração não recorri a qualquer forma de falsificação de resultados ou à prática de plágio (ato pelo qual um indivíduo, mesmo por omissão, assume a autoria do trabalho intelectual pertencente a outrem, na sua totalidade ou em partes dele).

Mais declaro que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros autores foram referenciadas ou redigidas com novas palavras, tendo neste caso colocado a citação da fonte bibliográfica.

Índice

1.	Introdução	4
2.	Descrição da Organização Geral da Instituição	4
2.1	Hospital – evolução ao longo dos anos	4
2.2	Princípios.....	8
2.3	Estrutura orgânica do Hospital	8
2.4	Enfermaria RAMa	10
3.	O papel do Psicólogo na Instituição	11
4.	Exposição das atividades propostas à aluna	16
4.1	Reuniões Comunitárias	16
4.2	Reuniões de orientação.....	17
4.3	Reuniões de Supervisão	18 <u>17</u>
4.4	Casos Clínicos	19 <u>18</u>
4.4.1	Caso Clínico SB	19 <u>18</u>
4.4.2	Caso clínico H.....	26 <u>25</u>
4.5	Outras atividades	31 <u>30</u>
4.5.1	Dia Mundial da Saúde Mental.....	31
4.5.2	Dia Mundial da Terapia Ocupacional	32 <u>31</u>
4.5.3	Magusto.....	32
4.5.4	Compras de Natal	33 <u>32</u>
4.5.5	Jantar de Natal	33 <u>32</u>
4.5.6	Caça aos Ovos da Páscoa	33
5.	Reflexão final/Conclusão	34 <u>33</u>
6.	Referências	36
7.	Anexos.....	38

1. Introdução

O presente Relatório de Estágio objetiva descrever o percurso vivido, enquanto estagiária de Psicologia a frequentar o segundo ano de Mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia, do Instituto Universitário de Ciências da Saúde (IUCS), no ano-letivo 2018-2019.

O estágio teve a duração aproximada de sete meses; centrado numa das enfermarias da instituição - RAMa – Residência de Apoio Máximo, a sua supervisão ficou a cargo da Professora Doutora Vera Almeida, docente do IUCS. Decorrendo entre os meses de outubro e maio, contou com uma assiduidade da estagiária de três dias por semana, criteriosamente selecionados para que esta cumprisse as tarefas de carácter obrigatório a que teria de comparecer: as Reuniões Comunitárias e as Sessões de Estimulação Cognitiva.

O relatório estrutura-se da seguinte forma: descrição da organização geral da instituição; caracterização do papel do psicólogo; descrição das atividades propostas à aluna e desenvolvidas, com destaque para a exposição de dois casos clínicos acompanhados ao longo do ano pela psicóloga estagiária. Por último, uma reflexão final que traduz as experiências e as aprendizagens adquiridas ao longo deste período.

2. Descrição da Organização Geral da Instituição

“Se as causas da alienação mental estão presentes no meio social, é o isolamento que permite afastá-las, transportando o individuo enfermo para um meio onde as mesmas não podem mais prejudicá-lo.” (Pinel, cit. por Amarante, 2007).

2.1 Hospital – evolução ao longo dos anos

Esta instituição pioneira no tratamento de doentes alienados, foi o primeiro a ter a especialidade de Psiquiatria Forense. Continua a ser considerado uma das mais

importantes instituições de Psiquiatria do país, uma vez que já teve à disposição dos seus utentes grandes nomes da psiquiatria portuguesa (Samagaio, 2008).

Joaquim Ferreira dos Santos é o benemérito que em ordem testamentária, providenciou (graças ao dinheiro disponibilizado) a construção do Hospital. Devido à sua ação, foi atribuído ao Hospital o nome e título do principal doador, um brasileiro torna-viagem natural de Campanhã. Das suas vivências no Brasil, percebeu que no respeitante à saúde mental, Portugal registava um grande atraso se comparado com o Brasil. De facto, em Portugal apenas existia um hospital, em Lisboa, destinado a acolher e tratar alienados, o Hospital de Rilhafoles. No entanto, este era considerado um espaço de depósito de doentes, em vez de ser um local cujo objetivo seria o tratamento de alienados (Pereira, Gomes & Martins, 2005). De acordo com a disposição testamentária que levou à fundação do Hospital, este ficaria sob a dependência da Santa Casa da Misericórdia do Porto (SCMP) que elegeria a comissão administrativa do Centro Hospitalar (Pereira, Gomes & Martins, 2005).

Após a compra do terreno, as obras prosseguiram até à edificação do hospital, que se revelou morosa e muito dispendiosa, 524183\$598 reis. A escolha deste terreno implicou o seguimento dos conceitos da época: a Lei da Assistência a Alienados de 1839, elaborada pelo notável psiquiatra francês Esquirol, que *“aconselhava que um dos primeiros fatores terapêuticos a prestar nessas instituições era afastá-las do bulício das cidades”* (Fonseca, 2003). O terreno onde se situa o Centro Hospitalar foi adquirido em 26 de novembro de 1867, a José Ferreira Pinto Basto e sua mulher, Dona Maria Isabel Ferreira Pinto Basto. A propriedade adquirida, situada na estrada de Guimarães, na freguesia de Paranhos, tinha uma área de 120000m² e era composta por casas nobres, cavalariças, jardim, pomar, terra lavradia, mato, pinhal e castanhal, tudo morado em roda. Assim se cumpria o testamento de doador: *“Quero que meos testamenteiros empreguem todo o remanescente da minha fortuna, separando os ditos 100000\$000 réis para este herdeiro, em construir onde julgarem conveniente, um edifício para Hospital de Alienados, não devendo gastar no edifício mais d’uma terça parte do remanescente, e acabada a obra, e, mobilado o Hospital, farão entrega à Santa Casa da Misericórdia desta cidade, não só do edifício, mas também dos fundos sobrantos, previamente empregados em efeitos de credito publico, que farão averbar a favor do Hospital, e à mesma Santa Casa prestarão contas da sua gerência com respeito aos remanescentes.”* (Samagaio, 2008).

A 24 de março de 1983, assistiu-se à solene inauguração, tendo sido admitidos os primeiros 29 doentes (alienados). Este Hospital era constituído por 14 enfermarias, e todas tinham em comum o facto de serem amplas, iluminadas e terem ventilação e água. Além disso, as enfermarias eram compostas por espaços de lazer: salas de recreio, jardins e parques que sempre se mantiveram asseados e agradáveis, uma preocupação mantida ao longo dos anos. (Pereira, Gomes & Martins, 2005). Ao longo da sua existência, o Centro Hospitalar foi sofrendo obras para garantir as melhores condições aos seus utentes, uma vez que surgiram problemas relacionados com a edificação do Hospital. De 1887 a 1888, vários acrescentos ao edifício primário garantiram um pavilhão de dois andares com acomodações tanto para o diretor como para o médico-adjunto e respetivas famílias e, ainda, habitações para funcionários (necessidade não atendida no projeto inicial, obrigando-os, portanto, a viver nas mesmas alas que os doentes - Relatório dos Atos da Mesa da SCMP). De 1890 a 1891, foi solicitada a construção de células de isolamento destinadas aos alienados agitados, pois as 28 existentes, (atendendo a uma população de 397 alienados), revelavam-se notoriamente insuficientes (Relatório dos Atos da Mesa da SCMP). Também a higiene hospitalar estava a ser posta em causa, sendo evidentes os sinais de declínio. Só a partir de 1926 esta situação é revertida. Tal deve-se ao facto de o governo da época ter atendido aos pedidos da Mesa para uma intervenção estatal nesse sentido, sido aumentados os subsídios. No entanto, apesar destes novos incentivos prestados pelo Estado, o então diretor Doutor Bahía-Júnior afirmou que as funções do Hospital estavam a ser desvirtuadas, uma vez que os serviços que prestava o caracterizavam como asilo de doentes crónicos e que a admissão dos doentes não obedecia a um critério clínico, estando subordinada, antes, à indicação da Direção Geral da Assistência “*que procura internar com mais urgência aqueles que aparentemente maior estorvo causam à sociedade, os quais nem sempre são os que mais proveito tiram do seu internamento, nem aqueles que a sociedade mais necessita de acautelar*” (Marques-Teixeira, 2002 cit. por Santos, 2008).

Ao longo dos 136 anos do Hospital, fizeram parte da sua direção clínica notáveis personalidades da Psiquiatria Portuguesa. António Maria de Sena foi o primeiro. Dois anos antes de abrir, já se conhecia o primeiro diretor clínico do Hospital que, no interregno até à inauguração, dedicou o seu tempo a viajar pela Europa de modo a melhorar os seus conhecimentos e, posteriormente, aplicá-los no Hospital. Foi discípulo

de Pinel, apesar de nunca se utilizarem, nesta instituição, os métodos mais drásticos e violentos de contenção, como algemas; foram, no entanto, usados coletes de força. Sena criou a primeira legislação de proteção dos doentes mentais: “A lei de Sena” e promoveu um legado científico e estudantil muito importante, através do qual surgiram ilustres psiquiatras: Júlio de Matos, Magalhães Lemos, Bahía-Júnior e José Adriano da Silva Fernandes. Em 1974, o Estado Português assume a gestão da instituição, retirando-a à SCMP e provocando algumas alterações funcionais. Estas modificações levaram a disponibilização de um Serviço de Urgência que cobria toda a área metropolitana oriental do Porto, parte do Concelho do Porto e outras áreas mais distantes. Verificou-se um período de grande dinamização e modernização, característica da assistência psiquiátrica no Hospital, que se traduziu num forte empenhamento na desinstitucionalização dos doentes crónicos, num investimento na vertente comunitária da assistência psiquiátrica, na reorganização dos serviços, nomeadamente na informatização e organização das estatísticas hospitalares, na formação contínua do pessoal de enfermagem e na criação de novas áreas de avaliação-intervenção (psiquiatria forense, gerontopsiquiatria, novas técnicas de intervenção psicoterapêutica). Uma vez que a política de saúde mental se orienta para uma vertente comunitária da assistência psiquiátrica, é iniciado em, 1996, um longo processo de negociações entre o Ministério da Saúde e a SCMP, com o objetivo de restituir as instalações e a gestão clínico-administrativa ao seu primeiro proprietário; no entanto, todo este processo revelou-se um cataclismo tanto ao nível do funcionamento como da conservação do estabelecimento (Marques-Teixeira, 2002, p. 37 cit. por Santos, 2008). Devolvida a gestão do Hospital à SCMP sob o comando do Senhor Provedor José Luís Novaes, a 1 de Janeiro de 2002 (Marques-Teixeira, 2002), tendo sido definido um plano de desenvolvimento pela direção da altura. Esse plano baseava nos seguintes pilares: devolver ao Hospital o estatuto de grande centro de assistência, formação e investigação na área da psiquiatria e saúde mental; evidenciar e desenvolver todo o legado histórico desta instituição; projetar a instituição para o topo da formação e investigação na área das ciências do comportamento em geral e da psiquiatria em particular (Marques-Teixeira, 2002). Atualmente o Conselho Executivo do hospital é composto pelo seu Presidente, Doutor Jorge Dias (Mesário da Misericórdia do Porto); Vice-Presidente, Doutor Agostinho Branquinho; pela Diretora Clínica, Doutora Rosa Gonçalves e o seu Administrador, Doutor Ângelo Duarte.

2.2 Princípios

O hospital em causa, enquanto instituição psiquiátrica pioneira em Portugal, apresenta um funcionamento regido por princípios que regulam os serviços prestados aos seus utentes. É considerado um estabelecimento de referência nacional e internacional, na área da Saúde Mental, que recorre a conhecimentos científicos inovadores na assistência integral da comunidade-alvo, através de atividades individuais ou grupais, o que promove o desenvolvimento científico na área da Psiquiatria. O seu funcionamento está vocacionado para a assistência, formação e investigação na área da Psiquiatria e Saúde Mental. O Hospital continua a assegurar um apoio técnico e humanizado, através de cuidados prestados, em regime de internamento e de ambulatório, a doentes psiquiátricos ou com perturbações aditivas. Tem como missão providenciar um atendimento de elevada qualidade em saúde mental num ambiente multidisciplinar e humanizado e, também, participar na investigação e no ensino pós-graduado. É, assim, assegurado um atendimento especializado e terapêutico, recorrendo ao uso combinado de medicação e terapias não farmacológicas. Cada enfermaria tem ao seu dispor uma equipa multidisciplinar que utiliza a Estimulação Cognitiva, a Estimulação da Autonomia para as Atividades da Vida Diária, a Terapia Ocupacional, a Estimulação Psicomotora e a Fisioterapia. São vários os valores que esta instituição assume na sua conduta de prestação de serviços, nomeadamente cuidar do doente, unir e criar valor na comunidade, inovar para melhores serviços e resultados, fomentar o desenvolvimento científico na área da Psiquiatria, privilegiar uma atuação de excelência e a responsabilidade por todas as suas ações (Site da SCMP).

2.3 Estrutura orgânica do Hospital

Este Centro Hospitalar é composto por vários edifícios, onde se encontram as 7 enfermarias dos doentes residentes (cerca de trezentos). Fazem parte deste centro, ainda, outros edifícios destinados aos vários serviços que servem a comunidade hospitalar como, por exemplo, as oficinas do serviço de Terapia Ocupacional.

O Hospital de Dia é uma entidade constituída por uma população alvo com doença mental grave e que necessita de programas integrados de reabilitação, com vista a uma resposta de melhor inserção na comunidade. De acordo com o Ministério da Saúde (2005), este serviço “é uma estrutura organizacional de uma instituição de saúde com um espaço físico próprio onde se concentram meios técnicos e humanos qualificados, que fornecem cuidados de saúde de modo programado a doentes em ambulatório, em alternativa à hospitalização clássica, por um período normalmente não superior a 12 horas, não requerendo estadia durante a noite”. Considera-se, assim, que este serviço é uma alternativa ao internamento hospitalar, com o objetivo de manter a continuidade do tratamento nos utentes que o falham aquando da carência de supervisão. O Hospital de Dia é considerado uma extensão do tratamento em ambulatório e uma forma de reabilitação e apoio a doentes crónicos.

Existe, também, um edifício que se destina à Consulta Externa, com a possibilidade de realização de Consulta Solidária das especialidades: Psiquiatria e Psicologia; e a hipótese de fazer avaliações da PSPT de utentes da Liga dos Combatentes.

Neste Centro Hospitalar, existem oficinas da Terapia Ocupacional, uma vez que esta é considerada importante para a intervenção terapêutica. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), Terapia Ocupacional é a ciência que estuda a atividade humana e a utiliza como recurso terapêutico para prevenir e tratar dificuldades físicas e/ou psicossociais que interfiram no desenvolvimento e na independência do cliente para as suas atividades de vida diária, trabalho e lazer. Ora, graças à sua participação nas atividades propostas por este serviço, os utentes podem sentir-se pessoas criativas e capazes, cumprindo, assim, o princípio desta Terapia, que por meio “do fazer”, leva o paciente a reconhecer-se como sujeito que cria, atua, reconhece, organiza e gere o seu quotidiano (Alvarez *et al*, 2012). São diversas e variadas as oficinas e atividades: labores, cartonagem, expressão plástica e teatro, ginástica, natação, musicoterapia, dança-terapia.

Para benefício dos utentes, existe um serviço de Fisioterapia que responde às múltiplas necessidades dos doentes na procura do êxito da reabilitação, ajudando o paciente a atingir um nível superior de funcionalidade. Nesta instituição, foi também criado o Serviço de Nutrição, uma vez que a alimentação é um fator importante na

etiologia e no funcionamento do organismo dos pacientes, uma mais valia no tratamento dos utentes. Este Hospital tem, também, o privilégio de ter, na sua estrutura, um Núcleo Museológico muito rico que pode ser visitado por qualquer pessoa.

O estabelecimento inclui, igualmente, o Parque José Avides Moreira, com três hectares de espaço natural, destinado ao desenvolvimento de um projeto de hortas terapêuticas, abertas à comunidade circundante e não exclusivamente aos utentes. De modo a servir toda a comunidade, existe o Centro de Dia para Doentes de Alzheimer e outras Demências que acolhe utentes com estas patologias, de ambos os sexos, residentes no concelho do Porto (SCMP).

2.4 Enfermaria RAMa

A Residência de Apoio Máximo de Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental (RAMa) viu o seu funcionamento iniciar-se em maio de 2018 e alberga utentes residentes e outros vindos de outro hospital e que iniciaram a sua estadia no Hospital, nesta enfermaria. A permanência do utente aqui não tem um tempo definido, uma vez que ao fim do ano é feita uma avaliação que tem como referência a CIF (Classificação Internacional de Funcionalidade); mediante os resultados, a equipa técnica decide o que é melhor para o paciente: alta ou continuidade da permanência. São vinte e quatro os utentes que frequentam esta enfermaria, criteriosamente selecionados, de modo a que a condição que apresentavam fosse passível de intervenção, cumprindo-se, então, os objetivos desta residência. Semanalmente, realiza-se uma reunião comunitária que conta com a presença dos técnicos e dos utentes, concretizada sempre no mesmo horário para desta forma, permitir uma maior participação dos doentes. Posteriormente, realiza-se a reunião técnica com, apenas, a participação dos técnicos (Psiquiatra, Psicólogo, Enfermeiros, Terapeuta Ocupacional, Assistente Social e Nutricionista) para a tomada de decisões relativamente às várias atividades e processos individuais de cada utente.

A RAMa tem a finalidade de definir um Projeto Individual de Intervenção e acompanhar a sua execução. É permitido, a todos os utentes, recuperar as suas competências psicossociais e reintegrar-se na sua família e comunidade, sendo este o principal objetivo deste tipo de Residência. Simultaneamente estão presentes também, outros objetivos, nomeadamente, manter as competências cognitivas e, se possível, melhorá-las e trabalhar sobre a sintomatologia negativa própria da doença, pois esta

diminui a motivação do doente para a participação nas atividades clínicas e ocupacionais e seu cumprimento das atividades clínicas e ocupacionais propostas pelos técnicos. Tendo em vista o cumprimento dos objetivos propostos pela residência, verifica-se como fundamental o envolvimento da família/figuras de referência e comunidade com os utentes, uma vez que se trata de um projeto de reabilitação social.

Este tipo de projetos pode ser desenvolvido em vários contextos: ambiente multidimensional, estruturado em contexto residencial ou em ambulatório, numa Unidade Socio-Ocupacional ou Equipa de apoio Domiciliário (Guia de Referenciação para as unidades e equipas de saúde mental da RNCCI). Relativamente aos utentes inseridos no projeto, estes devem ter idade superior a dezoito anos e ser pessoas diagnosticadas com doença mental grave, clinicamente estabilizada, e com tendência crónica, resultante em incapacidade psicossocial.

3. O papel do Psicólogo na Instituição

O trabalho desenvolvido pelo Psicólogo consiste na aplicação de técnicas e conhecimentos científicos e na elaboração de psicodiagnósticos, no processo de avaliação, planeamento e tratamento, prevenção, intervenção psicológica e psicoterapia (Cunha, Cremasco & Gradwohl, 2016). A este profissional de saúde é atribuído um papel determinante na compreensão e promoção da mudança do comportamento humano a vários níveis. Assim, além da importância de definir o papel do Psicólogo no Hospital Psiquiátrico Geral, é relevante compreender a população que nele reside. Estes utentes apresentam doença mental grave e crónica, sendo esta caracterizada por *deficits* crónicos no funcionamento pessoal e social, tornando estas pessoas incapazes de realizar as atividades básicas da vida diária. Ademais, é de referir que muitos dos utentes estão desempregados, dependem de serviços de assistência social para sobreviver, carecem de cuidados de saúde adequados e não têm suporte familiar. Além disso, têm de lidar com o estigma e a discriminação que provém da sociedade, o que implica, para eles, um esforço extra. (Shadish, Lurigio, & Lewis, 1989). Para potenciar a integração destas pessoas na sociedade e promover a quebra do estigma associado aos

doentes mentais e às instituições que os acolhem, os técnicos de saúde do hospital dinamizam atividades. Os utentes são mais que a sua doença e mostram-se, assim, capazes de realizar diversas atividades com elevado grau de dificuldade, tal como os demais; no entanto, apresentam inúmeras dificuldades em tarefas básicas do quotidiano, como, por exemplo, a gestão do seu orçamento, a orientação espacial, as tarefas domésticas e, ainda, o solucionar problemas do dia-a-dia. É no sentido de suprir estas desabilidades que o psicólogo intervém com a estimulação cognitiva.

De facto, são vários os papéis do Psicólogo numa instituição Psiquiátrica, isto é, este profissional de saúde desenvolve um vasto leque de funções. Segundo Cukier (2002, cit. por Brito Sant'Anna, 2006), os papéis desenvolvem-se em três etapas: *role-taking* (tomada de papel); *role-playing* (desempenho de papel) e *role-creating* (criação de papel). Por *role-taking*, entende-se estar num papel na própria vida, nos limites do seu contexto relativamente coercivo e imperativo, como, por exemplo, ser mãe. Considera-se desempenhar um papel (*role-playing*) a personalização dos costumes sociais, que têm ou, pelo menos, aparentam ter, forma finalizada. Numa fase mais avançada, a pessoa amplia e aprofunda os limites do papel e desempenha-o de maneira mais livre e mais criativa (*role-creating*). Generalizando, nessa perspetiva, a compreensão do papel do psicólogo na instituição psiquiátrica visa a apreciação das suas ações que se inserem na história da sua profissão na história das instituições psiquiátricas e da loucura, e incluem as características pessoais de cada profissional e da instituição em que está inserido, o que resulta numa combinação dinâmica que não se atualiza imediatamente a partir de uma lei.

Cummings (1992) constatou que, embora a inserção de Serviços de Psicologia nos Hospitais dos Estados Unidos da América (EUA) tenha acontecido desde a década de 50, existiam poucos profissionais de Psicologia a trabalhar em Hospitais (Sheridan, 1999). A *American Psychological Association* (APA) foi o órgão responsável por regulamentar a prática dos psicólogos no ambiente hospitalar nos EUA. Devido ao crescente número de utentes nos hospitais americanos, no início da década de 80, foi publicada uma série de documentos informativos com a finalidade de auxiliar na conquista de espaços para a prática psicológica dentro das instituições hospitalares (Enright et al, 1993).

Quando inserido no Hospital Psiquiátrico, o Psicólogo não trabalha exclusivamente com os utentes. Uma vez que um dos objetivos primordiais dos serviços a estes prestados é a sua desinstitucionalização, é importante trabalhar, também, com os familiares. De facto, a família será o suporte e a principal fonte de ajuda dos utentes após a saída do hospital, logo é importante que também ela seja educada para a doença do seu familiar e ajudada para melhor poder cuidá-lo e compreendê-lo. É constante o contato, sempre que este se verificou saudável, estabelecido entre a instituição e os familiares dos doentes. O Psicólogo tem, como tal, oportunidade de trabalhar em conjunto com os familiares dos doentes, de modo a promover o suporte familiar e, assim, garantir que a reabilitação social seja passível de existir sem complicações.

O papel do Psicólogo num Hospital Psiquiátrico, com doentes com doenças mentais crónicas, como a esquizofrenia, consiste sobretudo em fazer a manutenção das suas capacidades cognitivas para que não haja uma maior deterioração. O trabalho desenvolvido no Hospital pelo Psicólogo apresenta algumas variantes, dependendo do serviço em que este técnico se encontra. Nesta instituição, mais concretamente no contexto da enfermaria RAMa, o Psicólogo atua sobre os défices cognitivos, provocados pela doença mental crónica, que impedem o utente de manter uma vida autónoma e/ou independente. Para isso, a intervenção escolhida é a estimulação cognitiva, uma vez que promove o cumprimento dos objetivos da enfermaria, permitindo a reabilitação social dos utentes. Tendo em conta os défices apresentados pelo doente, a estagiária escolheu as áreas a trabalhar, como por exemplo as funções executivas e, assim, o programa de estimulação cognitiva incidia especificamente nessa área com um aumento gradual de dificuldade, tornando, desta forma, o doente mais apto a uma vida independente. Uma das atividades que a estagiária acompanhou, auxiliando o doente foi, por exemplo, com as compras de Natal para as quais foi estabelecido um montante monetário a gerir pelo doente. Partindo de uma conversa, *à priori*, com a doente, esta refletiu sobre os bens essenciais e sobre aquilo que era supérfluo, o que promoveu uma gestão cuidada do seu orçamento. Esta experiência, ainda que ocasional, serviu de exemplo a outros casos na vida da utente, ou seja, esta tarefa visava incidir numa área cognitiva específica, neste caso, as funções executivas.

A integração dos profissionais de Psicologia no contexto hospitalar permite a inclusão numa equipa multidisciplinar de profissionais de saúde para obtenção de uma melhor prestação de cuidados tanto para o paciente como para os seus familiares. Esta

prática tem como objetivos auxiliar a pessoa, melhorando o seu bem-estar, e traçar em conjunto metas e objetivos, a serem alcançados (Wahass, 2005). Tal como Wahass explica, é verificável que, no Hospital, a equipa técnica de cada enfermaria seja multidisciplinar (composta por: psiquiatra, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, assistente social e auxiliares de ação médica); proporcionando uma intervenção em várias áreas, potenciada pela compreensão holística da pessoa, visto que existe uma interligação do trabalho feito pelos profissionais que compõe a equipa técnica. Há, assim, obrigatoriedade de tomada de decisões em conjunto, sempre que necessário, tanto para um utente individualmente como para todos os utentes, enquanto grupo, residentes na enfermaria.

O tipo de trabalho que o psicólogo exerce com os pacientes altera-se consoante as necessidades do paciente e o regime pelo qual está a ser consultado, isto é, no serviço de Consulta Externa ou enquanto doente residente na instituição. A intervenção é definida tendo em conta as capacidades e disposição dos doentes, sendo sempre escolhido um plano terapêutico que agrade à pessoa. Caso não haja facilidade no manuseamento de equipamentos tecnológicos são selecionados, para o utente, outros métodos, como, por exemplo, tarefas que se pautam pelos mesmos objetivos do *CogWeb*. Assim, para os doentes com estas características, a psicóloga estagiária selecionou tarefas como “descobrir as diferenças” ou “labirintos” e, igualmente, “exercícios de cálculo” que permitem desenvolver as áreas cognitivas em défice. Estas tarefas foram realizadas sem objeções por parte do utente.

O objetivo traçado para o trabalho do Psicólogo no contexto de Hospital Psiquiátrico é amplo e cobre diversas necessidades: tratamento, prevenção e reabilitação psicossocial. Relativamente aos utentes do serviço da Consulta Externa, o serviço prestado por este profissional de saúde consiste em: avaliação psicológica e psicoterapia. No contexto de enfermaria de utentes residentes, o trabalho desenvolvido incide sobretudo na realização da avaliação cognitiva e, posteriormente, na estimulação cognitiva, através de diferentes métodos: CogWeb, uma plataforma informática que permite a implementação de programas personalizados de treino cognitivo, com a programação diferenciada de exercícios aplicados em computador que implicam o treino das várias funções cognitivas (atenção, concentração, funções executivas, memória e linguagem). Por sua vez, o CRT consiste em exercícios de papel e lápis e apresenta, como principal objetivo, melhorar o funcionamento cognitivo de doentes

com esquizofrenia, ensinando competências de raciocínio que podem facilitar comportamentos sociais complexos, e outras competências necessárias à vida diária, incidindo em áreas alvo (atenção, memória e a função executiva). Existe, também, outra opção que consiste na realização de atividades que permitem o desenvolver/manter as capacidades cognitivas dos utentes, e que para além de úteis, se tornam agradáveis a quem as realizava. A Psicóloga estagiária teve um vasto trabalho a desenvolver no seio de uma enfermaria de utentes residentes, uma vez que tinha de lidar com pessoas nem sempre predispostas às atividades sugeridas e, por isso, realizou uma busca quase incessante pela atividade estimuladora e, ao mesmo tempo, prazerosa para o utente. Neste sentido, há atividades que exigem e requerem atenção e que, ao mesmo tempo, são entusiasmantes e que preenchem os requisitos necessários da estimulação cognitiva; foram apresentadas aos utentes diversas tarefas como: “Sopa de Letras”, “Descobrir as Diferenças”, “Labirintos”, “Cálculo” (operações matemáticas e atividades mais lúdicas que impliquem o cálculo), “Ditados”, “Tarefas em Inglês”. Estas foram algumas das atividades desenvolvidas pela estagiária com vista ao cumprimento do plano de intervenção individual; além disto, foi possível desenvolver estratégias para trabalhar a orientação espacial e temporal dos doentes, com a estagiária a estabelecer rotinas e horários, promovendo, assim, estratégias que permitiam desenvolver melhorias na orientação dos doentes. Além deste trabalho, a estagiária procedeu a um acompanhamento contínuo dos utentes, que tiveram a oportunidade de serem atendidos pela Psicóloga e poderem falar sobre tudo o que necessitavam, uma vez que o trabalho do Profissional de Psicologia é inserido numa equipa multidisciplinar e articulado com o de outros profissionais, proporcionará um melhor serviço aos utentes.

No hospital, o Psicólogo Clínico a exercer funções desenvolve tarefas inerentes ao domínio da Psicologia Clínica (consulta psicológica, avaliação psicológica e intervenção psicológica) e da Saúde Mental (reabilitação psicossocial e psicoeducação); além disto, acumula valências da área da Neuropsicologia (avaliação neuropsicológica e reabilitação cognitiva).

Enquanto estagiária desta instituição, verifiquei, em contexto real, o que é lecionado e apreendido ao longo do curso, uma vez que o Psicólogo Clínico, inserido num contexto psiquiátrico, desenvolve o seu trabalho em várias valências, pois são diferentes os serviços que a instituição disponibiliza à sociedade. Mais do que seguir as diretrizes da literatura, o trabalho, no contexto real, exigiu que fosse feita pesquisa,

criadas alternativas aos planos convencionais, mantendo-se um acompanhamento com tempo limitado, tudo com o objetivo de tornar a intervenção possível e bem sucedida e ser considerada prazerosa para o doente. De facto, sabemos que se este se mantiver motivado e entusiasmado com as atividades desempenhadas, a sua predisposição para dar continuidade ao plano terapêutico mantém-se.

4. Exposição das atividades propostas à aluna

4.1 Reuniões Comunitárias

As reuniões comunitárias são uma atividade destinadas aos utentes, pelo que a sua participação é obrigatória; têm o propósito de estabelecer o contacto com e entre os utentes. Em grupo, técnicos e utentes discutem os benefícios de estarem integrados na RAMa e é concedido tempo aos utentes para darem a sua opinião relativamente ao serviço prestado pela equipa técnica da Enfermaria, mas também sobre a experiência que vivem, do ponto de vista individual e grupal. Os utentes da enfermaria têm a oportunidade de conversar com os profissionais e solicitar eventuais alterações no seu plano de atividades, por exemplo: solicitarem a participação numa nova atividade; sugerirem a desistência; fazer alguma reclamação; aos técnicos é dada a oportunidade de elogiar a evolução dos utentes.

Ao longo do estágio, todos os doentes eram incitados a participar nessas reuniões para as quais eram informados da hora, local e periodicidade das mesmas, contudo nem todos os utentes participavam. Eram vários os utentes a não comparecer à reunião, alegando que se esqueciam uma vez que perdiam a noção do tempo, ou então porque decidiam não ir. Os auxiliares e enfermeiros encaminhavam os utentes menos autónomos, lembrando-lhes que havia reunião. Evidentemente, verificou-se a presença de utentes sempre assíduos, participativos e dinâmicos no decorrer da reunião, com a média de participantes a rondar os 16 elementos por sessão.

Após a reunião comunitária, os técnicos reuniam-se para discutir os planos individuais de cada utente. Paralelamente, eram tomadas decisões, em grupo, sobre as atividades a realizar, como por exemplo, passeios ao exterior e atividades sazonais (compras de Natal).

Estas reuniões são um acontecimento importante para a organização dos pacientes inseridos na enfermaria, uma vez que funcionam como um meio de comunicação e interação entre si e também com a equipa técnica. Ao longo do nosso estágio, apesar de se verificar a importância destas reuniões, sempre explicada aos utentes, bem como do seu cariz obrigatório, constatou-se, no entanto, que a comparência dos utentes a esta atividade não ocorre com a assiduidade esperada. Foram tentadas várias alternativas no sentido de contrariar esta tendência, como a mudança de horário e de local, na esperança de que as pessoas comparecessem à atividade; contudo, nunca foi possível melhorar este aspeto. Os utentes eram orientados e lembrados da existência da reunião, mas apesar disso sempre manifestaram pouco interesse em participar.

4.2 Reuniões de orientação

Como previamente estabelecido, a estagiária foi acompanhada por um profissional da instituição, o Orientador. A Psicóloga orientadora do estágio é técnica desta instituição há 17 anos. As reuniões de orientação decorreram com frequência indeterminada, dado o contacto diário que era estabelecido, pois sempre que surgiram dúvidas a Doutora mostrou-se disponível para esclarecê-las. Além do esclarecimento das dúvidas e de tratar de outros assuntos de interesse, estas reuniões tiveram o propósito de integrar a estagiária no funcionamento do Centro Hospitalar; de definir os planos de intervenção individual de cada utente, isto é, horários das sessões, a seleção de atividades a executar com os pacientes. Nestes momentos, houve tempo para familiarizar a estagiária com a história dos pacientes (história pessoal, diagnóstico, internamento); com o funcionamento do Hospital (serviço em que a Estagiária vai trabalhar, horários de tarefas independentes da Psicologia); com o ter uma noção dos objetivos e funcionamento da RAMa; com o esclarecer dúvidas relativamente ao programa que providencia as sessões de estimulação cognitiva. Além da componente prática das reuniões de orientação, a estagiária foi também incentivada à aquisição de conhecimentos mais específicos, relacionados com a patologia inerente a cada utente. Foi-lhe também pedido para adquirir competências relativamente a questões burocráticas relacionadas com o funcionamento específico da RAMa (que devem ser respeitadas), e que permitem ter a noção das limitações do serviço e do modo como lidar com os utentes.

4.3 Reuniões de Supervisão

As reuniões de supervisão são uma atividade exigida tanto ao estagiário como ao supervisor e visam cumprir os pressupostos da consultoria psicológica, nomeadamente a consultoria centrada no desenvolvimento de quem é supervisionado. A supervisão é considerada como a utilização dos comportamentos e competências úteis à prossecução de cada fase da “sequência” psicoterapêutica, adquiridos através do ensinamento dado pelo supervisor (Leddick & Bernard, 1980, cit. por Matos & Costa, 1993, p. 20).

Tendo em conta os pressupostos da supervisão, esta decorreu ao longo do estágio, tendo sido estabelecido entre a estagiária e a Professora Vera Almeida a realização de reuniões semanais de supervisão. No entanto, ao longo do estágio a periodicidade das reuniões foi sendo alterada, começando a ocorrer quinzenalmente e, finalmente, o período de intervalo entre reunião foi adaptado, de acordo com as necessidades da estagiária.

Em cada reunião, a estagiária tinha a oportunidade de relatar os acontecimentos que surgiam: os pacientes que atendia; as suas histórias (clínica e pessoal); o diagnóstico; as hipóteses terapêuticas e, posteriormente, as sessões subsequentes que se desenvolveram, permitiram-lhe relacionar esses dados com a experiência clínica da Professora supervisora. Estas reuniões de orientação possibilitaram o esclarecimento de dúvidas e a escolha de melhores estratégias para abordar os utentes. Além de tudo o que já foi referido, a estagiária teve a oportunidade de planear a organização do relatório de estágio que se apresenta.

Em suma, as reuniões de supervisão, permitiram à estagiária proporcionar um melhor serviço aos utentes. Numa vertente mais pessoal, a supervisão proporcionou-lhe um crescimento enquanto futura Psicóloga, permitindo-lhe ganhar uma melhor e mais real perspetiva do que é a inserção no mercado de trabalho e conhecer e experienciar mais aprofundadamente o que é ser Psicólogo Clínico, no contexto real, testemunhando a prática do que foi apreendido ao longo da licenciatura e do mestrado.

4.4 Casos Clínicos

4.4.1 Caso Clínico SB

a. Dados de identificação

SB, do sexo feminino e natural do distrito do Porto, tem 44 anos. Está desempregada, sendo doente residente do hospital, desde 2018. Tem uma filha, com quem não convive, uma vez que esta foi adotada.

b. História pessoal e familiar

SB, nasceu a 29 de julho de 1974 e foi internada em 2018 neste hospital, com o diagnóstico de deficiência mental e alcoolismo. Tem 44 anos e é solteira, embora tenha um companheiro com quem vivia em união de facto há 12 anos. Este companheiro vive na casa que era dos dois e de onde SB teve de sair uma vez que não tinha autonomia financeira para assegurar a habitação. É a mais nova de uma fratria de 7 irmãos: 3 rapazes e 4 raparigas. O seu pai ainda é vivo, mas mantém pouco contacto “ele não quer saber de mim” (sic). Ainda relativamente aos seus pais, a mãe faleceu “há 10 anos, no dia 23 de novembro” (sic) e SB afirma ter muitas saudades e ter sofrido com a morte da mãe, com quem se relacionava harmoniosamente. Com os irmãos tem mantido sempre uma relação cordial, apesar de, atualmente, só manter contacto com as duas irmãs que a visitam (Genograma – Anexo 1). A filha de 12 anos, de um relacionamento anterior, foi lhe retirada à nascença e institucionalizada na “Casa do Caminho”, em Matosinhos. Ao fim de um ano a sua filha foi adotada pela madrinha e tia-avó de SB, com quem reside até hoje. O contacto que mantém com a filha é apenas nas épocas festivas e acredita que a filha não quer falar consigo devido à versão dos acontecimentos que lhe contaram e que pode não corresponder à verdade. Quanto ao pai da filha e seu ex-companheiro, SB diz “ele batia-me, bebia muito e drogava-se” (sic), até que um dia teve de chamar a Polícia com o objetivo de o expulsar.

c. Percurso escolar e história profissional

Relativamente ao seu percurso escolar, este terminou no 6.º ano de escolaridade, porque SB tinha muitas dificuldades na aprendizagem “porque tive um atraso no cérebro e os professores não puxavam por mim” (sic). Reprovou várias vezes na escola e aos 18 anos foi trabalhar numa ERPI (Estrutura Residencial para Pessoas Idosas) da Santa Casa da Misericórdia, como “empregada auxiliar”. Previamente, em sua casa, era

responsável pelas funções domésticas e trabalho agrícola. O trabalho na ERPI, onde tinha de organizar a copa e tratar da louça, terá começado em 1992 e terminado em 2010; SB tem alguma dificuldade em localizar temporalmente os acontecimentos. Deixou este trabalho após o nascimento da sua filha, uma vez que sentia dores físicas que lhe incapacitavam a realização de alguns movimentos necessários àquele trabalho.

d. História conjugal

Vive em união de facto com o atual companheiro, tendo inicialmente residido num quarto alugado e, posteriormente, alugado uma casa. A utente contribuía monetariamente para os custos da manutenção da habitação. O companheiro era trabalhador auxiliar, mas atualmente já é reformado (com 65 anos). SB diz “damo-nos muito bem, é muito meu amigo, não tem nada a ver com o outro que me batia e me fazia mal” (sic).

e. História clínica

Quanto aos internamentos, SB já tinha estado internada no hospital Magalhães Lemos (“6 vezes” (sic)), por tentativas de suicídio. Este é o segundo internamento nesta instituição. Além das tentativas de suicídio, o outro motivo é a depressão: “Deixo-me ir abaixo com muita facilidade” (sic). Já antes da filha nascer e no início do seu trabalho, SB tinha tido internamentos, o primeiro terá sido perto dos 19 anos.

f. Motivo do internamento atual

Atualmente, o motivo para estar internada prende-se com o abuso/dependência de bebidas alcoólicas, depressão e deficiência mental. O seu companheiro ficou doente (fisicamente) e teve de ser internado, então SB ficou sozinha e começou a beber em excesso, tendo sido internada, trazida pelas duas irmãs que não tinham condições para cuidar de SB. “Agora estou melhor” (sic).

g. Intervenção terapêutica

O serviço de Psicologia do Hospital, parte integrante da equipa técnica desta enfermaria, assume como terapêutica a prestar aos utentes a estimulação cognitiva. Um dos objetivos primordiais da RAMa consiste na reabilitação social, verificando-se como urgente melhorar o desempenho cognitivo dos doentes. Assim, de acordo com o diagnóstico de cada utente, são planeadas sessões terapêuticas de estimulação cognitiva, tendo em vista a melhoria das capacidades que apresentam défice.

A entrevista de anamnese com SB foi o primeiro contacto estabelecido com a utente. No fim da consulta, foi inquirida quanto ao estabelecimento e cumprimento de um plano de estimulação cognitiva, bem como das vantagens que este plano acarretava para a sua vida. SB, apresentou-se, desde o início, recetiva à realização de atividades “não há nada como experimentar para ver se gosto” (sic). O estabelecimento da relação terapêutica foi sendo desenvolvido ao longo de todas as sessões, pois além de tempo para realizar as tarefas, a utente tinha ao seu dispor um momento para conversar sobre a semana, os assuntos que a preocupavam; se sentia necessidade de algum acompanhamento mais específico e como se desenvolviam as outras atividades. Tornou-se um processo fácil, uma vez que SB se mostrou sempre muito recetiva e disponível, não apresentando objeções à intervenção terapêutica. O plano foi escolhido com o objetivo de incidir nas áreas cognitivas mais afetadas pela patologia, considerando a história clínica da utente. Nesta enfermaria, o trabalho a ser desenvolvido pelo Psicólogo passa pela estimulação cognitiva e é isso que se pretende com todos os utentes. Com SB foi seguido um plano de 21 sessões que ocorreram entre 30 de novembro e 29 de maio.

Uma vez que a equipa técnica é multidisciplinar, várias outras tarefas foram propostas por outros terapeutas e SB mostrou-se interessada em concretizar todas as atividades, o que levou a utente a ter um horário preenchido. Não obstante, SB concordou em iniciar as sessões de estimulação cognitiva, tendo-lhe sido explicado o teor e tipo de exercícios inerentes às sessões. Foi estabelecido o horário e duração de cada sessão, bem como a periodicidade da mesma. Os exercícios eram: tarefas de papel e lápis e de estimulação cognitiva recorrendo a uma plataforma informática – CogWeb. A hora e local da sessão eram constantes, portanto a utente tinha de se dirigir atempadamente e de forma autónoma ao gabinete, sem ser lembrada. Na maior parte das vezes, SB cumpriu esta tarefa. Apresenta-se, a seguir, o desenvolvimento do comportamento da utente ao longo das sessões face à evolução apresentada em cada exercício, uma vez que o aumento do seu desempenho não se verificou por sessão, mas sim por exercício. Foi notório um maior progresso num determinado exercício, em detrimento de outros nos quais a paciente não demonstrou evolução.

- Tarefa de orientação: é uma tarefa realizada em todas as sessões; foi sempre realizada com sucesso, a paciente demonstrou ter noção do tempo.

- Exercícios de Papel e Lápis: estas tarefas foram integradas no planeamento de intervenção; inicialmente, SB mostrava-se empenhada na sua concretização. Eram exercícios variados e que tinham também a função de estimulação cognitiva; foram planeados, uma vez que a paciente nunca tinha manuseado um computador antes. “Adivinhas”, “Labirintos”, “Descubra as diferenças” e “Ligar os pontos”, eram o tipo de tarefas que tinha de realizar. No entanto, escrever foi um problema para a paciente, dado apresentar dificuldade no manuseamento do lápis/caneta, esta incapacidade prejudicava essencialmente a tarefa “ligar os pontos”. Apresentava, ainda, um fraco desempenho na realização dos restantes exercícios, tendo consciência disso mesmo. SB não concluiu nenhuma das tarefas sem o auxílio da Psicóloga Estagiária. Outro fator contribuiu para o término destas tarefas: o tempo; uma vez que a utente sempre mostrou orientação temporal, registava a hora de início e demonstrava sinais de cansaço ao fim dos 30 minutos estabelecidos inicialmente. Por saber/sentir que estava a perder os seus momentos de lazer, estas tarefas foram interrompidas ao fim de 5 sessões, para que se dedicasse, antes, aos exercícios de *CogWeb*.

Os exercícios de *CogWeb* foram definidos de modo a trabalhar as áreas em défice: cálculo; funções executivas e memória. Muitos estudos apontam para prejuízos nas funções executivas, em habilidades visuoespaciais e velocidade psicomotora (Parsons, 1998). O mesmo autor afirma que nos seus estudos, observou que alcoólicos apresentam défices em testes de aprendizagem, memória, abstração, solução de problemas, análise e síntese percetuais, velocidade e eficiência no processamento de informação. Segundo o estudo de Sullivan *et al* (2002) realizado com mulheres, observaram-se prejuízos mais marcantes nas funções visuoespaciais e que envolvem processos de memórias de trabalho verbal e não-verbal, além do caminhar e do equilíbrio. Cunha e Novaes (2004) apresentaram a descrição dos prejuízos neuropsicológicos nos casos de dependência aguda que são: atenção, memória, funções executivas e habilidades visuoespaciais. Ora, o *CogWeb* é um sistema *online* que permite a implementação de programas personalizados de treino cognitivo através de exercícios de computador dirigidos a várias funções cognitivas, nomeadamente à atenção, concentração, funções executivas, memória e linguagem. Cada exercício é composto por níveis que o utente deve ultrapassar. O plano terapêutico de estimulação cognitiva destinado à utente consistia em exercícios, realizados na plataforma *CogWeb*,

que incidiam sobre vários domínios: Cálculo (Quadro Matemático), Memória (Sopa de Letras) e Funções Executivas (Mente Lógica). Cada sessão tinha a duração de 30 minutos, repartidos igualmente para cada um dos 3 exercícios, com frequência semanal (salvo algumas exceções). Relacionando o que nos refere a literatura existente e o trabalho desenvolvido pela utente, verificou-se o seguinte:

- Cálculo – “Quadro Matemático”: este exercício visa o desenvolvimento do cálculo mental, no entanto SB não era capaz de o usar, nem mesmo nas operações mais simples (2+3). A utente recorria sempre à mesma estratégia para dar a resposta “contar pelos dedos”, mas com o passar do tempo, em situações mais fáceis era encorajada a não o fazer. Quando recorria ao cálculo mental, verificou-se que este constituía uma dificuldade para si. Ao longo do tempo, foram alcançando níveis superiores, uma vez que conseguia responder mais rápido. Observou-se uma redundância inerente às sessões, visto que o humor e empenho de SB condicionavam a boa realização do exercício; logo, eram constantes os avanços e retrocessos no seu desempenho. A paciente era profundamente afetada pelas suas preocupações pessoais; logo, em algumas sessões era manifesta a sua falta de atenção, visível, essencialmente, no facto de não discernir a alteração do sinal da operação matemática o que levava a uma resposta errada. Era notório um melhor desempenho quando a sua predisposição para a realização dos exercícios era maior.
- Memória – “Sopa de Letras”: é o exercício de que a utente mais gostava; no entanto, nunca ultrapassou mais do que 3 níveis. Demonstrou facilidade ao discernir a palavra procurada e conseguia fazê-lo rapidamente, sendo notória a sua capacidade em memorizar a palavra. Apenas no nível 3 demonstrou menor capacidade de memorização, uma vez que tinha de reter três palavras a encontrar. O que não permitiu atingir o nível mais alto foi o tempo; de facto, como já referido anteriormente, a utente não pretendia estar em sessão mais do que 30 minutos e demorava 10 a terminar cada nível: então entre avanços e retrocessos, apenas concluiu com sucesso dois níveis.
- Funções Executivas – “Memória Lógica”: este foi o exercício em que a utente evidenciava mais dificuldades. SB não compreendia as instruções, sobretudo nos níveis mais difíceis. Mesmo com a alteração do modo de explicar a instrução, eram visíveis as suas dificuldades. No nível mais básico, os erros que cometia

relacionavam-se com a sua falta de atenção, o que acontecia com frequência. No entanto, com muito esforço, e tentativas de explicação de várias formas por parte da Psicóloga Estagiária, a utente conseguiu neste exercício atingir o nível 7, sendo este o seu melhor resultado. Ao longo do tempo era variável o sucesso, verificando-se, mais uma vez, que o seu humor influenciava o seu desempenho e, por isso, não houve uma evolução constante, pois apenas atingiu uma vez o nível 7 tendo, posteriormente, regredido.

Apesar de a paciente se mostrar entusiasmada com as sessões, uma vez que valorizava a sua importância, sentindo que trabalhava áreas cognitivas “faz puxar pela cabeça” (sic), não foi possível seguir o plano de sessões sem falhas. SB, em certos momentos, demonstrava um menor desempenho que era justificado por acontecimentos na sua vida pessoal que a transtornavam. Ao longo dos meses, foram verificadas oscilações de humor que ditavam a disposição de SB para a realização, ou não, da sessão, o que se pode justificar pelo diagnóstico de depressão. De uma maneira geral, a depressão pode ser definida como um processo que se caracteriza por lentificação dos processos psíquicos, humor depressivo e/ou irritável (associado à ansiedade e à angústia), redução de energia (desânimo, cansaço fácil), incapacidade parcial ou total de sentir alegria e/ou prazer (anedonia), desinteresse, lentificação, apatia ou agitação psicomotora e dificuldade de concentração (Corrêa, 1995). Estes parâmetros eram observados na utente, sendo visíveis e manifestados explicitamente pela mesma, de imediato, no início da sessão, se se encontrava disposta à sua boa realização, ou não. A estagiária incentivou ao cumprimento do que estava calendarizado, mas, evidentemente, a utente, tendo vontade própria, não era forçada a trabalhar se não se sentia apta a isso. Na tentativa de garantir o cumprimento do plano, era reforçado, sempre, o motivo da realização das sessões, evidenciando-se, uma vez mais, os seus benefícios; por vezes era negociado o tempo de sessão, sendo estabelecidas metas a atingir, não obrigando a paciente a permanecer os 30 minutos no gabinete, promovendo, assim, mais tempo de lazer. A própria utente afirmava estar mais desconcentrada e tinha consciência dos erros cometidos; SB manifestou sempre empenho em concretizar os exercícios revelando ter *insight* quando errava, tendo oportunidade de dar outra resposta.

Uma vez que a paciente era utente da RAMa, devia seguir as regras muito específicas desta instituição para o seu bem-estar e o dos colegas. O próprio regulamento do hospital proíbe as saídas ao exterior sem a devida autorização; no

entanto, e apesar de ter conhecimento dessa regra, SB infringiu-a várias vezes e, por isso, a sanção aplicada foi ficar de reforço na enfermaria, não tendo autorização para realizar as suas rotinas; ou seja, SB apenas tinha que cumprir as suas tarefas de Terapia Ocupacional e as de Psicologia. Evidentemente, a paciente tentou “negociar”, pedindo uma ida ao bar e, assim, faria a sessão, no entanto esse pedido foi-lhe negado pela Senhora Enfermeira-chefe. Somente desta vez SB não realizou a sessão por sua vontade, o que obviamente acarretou mais dias de reforço. Em suma, verificou-se, tal como aponta a literatura, que o humor influencia não só a rotina diária da paciente, bem como a intervenção estabelecida. Dado que SB estava diagnosticada com depressão, compreende-se a importância de manter um acompanhamento que permita trabalhar sobre esta patologia. Foram evidentes, ao longo da realização das sessões, as dificuldades de concentração da utente, aliadas à ansiedade que sentia.

h. Reflexão final do caso SB

Concluindo, foram largos os meses de estimulação cognitiva, que proporcionaram à utente melhorias em vários aspetos, o que se verificou nos níveis que atingiu. Contudo, a velocidade de realização das tarefas e o sucesso na sua concretização, variavam consoante o humor, a disponibilidade e a predisposição da utente. Em nenhuma sessão foi evidenciada atividade delirante, desorientação ou agressividade; no entanto, era visível a distração que comprometia a realização dos exercícios e a própria utente tinha *insight*, referindo múltiplas vezes “não consigo estar sempre atenta, e por isso engano-me” (sic). Enquanto estagiária, as maiores dificuldades encontradas prenderam-se com a falta de meios para obter informação, uma vez não ter sido possível ter acesso ao processo da utente; também os familiares que a visitavam não se disponibilizaram para providenciar mais detalhes. Assim sendo, o único meio de obtenção de dados da anamnese foi a própria utente que manifestou alguma confusão; apesar disso, com o passar do tempo e com o estabelecimento da relação terapêutica, foi viável consolidar a história de vida da paciente, ainda que os novos dados acrescentados se apresentassem algo contraditórios. O acompanhamento deste caso permitiu testemunhar os problemas neurocognitivos inerentes à patologia descrita, fazendo com que a estagiária ganhasse mais compreensão pelas dificuldades e pelos *deficits*

apresentados pela utente, de modo a contorná-los, garantindo à paciente novas estratégias (por exemplo: nos exercícios de memória ensinar a repetir várias vezes a palavra e, assim, não a esquecer) para conseguir obter bons resultados nos exercícios propostos. Foi sem dúvida uma mais-valia acompanhar este caso, recorrendo a uma terapêutica inovadora e tecnológica que tornou as sessões mais dinâmicas e apelativas.

4.4.2 Caso clínico H

a. Dados de identificação

H, do género feminino, nasceu a 1 de abril de 1957 e encontrava-se internada neste Hospital desde junho de 2018, tendo sido diagnosticada com esquizofrenia. É solteira, não tem filhos e vivia com a mãe ou com um irmão antes de ser internada.

b. História pessoal e familiar

A paciente diz saber que tem meios-irmãos; no entanto não os conhece, e não se lembra se são mais novos ou mais velhos. Acha que os pais ainda são vivos, mas não vivem juntos e têm “80 e tais anos” (sic). Morou com a mãe toda a vida e com o pai apenas até aos 13 anos; depois disso, o pai só as visitava para “dar o dinheiro aos fins-de-semana” (sic). Segundo a paciente, os seus pais eram ambos químicos de profissão e o seu pai não era português como a mãe; era espanhol. Apesar de o discurso do paciente parecer consistente no que concerne aos seus pais, a paciente revela alguma confusão nos dados que fornece, portanto podem ser considerados não verdadeiros, pois com o passar do tempo deu informações contraditórias, relatando que a sua mãe terá sido doméstica. Quando se refere a ela enquanto química, é porque cuida da casa e, nesta tarefa, manuseia produtos químicos (detergentes de limpeza); no seu entender, basta isto para ser considerada química.

c. Percurso escolar e história profissional

Relativamente ao seu percurso escolar, H concluiu o 12.º ano e, posteriormente, realizou o exame “propedêutico” (sic) de acesso à universidade, pois “sempre quis investigar a loucura, o cérebro” (sic). Segundo ela, apenas entrou na faculdade aos 27

anos, e permaneceu durante 23, sem nunca acabar um curso, tendo iniciado enfermagem, farmácia, bioquímica e biomédicas; e só depois Medicina de Investigação, que era o curso que, de facto, queria tirar. H afirma que apenas se candidatou ao curso de enfermagem por que a sua mãe a pressionou a fazê-lo, acabando por desistir, motivada por vários problemas relacionados com o corpo docente.

A paciente afirma ter tido alguns trabalhos em part-time para poder economizar algum dinheiro. Trabalhou como “assistente numa escola” (sic), e descreve regularmente algumas das tarefas “tinha de brincar com as crianças, vestir-lhes os casacos, e ir buscar as mochilas com brinquedos” (sic)... “havia uma menina com insuficiência renal e que fazia xixi nas calças; eu mudava-a e quando me fui embora ela deu-me uma flor” (sic).

d. História clínica

H diz que passou grande parte da sua vida internada, no seu entender sem motivo. Afirma que desde os 2 anos que passou por vários internamentos. Lembrando-se que, aos 19 anos, tinha sido de novo internada. Segundo Silva (2006), os primeiros sinais e sintomas da doença aparecem mais comumente durante a adolescência ou início da idade adulta, pelo que se poderá justificar, assim, o início dos internamentos tão cedo na vida da utente. Tendo em conta a sua situação de saúde e o diagnóstico, tinha-lhe sido prescrita uma terapêutica farmacológica; no entanto a paciente considerava que tudo era despropositado, pois não tinha *insight* relativamente à doença, achava que todos os tratamentos farmacológicos e internamentos eram a verdadeira razão que impossibilitou a conclusão dos cursos superiores. Não foi possível obter mais dados relativamente à veracidade das informações que a paciente forneceu. Contudo, ao longo das sessões, H repetiu inúmeras vezes estes factos, e afirmava que o internamento atual não se prendia com problemas mentais. A utente afirmava que se encontrava internada, apenas para tratar a saúde física “os tremores das mãos, os problemas gastrointestinais...” (sic) pois não tem problemas mentais “não sou paranóica nem tenho manias” (sic).

e. Motivo do internamento atual

A paciente encontra-se internada nesta instituição desde julho 2018 e está diagnosticada com esquizofrenia. Não foi possível conhecer o motivo do internamento da utente e, segundo a própria, foi transferida do Hospital Padre Américo para esta

instituição; não se verifica a existência de suporte familiar: H não recebe visitas, não tem acesso ao dinheiro diário como outros utentes e, ela própria, não mencionou relações familiares estáveis.

f. Intervenção terapêutica

Desde a sua entrada no hospital que foi integrada nas atividades de terapia ocupacional e chegou a realizar várias tarefas, no entanto, afirma sentir-se incapaz de realizar as atividades devido a problemas físicos, acabando por não realizar essas mesmas atividades.

O acompanhamento feito à utente não partiu de um pedido formal expresso pela mesma, mas sim da equipa multidisciplinar que achou necessário fazer uma intervenção focada no nível cognitivo, tendo em conta que o seu diagnóstico é de esquizofrenia. Como a paciente rejeitou o uso do *CogWeb*, assumindo não ser capaz de manusear equipamentos tecnológicos, foi desenvolvido um plano de exercícios semelhantes de papel e lápis: “Labirintos”, “Sopa de Letras”, “Diferenças” e Exercícios de Inglês. Tendo em conta o seu diagnóstico, sabe-se que as alterações cognitivas poderão estar ligadas à esquizofrenia. De facto, Nuechterlein (2004) distingue várias alterações cognitivas: velocidade de processamento, atenção/vigilância, memória de trabalho, aprendizagem verbal e memória, aprendizagem visual e memória, raciocínio/solução de problemas, cognição social. Sharma e Antonova (2003) consideram que a esquizofrenia é um transtorno psiquiátrico que implica prejuízos a nível cognitivo generalizado associado a déficits mais proeminentes na atenção sustentada, aprendizagem e memória verbal, memória operativa, funções executivas e linguagem. Tendo em conta estes estudos, foi selecionado um conjunto de várias atividades didáticas e dinâmicas, de considerado valor terapêutico, capazes de substituir as tarefas de *CogWeb*, e de desempenharem a função da estimulação cognitiva: “adivinhas”, “labirintos”, “cálculo”, “diferenças”, “sopa de letras” e atividades numa língua estrangeira (inglês). Com estes exercícios, foi possível incidir em vários domínios: atenção, memória, funções executivas e cálculo. A paciente nunca se sentiu avaliada; no entanto, tinha noção de que treinava várias competências e enunciava-as considerando que seriam uma mais-valia para se tornar apta a terminar o curso, o seu objetivo primordial. As sessões iniciaram-se em novembro, mas apresentavam uma curta durabilidade, sendo realizadas num ambiente informal. Apenas a 12 de dezembro foi concretizada a primeira sessão

formal, sendo levadas a cabo 59 sessões. Inicialmente, eram de periodicidade semanal, porém, a paciente demonstrou disponibilidade para maior assiduidade nas sessões, passando estas a decorrer três vezes por semana, com duração entre 60 e 90 minutos, dependendo da sua vontade, do seu cansaço e da sua disponibilidade.

- 1.º e 2.º meses: a paciente mostrou-se relutante, o que dificultou o estabelecimento da relação terapêutica. H sempre considerou desnecessários os seus internamentos, observando, também, que estes eram decididos por psicólogos ou psiquiatras, o que a levava a evitar o contato com a Psicóloga da Instituição, negando-se a falar com ela; afirmava que não acredita no trabalho destes profissionais. Portanto, todos os dados anamnésicos foram recolhidos, pela Psicóloga estagiária, em contexto informal, uma vez que se à utente era sugerido uma “conversa” em gabinete, ela rejeitava. Eram feitos exercícios no corredor, tarefas simples que se assemelham aos exercícios de *CogWeb*, e pelos quais H demonstrou ter interesse. Durante a sua realização, achou que eram úteis. Estes contactos com a doente não duravam mais do que 10 minutos.
- 3.º mês: a utente aceitou ter uma sessão formal, num gabinete. Foram estabelecidos exercícios que preenchiam os requisitos das sessões de estimulação cognitiva e que despertavam os interesses de H. Segundo a própria paciente, como não terminou o seu percurso académico, a utente vivia na esperança de sair do Hospital e terminar o curso de Medicina de Investigação. Quando se iniciou a realização dos exercícios, a utente viu neles uma oportunidade de treinar a sua atenção, o cálculo e, assim, melhorar as suas capacidades para se tornar capaz de terminar o curso. Verificou-se vontade, por parte da utente, de realizar mais sessões, ou seja, já não evitava executar as tarefas. Os exercícios eram essencialmente “labirintos”, mas também realizava tarefas de “cálculo”, “ligar os pontos” e “diferenças”.
- 4.º mês: houve um aumento da carga horária das sessões, uma vez que cada uma durava mais de uma hora. Além de mais longas, ocorriam com maior frequência, três vezes por semana. A utente pretendia, essencialmente, trabalhar o cálculo, pois considerava uma aptidão útil ao curso que pretendia terminar. Iniciaram-se os exercícios de “sopa de letras”; H achava que estes seriam úteis, uma vez que, assim, poderia treinar a sua atenção.

- 5.º mês em diante: a paciente manteve a sua assiduidade e empenho nas sessões. Foi visível a melhoria do seu desempenho e a sua capacidade em se manter atenta. É importante, para compreender o seu envolvimento na intervenção terapêutica, ter em atenção o seu historial académico, pois confere à utente reserva cognitiva que poderá refletir-se no seu bom desempenho apesar da patologia que apresenta. A utente revelou ao longo do tempo alguma desorientação temporal, esquecendo-se dos dias do mês. Assim, as rotinas que desenvolveu na enfermaria foram cruciais, pois era a partir delas que se orientava. Os exercícios em Inglês foram pedidos pela utente e foram utilizados, também, como tarefas de memória, uma vez que H tinha como trabalho de casa memorizar as palavras novas que aprendia e evocá-las na sessão seguinte.

Ao longo das sessões, H enunciava o que a ajudaria na realização de cada exercício, mencionando que os exercícios que exigiam atenção (“sopa de letras”) a ajudavam a ganhar discernimento aquando da realização dos exames universitários. Afirmava que nos exames “os professores são rasteiristas e por isso preciso de ter atenção” (sic). Durante as sessões, a paciente manteve sempre este discurso, referindo-se aos problemas que diz ter tido na universidade e que a impediram de terminar o curso. Estas afirmações decorrem do delírio provocado pela patologia, pois Pull (2005) confirma que as alucinações e delírios são frequentemente observados em alguns momentos durante o curso da esquizofrenia. As alucinações visuais ocorrem em 15%, as auditivas em 50% e as táteis em 5% de todos os sujeitos e os delírios em mais de 90% dos casos. O pensamento é afetado pela esquizofrenia, frequentemente denominada por “transtorno do pensamento”, ou seja, é considerada uma doença no conteúdo, assim como na forma dos pensamentos do indivíduo, sendo os transtornos do conteúdo do pensamento os delírios (Silva, 2006).

A utente mostrou grande aptidão para o cálculo, sobretudo cálculo mental, apresentando aqui melhores resultados do que nas tarefas de cálculo por escrito, em que a falta de atenção ou de acuidade visual prejudicavam o seu desempenho. Nos exercícios que requerem atenção e memória, a utente mostrou necessitar de orientação, mas acabou por apreender a estrutura da tarefa e delinear estratégias que a auxiliaram na boa realização das mesmas (sublinhar a inicial da palavra que procura na sopa de letras).

g. Reflexão final do caso H

O acompanhamento deste caso permitiu lidar com a patologia e testemunhar os sintomas da esquizofrenia, percebendo como estes afetam não só o quotidiano do utente como, também, as suas valências cognitivas e o quão difícil é para o utente viver com as limitações provocadas por uma doença da qual não se tem consciência. Encontrar tarefas que fossem de encontro aos gostos da utente e que possibilitassem uma boa intervenção terapêutica foi desafiante, mas não mais do que estabelecer a aliança terapêutica com uma doente que rejeitava completamente os profissionais de Psicologia e qualquer tipo de intervenção. Foi importante ir de encontro às suas necessidades, fazendo com que a estimulação cognitiva fizesse a paciente sentir que estava a realizar algo útil à concretização do seu objetivo. As tarefas que desenvolveu permitir-lhe-ão uma maior adaptação à vida no exterior e a reabilitação psicossocial, uma vez que muitos dos exercícios realizados incidiam nas funções executivas.

4.5 Outras atividades

Os Técnicos do Centro Hospitalar dinamizam várias atividades que proporcionam momentos de lazer à comunidade hospitalar e, sobretudo, servem para ajudar os utentes a ter presente na sua memória as várias épocas do ano. Todas estas atividades têm como objetivo celebrar épocas festivas ao longo do ano, feriados ou dias em que se celebre algo. Para cada celebração, escolhe-se uma atividade que caracterize o festejo em causa, como por exemplo, no Natal os utentes podem ir às compras. Verifica-se a importância da realização destas atividades, sobretudo na função que desempenham na orientação temporal

4.5.1 Dia Mundial da Saúde Mental

O Dia Mundial da Saúde Mental foi celebrado no Hospital. Foi anunciado aos pacientes a realização de uma atividade para a qual seriam selecionados para participarem (tendo em conta as atividades que realizam e que serão utilizadas nesta atividade); para isso, tinham de se voluntariar a participar. Constatou-se uma incomensurável vontade, por parte dos utentes residentes da RAMa, em participarem. Expunham o seu interesse em celebrar este dia considerado, pelos técnicos, muito importante. Para efetivar este dia, tanto técnicos como doentes puderam assistir a um concerto de música no Salão Nobre do Hospital. Todos puderam participar e interagir, o

que fez desta atividade um momento muito enriquecedor e apelativo, tendo em conta o sentimento de integração e utilidade promovido.

4.5.2 Dia Mundial da Terapia Ocupacional

Algo que contribui para a funcionalidade e quotidiano da pessoa portadora de doença mental é a Terapia Ocupacional, um serviço com atividades diversificadas que garante um melhor atendimento prestado pelo Hospital. É através da Terapia Ocupacional que os utentes têm maior consciência da realidade, da sua utilidade e do facto de poderem obter prazer através das tarefas que concretizam. Os doentes veem no produto final do seu trabalho um enorme motivo de orgulho e, por isso, a Terapia Ocupacional é uma modalidade terapêutica tão importante, sobretudo neste contexto de Saúde.

Os utentes do Hospital tiveram oportunidade de celebrar este dia com uma atividade preparada pelas Terapeutas Ocupacionais. Foi, então, feito um enorme placard com o título: “Terapia Ocupacional para mim é...” e os utentes foram convidados a colar, nesse placard, elementos que ilustrem os trabalhos que desempenham nas oficinas e outras atividades. Tinham à sua disposição materiais variados: tecidos, tintas, post-its, canetas, marcadores... ou seja, uma série de materiais que ajudou a que o painel ficasse recheado de representações da Terapia Ocupacional. Neste evento, participaram não só doentes das enfermarias residentes, como, também, utentes integrantes do Centro de Dia para doentes com Doença de Alzheimer. Os discursos próprios deste dia comemorativo, das terapeutas, da Diretora Clínica, do Presidente do Hospital, muito elogiaram e motivaram os utentes para o prosseguimento dos trabalhos. Os utentes alegraram-se, nomeadamente com a presença de uma equipa de reportagem da SCMP, que fotografou os trabalhos e o resultado final.

4.5.3 Magusto

A chegada do outono levou a que se celebrasse, no Centro Hospitalar, o dia de São Martinho com o Magusto para que os utentes pudessem provar castanhas. Os funcionários assaram as castanhas, enquanto os utentes as esperavam, com uma senha

para poderem adquirir o seu cartucho. Além das castanhas, havia música e todos puderam cantar e dançar com entusiasmo.

4.5.4 Compras de Natal

Diariamente, os utentes recebem um valor monetário que podem gastar livremente e, assim, podem também aprender a geri-lo e usá-lo, o que garante uma ajuda na manutenção das funções executivas.

Em dezembro, por ser Natal, os utentes foram presenteados com uma maior quantia, que lhes providenciou uma ida às compras de Natal a um centro comercial. Então foram formados grupos que, em dias diferentes, acompanhados por técnicos, tiveram oportunidade de comprar um presente de Natal para si próprios.

4.5.5 Jantar de Natal

O jantar de Natal foi proporcionado a todos os utentes da enfermaria, num restaurante local, com o acompanhamento de técnicos.

No fim, houve um passeio pela cidade que promoveu o vislumbre das iluminações típicas da época. Os utentes, no dia seguinte, relatavam deslumbrados todos os acontecimentos da noite anterior.

4.5.6 Caça aos Ovos da Páscoa

Na quinta-feira Santa, foi dinamizado pelo Serviço de Terapia Ocupacional um *peddypaper* que teve como tema a Páscoa. Foram convidados utentes de várias enfermarias para, assim, se formarem equipas: cada enfermaria era uma equipa e jogou sob o comando de um técnico.

A atividade consistiu na procura de pistas em vários locais do Hospital que tinham de ser adivinhados através de uma pequena quadra que elucidava os utentes. À medida que as equipas iam chegando, verificava-se se tinham recolhido todas as pistas e, de acordo com a ordem de chegada, eram definidos os lugares de cada equipa.

Ao longo de toda a atividade foi notório o empenho dos participantes e a vontade de vencer o prémio final: ovinhos de Chocolate.

5. Reflexão final/Conclusão

O presente relatório teve como objetivo especificar todas as atividades realizadas durante os sete meses de estágio e refletir sobre o trabalho desenvolvido e a experiência de contato com utentes com doença mental crónica, assim como testemunhar a intervenção terapêutica e conhecer os hábitos dos utentes.

Inicialmente, apesar de já conhecer a estrutura e os princípios por que se rege o hospital, a primeira fase foi caracterizada pela aprendizagem do que é ser parte do corpo técnico desta instituição, conhecer as enfermarias, ter noção da burocracia inerente ao serviço que integrei, os locais de lazer em que os utentes permanecem, as suas rotinas e horários de atividades; no fundo foi uma adaptação ao que seria todo o processo de estágio. E mais importante que isso, o início do estágio foi marcado por medo e insegurança, de falhar e não ser capaz de colocar em prática os conhecimentos adquiridos ao longo da licenciatura e do primeiro ano de mestrado. No entanto, é de salientar que a orientação e supervisão prestadas pelas Doutora Diana e pela Professora Vera tiveram um efeito apaziguante, no sentido que permitiram à estagiária explorar e por em prática o que aprendeu, explicando-lhe que o estágio é, também, uma etapa da aprendizagem. Os primeiros dias de trabalho, para a estagiária, correspondem sempre ao ato de consciencializar-se que não se está assim tão bem preparado para a vida profissional, mas permitem-lhe compreender que poderá aprender a trabalhar mais e melhor.

A observação do trabalho da Doutora Diana permitiu perceber a prática clínica no contexto de Hospital Psiquiátrico, desde a recolha da anamnese ao processo de intervenção. Não foi possível assistir à avaliação e diagnóstico, uma vez que os utentes inseridos na enfermaria RAMa já tinham sido submetidos a esse processo aquando da tomada de decisão para a integrarem. Foi possível constatar, na prática, o que tinha sido aprendido a nível teórico, facultando também, o desenvolvimento de competências. Esta

etapa foi crucial para o meu amadurecimento, uma vez que, enriqueceu o meu conhecimento e me preparou para a prática clínica futura.

Acompanhar os utentes é, evidentemente, a fase mais enriquecedora de todo o estágio, pois permitiu conhecer uma realidade da prática psicológica no contexto de Hospital Psiquiátrico e evidenciou a importância do trabalho do Psicólogo na manutenção das capacidades cognitivas, do auxílio à orientação espacial e temporal dos utentes e, evidentemente, a função de terapeutas. Em termos práticos, a construção de sessões: definir o tipo de intervenção; selecionar exercícios de acordo com os domínios a trabalhar; gerir o calendário dos utentes e adaptar a sessão à sua disponibilidade. A falta de experiência clínica foi um obstáculo, no sentido em que dificultou a aplicação de técnicas e estratégias apreendidas no momento certo. Apesar disso, fui aprendendo, ganhando confiança e a motivação apareceu em crescendo, vencendo o medo de falhar.

É de valorizar todas as atividades realizadas pela equipa deste centro hospitalar, que implicam todos os técnicos, promovendo a união de valências, de modo a fazer com que todas se tornem uma mais-valia para o utente que depende, a cada dia, do técnico e que considera o hospital a sua casa. A celebração das várias festividades permite aos utentes sentirem-se parte integrante da sociedade e um ser humano comum, com os mesmos direitos que todos os outros. As saídas ao exterior para fazer compras de Natal, gerindo o seu próprio dinheiro e desejos, permite-lhes trabalhar as funções executivas e, de um modo mais abrangente, quebrar o estigma associado a estas pessoas, que são inúmeras vezes consideradas, pela sociedade em geral, dispensáveis e incapazes. No entanto, conviver com os utentes e agir enquanto estagiária desta instituição, permitiu conhecer uma realidade diferente da que é associada ao estigma da doença mental crónica. Estes utentes vivem livremente dentro do hospital, têm a possibilidade de realizar atividades que podem ser consideradas um emprego e que os utentes vêem como tal; têm momentos de lazer geridos por si próprios e a oportunidade de saírem ao exterior sob supervisão da equipa que os acompanha.

Sinto que a mais-valia de todo o estágio foi conhecer a vida de um utente de um hospital psiquiátrico, perceber as suas capacidades e potencialidades em áreas como a arte ou o artesanato e a sua força de vontade para, no seu quotidiano, vencer ou, pelo menos, lidar com a sua condição de saúde. Além disso, permitiu a aprendizagem de

novos conceitos, estratégias e intervenções, que se tornaram importantes no crescimento profissional.

No decorrer do estágio curricular, existiram muitas dúvidas e dificuldades que, contudo, se foram dissipando à medida que ia aplicando todos os conhecimentos teóricos adquiridos ao longo da formação. Uma das maiores dificuldades inerentes a todo o estágio foi a falta de informação dada sobre os pacientes e a sua história de vida e a dificuldade em contatar com os familiares dos doentes, de modo a obter os dados em falta. Como já anteriormente referido, a presença constante da orientadora e da supervisora de estágio, promoveu o meu desenvolvimento, uma vez que sempre se mostraram disponíveis e atentas ao trabalho desenvolvido. Esta foi, sem dúvida, uma experiência gratificante que me possibilitou crescer enquanto futura profissional e ser humano.

6. Referências

Alvarez, C., Martins, M. (2012). *A Terapia Ocupacional e suas possíveis contribuições na Saúde Mental Coletiva*. Vittal: Rio Grande. 24(2), 63-68.

Amarante, P. (2007). *Saúde mental e atenção psicossocial*. 4, 29.

Brito, V. & Sant'Anna, T. (2006). Legal changes and the practice of psychologists in mental health institutions. *Psicologia Ciência e Profissão*. 26(3), 368-383.

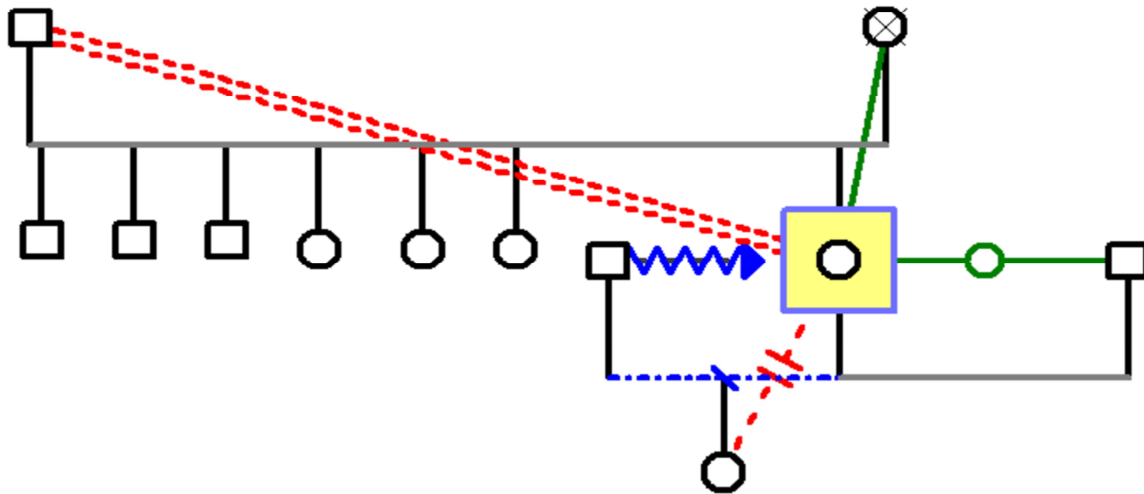
Carlson, N. (2002). *Fisiologia do comportamento*. 7, 544-55.

- Corrêa, A. (1995). A fenomenologia das depressões: da nosologia psiquiátrica clássica aos conceitos atuais. *Psiquiatria Biológica*, 3(3), 61-72.
- Cummings, J. W. (1992). Psychologists in the medical surgical setting: Some reflections. *Professional Psychology-Research and Practice*, 23, 76-79.
- Cunha, P. & Novaes, M. (2004). Neurocognitive assessment in alcohol abuse and dependence: implications for treatment. *Rev Bras Psiquiatria*. 26.
- Cunha, F., Cremasco, G., & Gradwohl, S. (2016). O papel do psicólogo hospitalar segundo os pacientes hospitalizado. *Sau. & Transf. Soc* , 7 (2), 34–40.
- Enright, M. F., Resnick, R. J., Ludwigsen, K. R., & DeLeon, P. H. (1993). Hospital practice: Psychology's call to action. *Professional Psychology-Research and Practice*, 24, 135-141.
- Fonseca, A. (2003). A Psiquiatria em História – O Hospital Conde de Ferreira e a Psicopatologia. *Revista Saúde Mental*, V (2), 54-61.
- Guia de Referência para as Unidades e Equipas de Saúde Mental da RNCCI, consultado em http://www.acss.minsaude.pt/wpcontent/uploads/2016/07/Guia_Referenciacao_Final.pdf, em novembro de 2019.
- Marques-Teixeira, J. (2002). Notícias – O Novo Centro Hospitalar Conde de Ferreira. *Saúde Mental*, 1(4), 50.
- Matos, P. & Costa, M. (1993). Supervisão em Psicoterapia e Aconselhamento Psicológico: uma experiência em contexto universitário. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 9, 19-28.
- Ministério da Saúde, (2005). Hospital de dia – Recomendações para o seu desenvolvimento. Direção-Geral da Saúde.
- Nuechterlein, K., *et al.* (2004). Identification of separable cognitive factors in schizophrenia. *Schizophr Res.* 72(1), 29-39.
- Parsons, O. (1998). Neurocognitive deficits in alcoholics and social drinkers: a continuum? *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 22(4), 954-961.

- Pereira, P., Gomes, E. & Martins, O. (2005). A Alienação no Porto: O Hospital de Alienados do Conde de Ferreira (1883-1908). *Revista da Faculdade de Letras – História*, 6(3), 99-128.
- Pull, C. (2005). Diagnóstico da esquizofrenia: uma revisão. *Esquizofrenia*, 13-70.
- Relatório dos Actos da Mesa da Sta. Casa da Misericórdia do Porto (1887-88), 294. 21
- Relatório dos Actos da Mesa da Sta. Casa da Misericórdia do Porto (1890-91), 428.
- Samagaio, E. (2008). Joaquim Ferreira de Castro, Conde de Ferreira, Edições SCMP.
- Shadish, W. R., Lurigio, A. J., & Lewis, D. A. (1989). After deinstitutionalization: The present and future of mental health long-term care policy. *Journal of Social Issues*, 45, 1-15.
- Sharma, T. & Antonova, L. (2003). Cognitive function in schizophrenia. Deficits, functional consequences and future treatment. *Psychiatr Clin N Am.* 26, 25-40.
- Silva, R. (2006). Esquizofrenia: uma revisão. *Psicologia USP.* 17(4), 263-285.
- Sheridan, E. P. (1999). Psychology's future in medical schools and academic health care centers. *American Psychologist*, 54 (4), 267-271.
- Sullivan, E., Fama, R., Rosenbloom, M.J., Pfefferbaum, A. (2002). A profile of neuropsychological deficits in alcoholic women. *Neuropsychology* 16(1), 74-83.
- Wahass, S. (2005). The Role of Psychologists in Health Care Delivery. *J Family Community Med*, 12(2), 63-70.

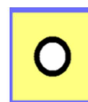
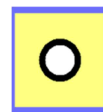
7. Anexos

Anexo 1 – Genograma da paciente SB



Legenda:

—	Normal
.....	Indiferente / Apático
- - - - -	Distante
- - - - - - - - - -	Separado / À Deriva
- - - - - O - - - - -	Reunião
- - - - - X - - - - -	Discórdia / Conflito
	Ódio
=====	Harmonia
=====	Amizade / Próximo
	Grandes Amigos / Íntimos
— O —	Amor
— O —	Apaixonado
— O — O — O — O —	Ligação Emocional / Relação espiritual
=====	Dependente
	Suspeita
~~~~~	Hostil
~~~~~	Distante-Hostil
~~~~~	Próximo-Hostil
~~~~~	Dependente-Hostil
~~~~~	Violência
~~~~~	Distante-Violência
~~~~~	Próximo-Violência
~~~~~	Dependente-Violência
~~~~~	Abusador
~~~~~	Violência Física



Sujeito Principal



Homem



Mulher



Falecida