



Relatório de Estágio

Trabalho executado pela aluna:
Cláudia Filipa Correia Fernandes



Estágio realizado no Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, E.P.E. – Guilhufe, Penafiel

Orientador Profissional: Doutora Alexandra Antunes

Orientador Académico: Professora Doutora Susana Lêdo

Agradecimentos

À Professora Doutora Susana Lêdo, orientadora deste relatório de estágio, pelos seus comentários e sugestões tão preciosos.

À Doutora Alexandra Antunes, que tanto me apoiou e me ensinou como enfrentar a realidade do trabalho do psicólogo.

Aos meus pais, sem os quais e sem o seu amor e consistência nas suas decisões, não estaria no lugar privilegiado em que me encontro.

Um agradecimento aos meus verdadeiros amigos e amigas que sempre estiveram comigo nos melhores e piores momentos.

À equipa de auxiliares no DPSM-CHTS, pela simpatia e auxílio sempre que necessitava.

Finalmente, um agradecimento que de tão especial teria que vir por último, à minha amiga e colega de estágio, Ana Filipa Carneiro, porque sem ela esta árdua jornada não teria sentido ser concluída com sucesso.

1. Introdução

O estágio é a actividade prestada comumente por estudantes, nas empresas ou repartições públicas, visando o aprimoramento profissional na sua área de estudo. O contrato é celebrado entre o estudante e o tomador, com a interveniência da instituição de ensino, que deve zelar para que o contrato seja cumprido fielmente. (Wikipédia,2009)

Iniciei esta caminhada no dia 22 de Outubro de 2008, quando pela primeira vez entrei no Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, e logo pude sentir uma responsabilidade enorme sob os ombros.

Se olhar para trás, para a formação académica teórica, e não querendo menosprezá-la, indubitavelmente terei que confessar que estava ansiosa pela chegada deste ano de estágio, que certamente me traria experiências difíceis de igualar, e segundo Richard (1998) “o próprio psicólogo, o *psi de base*, só retém da formação universitária um mosaico de métodos e de práticas, de conceitos e de princípios e também faz a si mesmo as perguntas que o grande público faz”, ou seja, pela primeira vez, as questões que pus até ao início deste ano começaram a ser respondidas e também sinto quase como que palpável tudo o que tenho aprendido, no entanto também sei que algumas temáticas ficarão por explorar, e que não irei arranjar todas as respostas que desejaria.

Não poderia adivinhar que o ano que se aproximava traria uma panóplia de sensações tão diferentes, tal como a psicologia clínica demonstra ser para Braconnier (1998), “(...) designa o estudo subjectivo dos sentimentos, das emoções, dos estados interiores mas também o estudo objectivo do conjunto dos fenómenos mentais e das leis que os regem”, ou seja o profissional de psicologia tem que se situar fora das suas emoções pessoais no momento da consulta, e estar ali para o outro.

O campo de estudo da psicologia clínica é o da pesquisa e da prática e permanece centrado no psicológico e subjectivo, no psicológico e individual. O clínico torna-se então um arquitecto de imaginário, de símbolo e de sentido remetendo para a teoria de um sujeito em “tensão”, um especialista dos processos internos conscientes e sobretudo inconscientes, remetendo-o para uma teoria dinâmica do funcionamento mental. (Bracconier, 1998)

O mesmo autor, refere que uma das principais funções do terapeuta será, através da introspecção, tanto do seu paciente como de si mesmo, investiga os entraves à liberdade de pensar ou de actuar com um objectivo de tratamento ou de cura.

Este último objectivo é muitas vezes levado a cabo pelo terapeuta, de forma a atingi-lo, porém pode nunca acontecer, e daí o meu objectivo para este ano tenha sido tentar, pelo menos chegar perto da cura, se é que ela existe em todos os casos.

Para além deste último objectivo, nem sempre atingível, comecei o ano de estágio com um pensamento, tentar deixar um pouco de mim nos meus pacientes, tentar, com a minha vaga experiência clínica, mostrar que eles não estão sozinhos na procura de melhorar a sua vida, com isto revejo-me no autor Bénony e col. (2000), quando ele refere que “o psicólogo é o seu próprio instrumento. Ele põe a sua pessoa e a sua experiência subjectiva ao serviço do outro. A entrevista clínica é a sua actividade central e pode situar-se no quadro de uma relação de prestação de cuidados, de ajuda ou de aconselhamento”.

A recolha de informação clínica era sempre feita nas primeiras consultas que eu acompanhava. Este termo também pode ser comutado com entrevista clínica. Na área da psicologia clínica, é inevitável falarmos de entrevista clínica, que será um dos primeiros passos a serem dados pelo terapeuta na primeira consulta, mas este tipo de entrevista tem sentido diferente da variante médica, segundo Bénony et cols. (2000) “consiste em observar um conjunto de sinais para os agrupar de seguida em síndromes”, por seu lado os psicólogos

clínicos vêm-na por outro prisma, o qual “visa apreender e compreender o funcionamento psicológico de um sujeito, centrando-se sobre o seu vivido e acentuando a relação.”

2. Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, E.P.E.

2.1. Caracterização estrutural e dinâmica

2.1.1 A instituição:

O Hospital Padre Américo, Vale do Sousa, E.P.E., é um hospital de administração privada, sediado em Guilhufe, Penafiel, tendo sido inaugurado a 27 de Outubro de 2001.

Este hospital, substituiu três antigas unidades: o Hospital de Penafiel (velho edifício da Santa Casa da Misericórdia de Penafiel, inaugurado em 24/06/1894) e o Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental (que funcionava só ao nível da consulta externa, sendo que o internamento funcionava ao abrigo de um protocolo com o Hospital Conde Ferreira, no Porto); em Paredes, o Hospital de Paredes (edifício da Santa Casa de Misericórdia, construído em 1966), que no conjunto constituíram até 1993 o extinto Centro Hospitalar do Vale do Sousa.

Actualmente, esta unidade de saúde é denominada de Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa (CHTS), E.P.E, resultado da união entre o Hospital Padre Américo e o Hospital São Gonçalo, em Amarante.

O Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, foi criado em 19 de Julho de 2007, tendo o seu primeiro Conselho de Administração sido nomeado a 22 de Outubro de 2007. O CHTS incorpora modernas tecnologias da saúde, particularmente sistemas de informação e comunicação nas áreas clínicas, administrativas e de gestão.

No Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, E.P.E., trabalha uma grande equipa que disponibiliza aos seus utentes diversas especialidades clínicas, bem como outros serviços complementares à prestação de cuidados de saúde: DECIA, departamento de psiquiatria e saúde mental (DPSM), departamento de medicina, Bloco Operatório, Cardiologia, Cirurgia, Cirurgia do Ambulatório, Consulta Externa, Endocrinologia, Esterilização, Farmácia, Gastroenterologia, Ginecologia/Obstetrícia, Imagiologia, Imuno-hemoterapia, Medicina Dentária, Medicina Física e Reabilitação, Medicina Interna, Neonatologia, Neurologia, Oftalmologia, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Patologia Clínica, Pediatria, Pedopsiquiatria, Pneumologia, Psicologia, Psiquiatria, Saúde, Higiene e Segurança no Trabalho, UCIP e Urologia.

2.1.2. Unidade de Psiquiatria

O DPSM é constituído por um Serviço e duas Unidades: unidade de psiquiatria e unidade de pedopsiquiatria, sendo que nesta, um psiquiatra do serviço é nomeado director do departamento de Psiquiatria, e outro colega tem a seu cargo ser o responsável pela direcção do mesmo serviço.

O Projecto do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental engloba o diagnóstico, tratamento e prevenção das perturbações psiquiátricas, o que pressupõe a necessidade de abertura da estrutura hospitalar no sentido de antecipar respostas que poderão minimizar a pressão do solucionar de problemas. A intervenção deste departamento subdivide – se em: Psiquiatria e Psiquiatria da Infância e Adolescência. Todo o trabalho é entendido numa perspectiva de complementaridade, seja de dinâmica intra-departamento (onde a abordagem das situações tem o trabalho complementar e fundamental da Unidade de Psicologia, Enfermagem e do

Serviço Social), seja de dinâmica Departamento/Hospital e cuidados de Saúde Primários, filosofia do Serviço.

2.1.2.1. Actividades / Papel do Psiquiatra no DPSM:

São assim objectivos do DPSM, nas suas várias valências, assim como o trabalho do psiquiatra (existentes ou a implementar a prazo no ano corrente):

- ✓ Consulta Externa: num departamento que pretende promover a integração e autonomização, tão precoce quanto possível, dos doentes, esta actividade assume importância fundamental para o Departamento, na manutenção do equilíbrio e integração indivíduo/meio;
- ✓ Internamento: que se vem revelando complementar à actividade da consulta, permitindo a abordagem de situações não possíveis de controlar em regime de consulta;
- ✓ Psicoterapias: trabalho individual ou em grupo, estruturado, em colaboração, facilitando a resposta em situações específicas;
- ✓ Psiquiatria Forense: trabalho de resposta às solicitações dos Tribunais relativamente a aspectos diagnósticos e prognósticos da doença mental;
- ✓ Psiquiatria Ligação: trabalho de colaboração e complementaridade possibilitando a abordagem interdisciplinar das situações;
- ✓ Apoio Domiciliário: mantém o DPSM uma equipa de apoio domiciliário que tem permitido quer a continuidade terapêutica, quer a manutenção do tratamento em ambiente doméstico, diminuindo quer as necessidades de internamento de doentes que anteriormente se apresentavam resistentes ao tratamento, quer a insegurança da família relativamente ao apoio

disponibilizado. A equipa é, habitualmente, constituída por um enfermeiro e uma assistente social;

- ✓ Hospital de Dia: conceptualizado a sua abertura e funcionamento como elemento importante no tratamento de diversas situações específicas;
- ✓ Investigação: actividades de investigação dentro das valências do DPSM;
- ✓ Formação de Técnicos e Internos: actividades de formação ao nível de técnicos e de internos da especialidade;
- ✓ Consultadoria / trabalho na comunidade: apresentação de um projecto experimental para melhorar a comunicação e para diminuir a actual pressão na consulta externa;
- ✓ Trabalho multidisciplinar: elaboração de projectos conjuntos,
- ✓ Inserção e Reinserção: articulação com instituições de inserção social.

2.1.3 Unidade de Pedopsiquiatria

A Unidade de Psiquiatria da Infância e da Adolescência presta cuidados diferenciados na área da saúde mental a crianças e adolescentes (dos zero aos 18 anos), intervindo ao nível da prevenção, diagnóstico e tratamento das perturbações mentais.

2.1.3.1 Actividades/ Papel do Pedopsiquiatra

A mesma unidade encontra-se integrada no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental CHTS sendo as actividades praticadas neste departamento assim como o papel do pedopsiquiatra, as seguintes:

- ✓ Consulta Externa: a actividade desenvolvida no âmbito da Consulta Externa, actividade preponderante, engloba, pela sua especificidade, diferentes tipos de intervenção,

quer diagnósticas, quer terapêuticas, bem como intervenções na família e no meio. Inclui várias actividades, ajustadas a cada situação clínica em particular, designadamente: consultas terapêuticas à criança ou ao jovem e à família; observação da criança ou do jovem (individualmente ou não); observação da interacção pais/filhos; psicoterapia das crianças e dos jovens;

- ✓ Psicoterapias: possibilidade de intervenção em Terapia Familiar como resposta para situações específicas;
- ✓ Pedopsiquiatria Forense: resposta aos pedidos efectuados pelo Tribunal, pelo Instituto de Reinserção Social e pelas Comissões de Protecção a Crianças e Jovens em Risco, quer seja para avaliações, quer para acompanhamento de diversas situações;
- ✓ Psiquiatria de Ligação: pretendendo-se uma articulação com os diversos serviços do hospital, possibilitando uma abordagem interdisciplinar;
- ✓ Articulação Comunitária: a intervenção na comunidade, designadamente a articulação com os Centros de Saúde, a articulação com os Estabelecimentos de Ensino pré-escolar, básico e secundário, ou outras Instituições que trabalham com crianças e jovens, reveste-se de particular importância;
- ✓ As orientações e articulações que envolvem outras Instituições, requerem frequentemente a abordagem e a intervenção efectuada pelo Serviço Social;
- ✓ Outras Actividades: fazem ainda parte da actividade desenvolvida, a articulação com outros técnicos (intra e extra- -hospitalar), a elaboração de relatórios e a participação em reuniões (de serviço, de equipa e outras no âmbito da actividade profissional).

2.1.4 Unidade de Psicologia

Também fazendo parte do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, existe a Psicologia, que tem como responsável, uma psicóloga do mesmo serviço. Nesta instituição, ao profissional que lá trabalhe são-lhe exigidos no mínimo dois requisitos, tais como, Licenciatura em Psicologia Clínica ou Formação em áreas de intervenção específica.

2.1.4.1 Actividades/Papel do Psicólogo

O plano de acção desta instituição, exige que um qualquer profissional, ou no meu caso particular, estagiária da área da psicologia, retenha certas funções, das quais:

- desenvolvimento de funções científicas e técnicas de avaliação;
- psicodiagnóstico e tratamento, no campo da psicologia clínica em contexto de consulta multidisciplinar, internamento, hospital de dia e outras valências, em abordagem individual, familiar e de grupo;
- participação em trabalhos de investigação na área da Psicologia Clínica.
- participação em processos de selecção e avaliação;
- ao responsável da unidade acrescem funções de organização e gestão funcional.

Sendo o “estágio a ferramenta para a complementação do estudo teórico” (wikipédia,2009), durante este ano, penso ter conseguido atingir muitas das funções exigidas pela instituição, pois a principal meta dos orientadores para com os seus estagiários era de senti-los minimamente preparados para conseguirem “manejar” e ter um controlo na consulta psicológica.

Penso que apesar de ter tido contacto com os mais variados casos, desde crianças a adultos, sinto-me melhor preparada na área de desenvolvimento de técnicas e processos de selecção e avaliação, pois os pedidos a mim solicitados iam mais neste sentido.

2.1.5 População - Alvo, Critérios de admissão e Recursos Humanos

A área assistencial do DPSM abrange os concelhos de Penafiel, Paredes, Paços de Ferreira, Lousada e temporariamente Vizela. A população - alvo desta instituição obedece à distribuição prevista em termos de saúde mental, com predomínio das perturbações do foro neurótico e depressivo, seguidas por perturbações de natureza psicótica e da personalidade. Ao nível das crianças predominam as dificuldades adaptativas e perturbações em áreas específicas, seguidas por perturbações de natureza psicótica.

A admissão dos doentes no DPSM é realizada por duas vias: internamento e consulta externa. O internamento pode ser realizado na sequência da observação do doente no serviço de urgência ou no internamento de outros serviços, por transferência de outras instituições com serviço de urgência psiquiátrica ou do Hospital de Magalhães Lemos, bem como da própria consulta externa.

Relativamente à alta, esta assenta em critérios de natureza técnica ou, no caso da consulta externa, em situação de falta sem motivo atendível. Quer a admissão quer a alta dos doentes são realizadas após decisão dos médicos do serviço.

No momento estão ao serviço da instituição, segundo informação que recolhi dos Recursos Humanos:

- Chefe de serviço: 2 (sendo 1 o director do DPSM)
- Psiquiatras: 7

- Pedopsiquiatras : 2
- Psicólogos: 4
- Assistente graduado: 3
- Assistente hospitalar: 2
- Assistente graduado: 1
- Assistente hospitalar: 1
- Enfermeiros: 14
 - enfermeiro especialista: 2 (sendo 1 o enfermeiro responsável)
 - enfermeiro nível I: 12
- Técnicos de serviço social: 2
- Funcionários administrativos: 5 (sendo 1 o responsável)
- Auxiliares de acção médica: 10

3. Consultas Psicológicas

O pressuposto de um estágio curricular será o de preparar o estudante para a vida laboral, e na instituição onde estagiei pude constatar que desde o início me deram total liberdade nas consultas, onde eu podia utilizar as “armas” que possuía, facto que confesso me colocou numa situação embaraçosa, pois não estava tão à vontade e bem preparada para enfrentar tais responsabilidades.

A consulta psicológica consiste num processo de intervenção que utiliza técnicas especializadas de apoio, escuta activa e reformulação empregues no sentido de oferecer uma ajuda eficaz e continuada às pessoas que vivem uma variedade de dificuldades, tais como a

tensão emocional, ansiedade, problemas conjugais, medo, perda e luto ou uma perturbação no foro clínico, entre muitas outras.

Neste sentido, visa ajudar a pessoa a olhar objectivamente para os seus comportamentos, sentimentos e pensamentos em situações que considera problemáticas. Visa igualmente auxiliar o indivíduo a aprender formas mais eficazes de lidar com essas mesmas situações. Por último, poderá ser de especial utilidade para que a pessoa atinja as suas aspirações pessoais ou o seu desenvolvimento e crescimento pessoais. (psicologia, 2009)

Mesmo antes de haver o primeiro encontro com o paciente, é importante que todo o profissional da área tenha já pré definido que existem certas atitudes que devem ser tomadas como certas no momento da consulta. Esta atitude clínica, segundo Bénony el cols. (2000), “(...) releva de uma verdadeira atitude deontológica e ética. Ela implica o respeito pelo sujeito. Trata-se naturalmente do primeiro princípio do código deontológico dos psicólogos, subscrito pelas associações que representam os psicólogos e os professores-investigadores em psicologia: *O respeito pela pessoa na sua dimensão psíquica é um direito inalienável. O seu reconhecimento fundamenta a acção dos psicólogos.* – Código Deontológico dos Psicólogos.¹

3.1 Consultas de Avaliação

A maior parte do meu tempo de serviço na instituição foi dedicada a consultas de avaliação, principalmente a crianças. Apesar de ter feito acompanhamento a alguns pacientes, a maior

¹ Em Portugal são três as associações que representam os psicólogos: APP- Associação Portuguesa de Psicólogos; SPP- Sociedade Portuguesa de Psicologia; APPORT- Associação de Psicólogos Portugueses.

percentagem vai para as avaliações, como se pode verificar de seguida (Tabela 1), onde estão representadas todas as consultas onde estive presente, (Tabela 2) desde o primeiro dia de estágio, até ao último.

Como nos diz Bénony et al. (2000) acerca dos princípios da avaliação psicológica, dois dos objectivos da mesma passam por precisar: o diagnóstico sintomático (fobia, rituais, enurese, etc.) ou sindromático (anorexia, depressão, etc.), e as características psicológicas (mecanismos de defesa e de *coping*, processos de pensamento, temas fantasmáticos, representação de si, estilo de vinculação, etc.).

O meu contacto com adultos não é equiparável com o das crianças, pois sendo o trabalho da minha orientadora de estágio mais direccionado para as mesmas, naturalmente que lhe seguia os passos, ou seja sempre que se justificava o pedido de avaliação, era eu que fazia a consulta. Este foi o meu percurso durante o ano, o que, apesar de aliciante, me deixou um pouco frustrada por não ter tido mais oportunidades ao encarar casos de adultos, pois a minha opinião prévia, residia no facto de que seriam casos bem mais difíceis de seguir e tentar dar alguma resposta ao paciente, porque sinto-me bastante mais confortável lidando com crianças. O primeiro dia de estágio foi marcado com triagens com supervisão médica a três crianças. Estas triagens aconteciam uma vez por semana, depois dos psicólogos se reunirem com o pedopsiquiatra do serviço e distribuírem os casos pelos mesmos.

A primeira vez que contactei com pacientes, foi numa visita ao internamento do hospital da zona psiquiátrica. Basicamente houve uma recolha da história clínica do paciente, feita por mim e pela colega de estágio.

Este primeiro contacto com um paciente foi sentido como emocionante, mas de uma responsabilidade imensa. Pela primeira vez, senti palpável o trabalho de um psicólogo.

Tabela 1:

	Triagens	1 ^{as} consultas	Avaliações	Acompanhamento Psicológico	Nº Total Consultas
Nº	22	57	78	37	63

Tabela 2:

Identificação		Procedimento			Triagens	1 ^{as} consultas	Avaliação	Acomp. Psicológico
Criança/Adulto	Género	Idade	Avaliação Psicológica	Acompanhamento				
A	Fem.	47	SCL-90; SKT; TONI-2; FAQ; Teste cores			1	1	
A	Fem.	56	SCL-90; SKT; TONI-2; FAQ; Teste cores				1	
A	Fem.	51	SCL-90; SKT; TONI-2;				1	
A	Masc.	40	TONI-2;FAQ; desenho da figura humana			1	1	
A	Fem.	33				1		
A	Masc.	31		Intervenção pensamentos obsessivos		1		
A	Fem.	22		Intervenção Luto	1	1		2
A	Masc.	23	WAIS			1	1	
A	Fem.	76	WAIS			1	1	
A	Fem.	39		Depressiva		1		1
A	Fem.	47		Depressiva		1		2
A	Fem.	43		Depressiva/ tentativa suicida		1		2
A	Fem.	20	Teste Cores; http				1	
C	Fem.	8	WISC-III		1	1	2	
C	Fem.	6	WISC-III		1	1	2	
C	Fem.	10	WISC-III		1	1	2	
C	Masc.	12	WISC-III		1	1	2	
C	Fem.	14	WISC-III		1	1	2	
C	Fem.	7	WISC-III		1	1	2	
C	Fem.	6		Relaxamento		1		2
C	Masc.	8	WISC-III			1	2	

C	Masc.	12	WISC-III; http			1	3	
C	Fem.	6	Desenho família; http		1	1	1	
C	Fem.	5	Griffiths		1	1	3	
C	Masc.	10	HTP; “Era uma vez”	Intervenção divórcio pais;		1	2	2
C	Masc.	7	WISC-III			1	2	
C	Masc.	5	WPPSI			1	2	
C	Fem.	5	Griffiths		1	1	3	
C	Masc.	7	WISC-III		1	1	2	
C	Masc.	10		Intervenção divórcio pais	1	1		2
C	Masc.	11	WISC-III			1	2	
C	Masc.	15	WISC-III			1	2	
C	Fem.	5	Griffiths			1	3	
C	Fem.	7	HTP; “Era uma vez”			1	1	
C	Masc.	7		Intervenção ansiedade		1		2
C	Masc.	8	WISC-III			1	2	
C	Fem.	7	WISC-III			1	2	
C	Fem.	7	WISC-III			1	2	
C	Fem.	6	WISC-III			1	2	
C	Masc.	9		Intervenção Obesidade; dificuldade relacional	1	1		1
C	Fem.	6	HTP; desenho família			1	1	
C	Masc.	3	NEMI			1	1	
C	Fem.	13		Intervenção medos	1	1		2
C	Masc.	6		Intervenção: onicofagia; tricotilomania	1	1		5
C	Masc.	7		Intervenção medos	1	1		2
C	Masc.	4	Griffiths			1	3	
C	Fem.	4		Intervenção Mutismo	1	1		6
C	Fem.	12		Intervenção luto	1	1		1
C	Fem.	12	WISC-III	Orientação vocacional		1		2
C	Masc.	3	Griffiths			1	2	
C	Masc.	7	WISC-III			1	2	
C	Fem.	7	WISC-III			1	2	
C	Fem.	6		Intervenção luto	1			1
C	Fem.	17		Intervenção luto	1			1
C	Fem.	8	WISC-III			1	2	
C	Masc.	7	WISC-III			1	2	
C	Masc.	7	EDAH	Intervenção hiperactividade	1	1	1	1
C	Fem.	16	WISC-III		1	1	2	
C	Masc.	6	WISC-III			1	2	
C	Masc.	8	WISC-III			1	3	
C	Masc.	4				1		
C	Masc.	7	WISC-III			1	2	
C	Masc.	5				1		

Nota: o item “Avaliações” (Tabela 1) significa o número de consultas de avaliações efectuadas

O próximo sub-título é da responsabilidade do acompanhamento de dois casos clínicos, no entanto, achei pertinente expor alguns dos testes que utilizei na instituição onde estagiei. No sentido de colocar a informação mais concisa e compacta, optei por apresentá-los numa tabela.

Tabela 3:

Instrumento/Teste	Descrição Teórica
WISC – III	Anexo 1
WPPSI	Anexo 2
HTP	Anexo 3
Era uma vez...	Anexo 4

3.2 Acompanhamento de dois casos clínicos

A sensação de ter um paciente à minha frente, esperando que o ajude a encontrar o seu caminho, é uma situação difícil de superar, muito mais quando não temos experiência que nos leve para um lugar em que nos sintamos seguros de nós próprios e das nossas capacidades profissionais para dar resposta ao problema exposto.

No sentido de tentar desvendar um pouco o meu trabalho enquanto estagiária daquele hospital, e para não me cingir apenas a uma faixa etária, irei de seguida expor e desenvolver dois casos clínicos, o primeiro de uma criança e o segundo de um adulto.

3.2.1 Caso Clínico N.

1. Identificação

Nome: N.

Idade: 4 anos

Género: feminino

Escolaridade: ---

Pais: mãe tem 41 anos, é doméstica; pai tem 41, está desempregado

Irmãos: dois irmãos com 17 e 20 anos

2. Pedido de Acompanhamento/ Encaminhamento

O pedido foi feito pela pediatra do hospital, que propôs suspeita de mutismo, e por isso pedia uma avaliação na área da psicologia.

3. Encaminhamento

A pediatra que acompanha o caso encaminhou-o para a psicologia no sentido de haver uma avaliação psicológica da criança.

4. Motivo do acompanhamento (queixas)

A mãe da N. refere que a sua filha nunca fala com pessoa fora do agregado familiar, não fala com tios, primos ou avós, apenas conversa com os pais e irmãos. A mãe diz que tenta que ela brinque com outras crianças, mas a N. nunca sai de perto da mãe. A maior preocupação da mãe é a filha “nunca se dar com ninguém”.

5. Anamnese

A gravidez da N. não foi planeada, mas foi desejada pelos pais. Nasceu com 40 semanas, de parto eutócico. Não teve necessidade de cuidados especiais no nascimento e nunca teve doenças graves na 1ª e 2ª infâncias, bem como intervenções cirúrgicas.

O desenvolvimento psicomotor foi normal tendo adquirido a marcha e a linguagem aos 12 meses, tendo sido a primeira palavra “mamã”. A N. adquiriu o controlo esfíncteriano diurno e nocturno aos 24 meses.²

É uma criança que, segundo a mãe “*é muito sensível à comida*”, basicamente come sopa.

² A mãe não me pareceu muito certa no que dizia, pareceu-me não dar muita importância a estes factos.

A N. é uma criança que dorme mais que o normal, à noite dorme cerca de 12 horas, (21h-9h), depois à tarde volta a dormir 2 a 3 horas, “*e é preciso acordá-la*”. Por vezes ressona.

A linguagem, aparentemente parece afectada, mas segundo informações da mãe se ela sabe falar, pode estar envolvida “numa condição de ansiedade social, na qual uma pessoa que é capaz de falar é incapaz de expressar-se verbalmente dadas certas situações”, como na presença de estranhos.

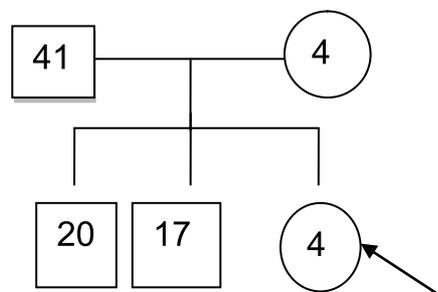
A N. é uma criança “*muito calada e sempre foi muito quieta desde pequenina*”, o que pode levar-nos a pensar que a sua falta de comunicação pode ser devido a uma extrema timidez de sua parte, ou não.

6. Antecedentes pessoais/familiares

A N. aparentemente não tem nenhum familiar com diagnósticos mentais ou físicos problemáticos, apenas o pai e avós paternos sofrem de diabetes.

A mãe parece ser uma pessoa muito ansiosa, e como a filha fora muito desejada pelos pais e irmãos, sente-se um nervosismo quando tem que se separar dela, e sente-se mesmo que é muito difícil para a mãe “largar” a filha.

7. Genograma



8. Processo de acompanhamento Psicológico

O processo de acompanhamento psicológico da N. teve duas fases: a primeira foi a Recolha da História Clínica e na segunda houve uma Avaliação Psicológica. A primeira fase correspondeu às duas primeiras consultas, em que houve o primeiro contacto da psicóloga e estagiária com a criança, acompanhada pela mãe. A segunda fase foi marcada por avaliações psicológicas, como vinha pedido no encaminhamento, as quais duraram 5 sessões estruturadas e recorri à técnica do jogo simbólico para tentar comunicar com a N.

9. Avaliação Psicológica

A responsabilidade Ética deverá sempre pautar o Profissional de Psicologia em todos os seus procedimentos psicológicos especialmente na Avaliação Psicológica. (Oliveira, M., 2002)

No caso vigente, sendo uma criança com diagnóstico não concreto de mutismo selectivo, senti-me um pouco sem saber como lidar com ela, sendo que a criança com mutismo selectivo compreende a linguagem e tem capacidade de falar mas só o faz em contextos muito restritos, como em casa, ou só para certos familiares. (psicologia,2009)

A primeira consulta (27/2/2009) foi realizada pela psicóloga apenas, que esteve com a mãe da criança e esta. A N. não falou uma só vez com a psicóloga, e segundo a mãe, só conversa com o pai e irmãos. O mutismo, *s. m. (fr. mutisme; ing. mutism)*, segundo fonte da Climepsi, Ed., é uma recusa de falar associada a uma perturbação neurótica ou psicótica, sem qualquer causa orgânica.

Segundo informações da psicóloga, a criança não manteve contacto ocular, e não largou a mão da mãe durante toda a consulta. A mãe, por seu lado, também teve uma postura ansiosa e quase de obrigatoriedade em estar no consultório.

Como já é habitual, esta consulta foi para recolher a história clínica do paciente, no caso apenas com recurso à mãe. Uma das orientações enunciadas pela psicóloga fora a matrícula da N. num infantário, pois esta criança passava o dia todo em casa com a mãe, que é doméstica.

Na segunda consulta (6/4/2009), já estive presente juntamente com a psicóloga, e pude observar de perto o comportamento da mãe e da criança.

Apesar de não falar, e retrair-se no lugar, a N. manifestava boa disposição, simpatia e até chegou a esboçar alguns sorrisos, mas sempre desviando o olhar de mim, como da psicóloga.

A mãe referiu que já tinha matriculado a filha no infantário, mas ao mesmo tempo manifestou muita dificuldade em deixar a N. com “pessoas estranhas”.

Noutros contextos, como a escola ou em situações sociais é incapaz de falar, podendo, por vezes comunicar apontando, acenando, puxando ou abanando a cabeça. (psicweb,2009).

Como refere Oliveira, Y. (2003), a mãe é, portanto, a pessoa que vai introduzir a criança no mundo. É a partir deste elo afectivo que vai dar-se a possibilidade de relacionamento com os outros objectos-sujeitos, que começarão também a interagir afectivamente com a criança.

Uma falha neste processo de individuação pode resultar numa negação (ou denegação?) da identidade pessoal. São indivíduos que, possivelmente, ficaram fixados em etapas primitivas do seu desenvolvimento emocional.

A psicóloga tomou a decisão de levar a N. para a sala de psicoterapia, na expectativa que a menina comunicasse através do jogo simbólico.

Então, depois de alguma insistência chamei a menina para vir “brincar comigo”, enquanto a mãe ficou no consultório com a psicóloga.

O faz de conta vai permitir à criança recriar experiências da vida quotidiana, situações imaginárias e utilizar os objectos livremente, atribuindo-lhes significados múltiplos. (Santos, 1993).

O tempo foi pouco para criar alguma confiança da N. para comigo, e na tentativa que ela falasse ia-lhe fazendo perguntas, mas desta forma directa não obtive resposta alguma, porém, passado alguns minutos, ela fez uma expressão: “Ui! O pai!”, que me deixou contente, cingindo-me à minha inocência, e tentando não dar muita importância ao facto, continuei a “brincar” com ela. No entanto nesta sessão não disse uma frase completa.

Ficou acordado que as sessões seguintes iriam ser acompanhadas apenas por mim, com a criança na sala de psicoterapia.

Assim, na terceira sessão (21/4/2009), a mãe acompanhou a N. até à sala de psicoterapia, e depois de conversar um pouco comigo, pedi-lhe para se sentar na sala de espera. O comportamento não verbal da mãe era todo ele de uma ansiedade patente e bem óbvia ou seja, quando pedi à mãe para sair, ela diz “não sei se a N. vai ficar sozinha consigo”, e agarrou-se à filha, deu-lhe beijos e despediu-se, mas a N. já só estava interessada na casinha das bonecas, não ligando à mãe. Esta “separação é mais difícil de controlar quando a ansiedade fica mais intensa, duradoura e progressiva” Clauss-Ehlers,C. (2009).

A dificuldade de separação, foi sem dúvida mais evidente, nesta consulta, por parte da mãe.

Como diz a psicóloga clínica Cláudia Santos, do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, citado em Zanoni, A. (2009) *“A dificuldade de separação que a policial militar enfrenta é frequente entre as mães e filhos, mas, antes de encontrar soluções milagrosas para esse distanciamento, é preciso entender o porquê de a mãe não conseguir ficar longe, Nesse processo, é preciso conhecer o momento em que a criança foi concebida, a história de ambos e como a mãe está tocando sua vida – afinal, é ela quem terá as rédeas da separação, e não o filho.”*

Durante esta sessão, a N. demonstrou preferência para brincar na casinha das bonecas, e ser a mãe, sempre com o bebê no seu colo. Quando as crianças se encontram na "Casinha das Bonecas" jogando cada uma delas o papel de Mãe, elas expressam o modo como sentem a realidade representando as suas vivências quotidianas. Porque o processo verbal é complicado, expressam-no pela acção, pelo jogo, revivendo a realidade (Zanoni, 2009).

O meu papel era tentar desvendar o porquê destas preferências, e tentar inculcar-lhe que a situação pode ser outra, como por exemplo, ser o pai que embala o bebé, facto que a N. não aceitou dizendo “o bebé é da mãe”. A insegurança é passada para a criança, que poderá ficar ansiosa diante de situações de separação ou não conseguir se adaptar a ambientes longe da mãe. Se não tratada, a ansiedade pode ficar generalizada e se transformar em problemas de adaptação na escola e no convívio em geral. (Zanoni, 2009).

No final da sessão, esclareci, no sentido de tentar despertar na mãe confiança em mim e no trabalho que estava a desenvolver com a N., explicando a importância da filha ganhar confiança de um adulto que é estranho para ela, para depois conseguir fazer o mesmo processo de adaptação com outras pessoas na sua vida, principalmente no infantário, que irá em Setembro.

O normal será a mãe adquirir confiança, sabe que pode contar com a ajuda da creche, dos parentes ou dos amigos para cuidar da criança. (Castro, N. 2009)

Na quarta sessão (4/5/2009), uma vez mais a mãe trouxe a N. para a consulta, e não estava nada disposta em sair da sala, e só depois de a acalmar e dizer que a filha fica bem comigo, saiu, dando passos pequenos e avisando a N. que ia embora, o que não incomodou a criança.

A criança tem sempre como jogo preferido, a casinha das bonecas, e desta vez não teve qualquer problema que o “bebé” fosse para “o colinho do papá”, mas o seu boneco de eleição foi a mãe, sempre. Outra opção que tive nesta sessão foi, pegar em letras e números, e a N.

mostrou que sabia algumas delas, “os manos disseram-me as letras...” , o que a agradou bastante.

A meio da sessão, a mãe entrou na sala, sem ser chamada, e sentou-se numa cadeira, interrompendo a sessão. Achei aquele comportamento um alerta acerca do seu medo e insegurança em largar a filha, e tal como na sessão anterior, avisei que tinha que sair, porque, para além de interromper a sessão, estava a afectar a interacção entre mim e a N., pois esta não fala na presença da mãe, e foi notório já que deixou a frase a meio quando a mãe entrou na sala.

A segunda interrupção acontece mesmo na hora da sessão terminar, mais uma vez a mãe entra na sala e diz: “Já são horas, filha, vamos?”, ao que respondo que realmente a sessão estava a terminar, mas a mãe não podia voltar a entrar na sala daquela forma, pois sendo um trabalho sério, estava a interferir no trabalho tanto da terapeuta como da sua filha, que a cada sessão demonstrava progressos positivos no desenvolvimento da confiança em mim.

Tomando com exemplo um excerto do trabalho de Mordardo, (1998) sobre vinculação, verifiquei que “o sentimento e o comportamento da mãe em relação ao seu bebé, são profundamente influenciados pelas suas experiências pessoais prévias (...) é este padrão de relacionamento parental que dará origem à forma como ambos os pais irão vincular-se ao filho, promovendo ou não as suas necessidades físicas ou emocionais. “

Na quinta sessão (9/6/2009), a N. tinha chegado mais cedo que o previsto ao hospital, e também a própria sessão foi mais curta que o habitual, porém pude reparar que a N. se sente muito mais à vontade comigo, pois começou a brincar na casinha, enquanto conversava com a mãe sobre o seu comportamento nestes últimos dias. Quando pedi para sair, a mãe fez a filha ver que ia embora, ao que não houve resposta, e permaneceu encostada na parede em frente à sala, e recusou-se em sair dali.

Nesta sessão tentei utilizar um método diferente, ou seja, através do jogo simbólico, colocar a N. perto da sua realidade, já que é a função deste, portanto, nesta sessão, eu era a mãe e a N. o bebe, e eu disse “a mãe vai levar o bebe para o infantário”, o que não agradou muito a menina, mas depois de lhe explicar que a mãe nunca sai do coração do bebe e vice-versa, ela aceitou.

Com isto perguntei directamente sobre a sua entrada no infantário, e a N. pareceu-me mais conformada e até animada com a ideia.

Desta vez, mesmo na presença da mãe e pela primeira vez, a N. conversou comigo, sem qualquer problema, o que demonstra que já me vê como alguém de confiança, fora do agregado familiar.

A sexta, e última sessão (30/6/2009), foi realizada com a N. e optei por dar-lhe uma actividade diferente, fazer um desenho livre. (ver Anexo 3)

O desenho é uma manifestação eminentemente subjectiva, pois constitui expressão de noções individuais ou de impressões externas, interpretadas por um indivíduo.

No desenho livre a criança faz o que quer, desenha o que lhe apetece, ao contrário do desenho dirigido, onde o tema é proposto. O desenho livre como expressão de personalidade é mais do que livre, libérrimo, e não tem, nem pode ter, limite de assunto, nem embaraços. Tem, portanto, um grande valor não só psicológico, como também pedagógico. (psiqweb, 2009)

Durante esta sessão, entrou e permaneceu por alguns minutos um menino, que esperava pela mãe, e a psicóloga pediu-me se não me importava que ele ficasse na sala por alguns instantes, o que apesar de não ser o mais correcto, aceitei.

A minha preocupação era que a N. deixa-se de falar comigo, ou se retraísse a um canto, o que surpreendentemente não aconteceu, ou seja a N. conversou com o menino, pediu-lhe ajuda nos desenhos e ficou triste quando ele foi embora.

Depois de me oferecer os desenhos, quis ir brincar na casinha, e mais uma vez utilizei o facto de faltar pouco tempo para ingressar na escola, uma forma de brincar. Agora sim, parece mais conformada e expectante com a entrada no infantário, até porque me disse que ia “fazer 8 amiguinhos, para ter muitos”, disse o lugar onde fica a escola. Esteve sempre muito animada, faladora, brincalhona e completamente à vontade comigo.

Ao que parece, a confiança estava presente no carácter desta menina.

Foi explicado à mãe que, o trabalho por parte “desta terapeuta estava completo”, visto ser estagiária, o que não agradou de todo a mãe, pois ela diz que “com outra psicóloga a filha já não vai falar assim, é pena...”, o que me deixou a pensar que de facto é o mais provável que aconteça.

Antes de sair da sala, a N. deu-me um abraço forte, um beijinho e sorriu para mim e para a casinha dizendo “chau bebé!”.

10. Conceptualização teórica do caso

A arte de educar um filho não é tarefa fácil, pois os cuidados com a criança, mostram-se constantes e permanentes, tornando-se a chave principal para a saúde de toda e qualquer criança, mesmo ela tendo alcançado certo grau de desenvolvimento e independência. Para isto é necessário conhecer as inúmeras condições sociais e psicológicas que influenciam, positiva ou negativamente, o seu desenvolvimento. (Mordardo,1998).

As experiências e vivências da mãe são colocadas nessa relação, o que em caso de vivências negativas pode gerar ansiedade, excessivo envolvimento ou preocupação em relação à criança. Esse momento pode ser difícil, mas é preciso que a mãe tenha confiança e estabeleça um vínculo seguro – explica o pediatra Ricardo Halpern, especialista em desenvolvimento e

comportamento e presidente do Departamento de Saúde Mental da Sociedade Brasileira de Pediatria.

Tanto nestas actividades como no jogo com as bonecas, as crianças exteriorizam o que vivem interiormente, expressando pela acção, ideias, sentimentos e emoções e traduzindo muitas vezes a imitação de tarefas, papéis e actividades do adulto. Para além do desejo de compreensão de todo esse mundo, as crianças expressam o que dele sentem. (Zanoni, 2009).

Este caso que acompanhei, veio com um pedido de avaliação psicológica, para uma suspeita de mutismo selectivo, visto que a criança fala normalmente com os pais e irmãos.

O DSM-IV-TR (2000), sugere que “crianças e adultos com o transtorno são completamente capazes de falar e compreender a linguagem, mas não o fazem em certas situações sociais, quando é o que se espera deles.”

A falta de comunicação da N. pode ser vista, “como uma forma extrema de timidez, mas a intensidade e a duração a distinguem. Como exemplo, uma criança pode ficar completamente calada na escola, por anos, mas falar livremente ou até excessivamente em casa”.

Antes de mais, existem diferenças significativas entre o mutismo e o mutismo selectivo, que segundo diz Marcelli, D. (1998, p.100), o mutismo é a ausência de linguagem numa criança que anteriormente já tenha falado e cujas desordens não entram no quadro da afasia.

Podem distinguir-se:

-o *mutismo total adquirido*, que sobrevém, na maioria das vezes, após um choque afectivo (...).

-o *mutismo selectivo durável*: o lugar do mutismo é variável, intrafamiliar, ou, ao contrário, escolar, extrafamiliar, surge pelos 6-7 anos e pode durar vários anos. Outros sintomas podem ser observados: inibição motora, oposições, enurese, etc.

Se o mutismo emocional traduz, muitas vezes, um mecanismo de conversão histérica, (...) a compreensão dinâmica do mutismo selectivo global, em contrapartida é mais difícil de ser

abordada. O vínculo que une o par mãe-filho é sempre muito forte e a linguagem pode, então, aí estar investida como uma ameaça potencial a esse vínculo.

O mutismo selectivo foi relatado pela primeira vez pelo médico alemão A. Kausmaul (1877), quando descreveu crianças fisicamente normais que desenvolveram mutismo em situações específicas ao que chamou de "Afasia voluntária" que não era mais do que um mutismo voluntário. Mais tarde o médico inglês Tremer (1934) descreveu diversos casos similares e usou o termo "mutismo electivo" sugerindo que este termo fosse usado para classificar as crianças que voluntariamente só falavam com quem e nas situações que queriam. O termo "electivo" sugere uma preferência, insinua uma decisão deliberada para não falar. Actualmente e após vários estudos da problemática, verificou-se que mais do que não querer falar, a criança não o consegue fazer, ou seja, a criança quer falar mas falha ao tentar a verbalização, portanto o termo electivo passou a ser incorrecto sendo corrigido para mutismo selectivo em 1994, implicando uma componente não voluntária.

Como refere Erikson (1950), cit. in. Papalia (2001) ” A linguagem é um dos passos importantes no sentido da autonomia e auto-controlo da criança, já que esta sente-se mais capaz de fazer compreender os seus desejos, torna-se mais poderosa e independente”.

Quando há algum distúrbio da linguagem, ou se for o caso da N., um mutismo selectivo, as relações interpessoais estão afectadas.

Do ponto de vista de Mary Ainsworth, (2001) cit. in.Papalia (2001) ”Uma investigadora pioneira da vinculação, referiu que”uma parte essencial do plano de base das espécies humanas para o bebé é tornar-se vinculado à figura materna ”.

O instinto de vinculação é pois um elemento organizador importante da actividade sócio-emocional da criança. A vinculação surge assim, segundo Bowlby, como uma realidade instintiva. Na base desse instinto encontra-se uma relação forte da criança com a mãe. Neste

sentido, Bowlby pode ser considerado um inovador na forma como abordou as relações precoces mãe-filho. (infopédia,2009)

Sendo esta criança, uma menina que não parece confiar em pessoas que não do seu agregado familiar, surge a dificuldade acrescida para além da sua decisão de não falar.

A questão do desenvolvimento da confiança da criança foi, durante um longo período, superior ao encontrado noutros mamíferos, os bebés humanos dependem das outras pessoas para alimentação, protecção e vida.

Como é que criam a confiança de que as suas necessidades vão ser satisfeitas? Segundo Erickson (1950) cit. in. Papalia (2002) “As experiências precoces são a chave. A primeira das oito crises de desenvolvimento é da confiança básica versus desconfiança básica. A criança precisa de desenvolver um equilíbrio entre confiança (a qual vai permitir estabelecer relações íntimas) e desconfiança (a qual lhe possibilita proteger-se a si próprio)”.

Sendo a N. uma menina que não deixa que as pessoas se aproximem e invadam o seu “território”, deixando a desconfiança predominar na sua vida, e, citando Erickson (1982) verá o mundo como um lugar hostil e imprevisível e terá problemas em estabelecer relações.

Segundo Piaget, a partir dos 2 anos de idade, a criança ultrapassa a barreira da simples percepção, em que necessita do contacto directo com o real, para aceder a um nível de representação pela interiorização da imitação, favorecida pela função simbólica. Tem acesso a representar o mundo na sua cabeça. O seu pensamento é dominado pelo simbolismo e pela importância que a criança dá aos objectos nos seus jogos simbólicos.

Favorecer o desenvolvimento global da criança implica também dar-lhe oportunidade de representar, pois através do jogo simbólico a criança reforça as categorias de espaço, tempo, causalidade e constância de objectos. Este tipo de actividade ajuda a criança a livrar-se do egocentrismo característico deste estágio e a tornar-se menos dispersa. (infopédia,2009)

Vygotsky (1979), estabelece uma relação estreita entre o jogo e a aprendizagem, atribuindo-lhe uma grande importância. Para que possamos melhor compreender essa importância é necessário que recordemos algumas ideias de sua teoria do desenvolvimento cognitivo. A principal é que o desenvolvimento cognitivo resulta da interação entre a criança e as pessoas com quem mantém contactos regulares.

“No desenvolvimento, a imitação e o ensino desempenham um papel de primeira importância. Põem em evidência as qualidades especificamente humanas do cérebro e conduzem a criança a atingir novos níveis de desenvolvimento. A criança fará amanhã sozinha, aquilo que hoje é capaz de fazer em cooperação. Por conseguinte, o único tipo correcto de pedagogia é aquele que segue em avanço relativamente ao desenvolvimento e o guia; deve ter por objectivo não as funções maduras, mas as funções em vias de maturação”.

O facto de a N. ter tido como eleição em todas as sessões, a boneca representativa da figura materna, mostra que *“nos jogos da criança desempenha a imitação, com muita frequência estes jogos são apenas um eco do que as crianças viram e escutam aos adultos, não obstante estes elementos da sua experiência anterior nunca se reproduzem no jogo de forma absolutamente igual e como acontecem na realidade”* (Vygotsky, 1999).

Segundo Samulski (2005) o jogo é o melhor caminho que encontra para mostrar a sua personalidade. O pai que queira saber como é o seu filho, que o deixe jogar e, respeitando o seu jogo, observe-o como é, (...) se preferir os jogos sossegados ou os violentos poderá deduzir a tendência para a vida contemplativa ou activa (...). Através do jogo passa toda a psicologia da criança; e a personalidade do adulto na hora do trabalho ou do convívio social, é ainda o reflexo da personalidade que demonstrou com os seus jogos quando era menino. (Lima, T., 2009).

Segundo Landreth, G. (2002), “A Ludoterapia é uma relação interpessoal dinâmica entre a criança e um terapeuta, treinado em ludoterapia, que providencia a esta um conjunto variado

de brinquedos e uma relação terapêutica segura para que possa expressar e explorar plenamente o seu Self (sentimentos, pensamentos, experiências, comportamentos) através do seu meio natural de comunicação: o brincar".

Na família da paciente, era de extremo interesse para o psicólogo como a família se depara na questão da comunicação, pois “o que importa ao psicólogo saber é “a estrutura dos processos de comunicação (...) enquanto conjunto de regras implícitas e tacitamente respeitadas por todos os elementos do sistema (...)” (Alarcão, 2000).

Desde a primeira consulta com a mãe da N. foi-lhe explicado a extrema importância da sua filha ingressar no infantário, pois “o contacto com outras crianças, especialmente durante a segunda infância, afecta o desenvolvimento cognitivo e psicossocial.

Apesar do efeito da creche na vinculação ser complexo, a creche não parece ser prejudicial a não ser que seja de má qualidade, instável ou prolongada, e combinada com um comportamento maternal insensível e não responsivo.” (Papalia, 2001).

Os distúrbios de sono em idade precoce, na prática clínica e na literatura, têm sido tomados como os primeiros sinais de conflitos emocionais na criança (Houzel, 1972). Levantamentos entre crianças com distúrbios de sono revelam estarem os mesmos associados a distúrbios anteriores do ritmo vigília-sono; também, problemas de sono em vida ulterior parecem estar correlatos a distúrbios de sono em fases infantis. (Salzarulo et al, 1978)

Na última consulta, talvez na ânsia de obter melhores informações sobre o mundo interno da minha paciente, pedi-lhe para fazer um desenho ao seu gosto.

As criações do desenho livre ou dirigido têm base inegável de realidade, mas o seu influxo é anterior à concepção, envolvendo criação, como o desenho à vista, reprodução. O desenho livre atrai o íntimo, em último extremo a imaginação, base de toda a arte. (Magalhães, 1960)

Entre os 4 e os 5 anos, encontramos o estágio pictórico, em que os desenhos sugerem objectos reais ou pessoas. A partir deste estágio, o desenho da criança é progressivamente mais

detalhado e diferenciado (por exemplo, desenhar um menino e uma menina, desenhar um bebé e uma pessoa idosa...).

Diz-nos Golomb (2009), um estudioso da temática do desenho da criança, que os desenhos mais precoces de humanos e de animais são muito semelhantes e é esta falta de diferenciação que estimula a criança a alterar a figura, a juntar marcas definidoras que distingam a pessoa do animal. Falar com a criança sobre os seus desenhos: com frequência, quando a criança termina um desenho, deseja mostrá-lo a alguém que tenha tempo suficiente para olhar para ele e demonstrar o seu apreço pelo que foi feito.

Na última sessão, a presença de um miúdo estranho para a N., mostrou-se favorável para o desenvolvimento da sua socialização, porque manteve uma relação de proximidade com alguém que lhe era totalmente desconhecido.

Segundo Kochanska (1993) et col. Referem a socialização como o processo através do qual a criança desenvolve hábitos, competências, valores e motivos que os tornam membros responsáveis e produtivos da sociedade.

11. Conclusão

Fernanda Ferraz (2009), diz que, o mutismo, “no seu grau mais extremo e se não tiver havido intervenção especializada o "manter-se calado como resposta" pode generalizar-se a todas as pessoas e situações dando lugar a um transtorno da conduta e da personalidade que conhecemos como mutismo progressivo ou total. Tudo pode começar com uma aversão em falar (é difícil e penoso falar em certas situações), passar para uma situação de mutismo

selectivo (não fala em certas situações) e atingir o extremo com o mutismo progressivo ou total (não fala em toda e qualquer situação) ”.

Do ponto de vista das teorias das emoções, o medo é considerado como uma emoção básica, fundamental, discreta, presente em todas as idades, culturas, raças ou espécies, enquanto a ansiedade é uma mistura de emoções, na qual predomina o medo (Barlow et cols., 2002).

É de assinalar que o mutismo selectivo contém altos níveis de sofrimento pessoal, além de acentuados problemas de adaptação ao meio. Além das características próprias do mutismo, estas crianças apresentam algumas características de timidez, isolamento social, dependência, perfeccionismo, etc.

A N. é a mais nova de uma fratria de 3, foi um bebé muito desejado e acarinhado.

Esta superprotecção dos pais, e a escassez de experiências de contacto social pode ser, segundo Pereira, J. (2009) um dos factores, de âmbito familiar e social, subjacentes que modulam, condicionam, reforçam o comportamento da criança com mutismo selectivo.

Segundo Marcelli, D. (1998), relativamente ao tratamento para o mutismo, refere que *“No caso do mutismo selectivo, o tratamento psicoterapêutico pode ser difícil, especialmente devido à contratransferência que o sintoma suscita no terapeuta. Um psicodrama (...) pode auxiliar na modificação do sintoma”*.

Sendo o mutismo selectivo uma perturbação de ansiedade, a intervenção com êxito centra-se em métodos para diminuir a ansiedade, aumentar a auto-estima, a confiança e a comunicação no contexto social. Nunca se deve colocar a ênfase sobre “conseguir que a criança fale”, nem que fale com o terapeuta.

Quando a ansiedade diminuir e a confiança aumentar, normalmente a verbalização aparece. Dado o mutismo selectivo poder ter origem em várias causas, a intervenção deverá contemplar a actuação nos contextos familiar, social e escolar e ter em atenção as seguintes medidas:

- as atitudes de superprotecção ou de minimização do problema tendem a reforçar o mutismo;
- garantir o êxito na comunicação com a criança;
- a intervenção deve partir sempre do que a criança é capaz de fazer com ajuda.

O objectivo final da intervenção é que a criança com mutismo selectivo seja capaz de estabelecer uma interacção verbal de forma espontânea com os adultos e crianças da escola e do seu meio social e familiar, levando a termo pedidos verbais espontâneos e respondendo de forma audível às perguntas que outros interlocutores lhe colocam. (Pereira, J. 2009).

12. Reflexão Crítica

"O Homem não é completo senão quando joga" (Schiller)

Na convivência com esta paciente, ficou clara a importância da intervenção psicológica em busca de solução das limitações provocadas pela falta de comunicação.

A psicologia clínica é uma área que trata da saúde mental e intervém na prevenção, intervenção e tratamento de patologias.

A intervenção de um psicólogo clínico começa pela observação (psicológica), em que o psicólogo utiliza testes que ajudam a perceber o que se passa com o paciente mas, em contrapartida, esses testes prejudicam a relação psicólogo-paciente, pois não permitem o aprofundamento da mesma. De seguida segue-se o diagnóstico que é fundamental para a escolha do tratamento. O método que o psicólogo utiliza pode também basear-se numa "conversa" com o paciente permitindo que o paciente tenha confiança no profissional que tem à sua frente.

Relativamente às crianças usam-se muitas vezes os jogos, os brinquedos, os desenhos e pinturas para identificar os problemas, pois estas nem sempre conseguem expressar o que sentem e que muitas vezes as faz sofrer. (caminhandopelapsicologia,2009)

Com a N. e porque não falava comigo, nem com ninguém, foi-me difícil, inicialmente conseguir a atenção da N., mas logo cheguei à conclusão que através da brincadeira, do jogo simbólico, ia-mos criar uma relação.

No final das sessões efectuadas, experimentei um sentimento de vazio, pois esta menina, apesar de tudo, foi a única paciente que acompanhei de forma mais recorrente, e com o maior número de sessões.

Uma vez mais, senti o “dever cumprido”, perante a situação, e senti também que o meu trabalho fora produtivo, pois os resultados da intervenção psicológica foram melhores que os esperados pelas terapeutas que acompanharam o caso.

3.2.2 Caso Clínico F.

1. Identificação

Nome: F.

Idade: 56 anos

Género: feminino

Escolaridade: 4º ano

Filhos: rapariga, 20 anos e rapaz de 24 anos

Irmãos: 1 irmão

2. Pedido de Acompanhamento/Encaminhamento

O pedido foi feito pela própria no sentido de haver uma avaliação psicológica para seguir com o pedido de reforma.

3. Motivo do Acompanhamento (queixas)

O motivo surge do âmbito da paciente não se sentir capaz de responder às necessidades e pedidos do seu emprego actual, como também nas tarefas domésticas “sinto-me sempre muito cansada nas lides de casa, sinto-me muito perdida...”.

No momento sente-se muito deprimida.

4. Anamnese³

A T. foi uma “criança feliz, normal nada que me recorde assim... ai! Agora não consigo...”, referiu muito poucos episódios dessa fase que era “tão distante”. Sempre se deu bem com o irmão, e vê nele “um suporte emocional muito grande”.

Apenas concluiu o 4º ano de escolaridade, “com muita pena minha, mas teve que ser” e logo cedo começou a trabalhar com a mãe como empregada de limpeza.

Casou aos 20 anos teve 2 filhos.

Diz ter tido um “bom casamento, até o meu marido ir para o exército, (...) voltou outra pessoa”. Como casal dão-se bem, a paciente sente-se dependente do marido “nunca saio sozinha para lado nenhum, não gosto, só vou com ele”, no entanto as ideias suicidas deste, deixam a paciente deprimida e muito infeliz pois “ele é tudo para mim, sem ele eu morro”.

Tem um óptimo relacionamento com o seu filho, “é como eu, afectuoso e carinhoso”, mas com a filha a relação é bastante conflituosa “sai mais ao pai!”.

Vive sempre sobressaltada sob o que pode acontecer à sua família, e diz preocupar-se muito com a mãe, e telefona-lhe todos os dias “só para saber se está do outro lado, se está ainda comigo”.

É bastante dependente do seu marido, e para além da extrema preocupação com a família, parece quase entrar num quadro obsessivo, no que respeita a limpeza, ordem e arrumação, chegando mesmo a verificar várias vezes o que fez.

Actualmente o seu trabalho encontra-se na área dos serviços gerais, mas diz ser “muito para a minha cabeça, não aguento muito mais”, e neste momento apercebe-se que se continua, “só

³ Por falta de informação anamnésica no processo, visto ter sido uma consulta de apenas uma avaliação, este parágrafo não será muito extenso.

paro num hospital, internada”. Apesar de gostar do que faz e da parceria com s colegas, a capacidade para responder às exigências do emprego, está cada vez mais diminuída. Recorda que começou a sentir-se muito cansada no trabalho há alguns meses “talvez 5, 6 não sei bem...”.

A paciente está a ser acompanhada por um psiquiatra deste serviço, e refere que a medicação é “uma ajuda para não ir tanto abaixo”.

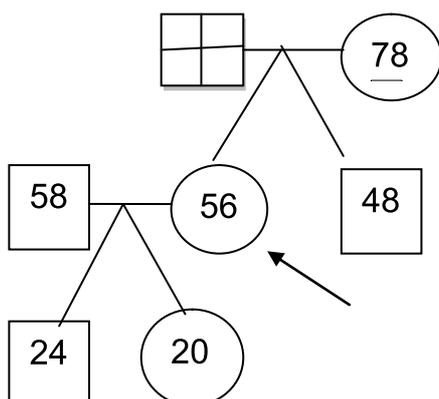
Tem sentido algumas dificuldades a nível da memória (memória a curto prazo). Estas passaram a ser mais valorizadas quando a família também se aperceberam. Para além das queixas mnésicas apresenta um quadro depressivo.

Sempre foi uma pessoa frágil, emocionalmente e fisicamente “já desde miúda, na escola era muito tímida, tinha sempre muito medo de errar”, e o seu objectivo era tentar agradar os outros, tentando que não a perturbassem.

5. Antecedentes pessoais/familiares

Não existem dados e/ou informações que sustentem este item.

6. Genograma



Gandra, Setembro de 2009

7. Processo de acompanhamento Psicológico

Neste caso, o processo teve apenas uma fase: Avaliação Psicológica. Como o pedido veio nesse sentido, assim o fiz, no entanto a consulta não se inicia imediatamente com a avaliação, houve perguntas sobre a sua história de vida, em que houve lugar para livre expressão de sentimentos mas com o propósito de um melhor conhecimento da pessoa para as estagiárias. Foi feita apenas esta sessão de avaliação, onde houve recurso a testes e escalas.

8. Avaliação Psicológica

No contacto efectuado entre o doente e o psicólogo, este colhe informação julgada necessária para a poder comparar com o saber já existente e a sua própria experiência, tenta classificar o caso clínico e estabelecer um diagnóstico. Uma característica comum no tratamento psicológico é o trabalho do uso da palavra e sem recurso a fármacos. Nos casos mais graves onde é necessário o uso de fármacos, este trabalho é exercido em parceria com um psiquiatra. (Oliveira e cols. 2002)

Apresentava um aspecto geral cuidado e congruente, quer com a sua idade, quer com o nível socioeconómico (médio). A sua postura evidenciava alguma rigidez corporal: manteve-se sempre sentada na mesma posição, e não se encostou na cadeira, confortavelmente. O seu discurso era fluido, coerente, adequado à sua idade. Muitas vezes era interrompida pelo marido, mas nunca se manteve em silêncio.

Diz-nos Soromenho (2007) que “A Avaliação Psicológica é uma das áreas da Psicologia mais importantes porque permite uma análise detalhada, objectiva e fidedigna da realidade psicológica de uma determinada pessoa sem exigir um acompanhamento muito prolongado”.

A mesma autora, refere que a avaliação psicológica é um momento complexo, que exige 5 momentos fundamentais:

1. Entrevista e recolha de dados anamnésicos

A entrevista é habitualmente o primeiro momento da avaliação psicológica. Nela, o psicólogo responsável pelo processo, fala com a pessoa (ou os pais, caso o sujeito da avaliação seja um menor) com o intuito de recolher informações sobre o motivo da avaliação psicológica, as expectativas face à avaliação, a história de vida, a história profissional (ou escolar), a história familiar, a história da vida amorosa e afectiva, a história clínica (médico-psicológica), etc.

2. Psicometria – Aplicação de provas e testes psicológicos

Como base na informação recolhida na entrevista, o psicólogo responsável pelo processo de avaliação, constrói ou selecciona uma bateria de testes, provas, questionários, etc., a realizar pelo cliente. Os testes serão realizados sob a orientação de um técnico de psicometria e supervisionados pelo psicólogo responsável.

3. Análise e Interpretação de resultados

Na posse dos dados anamnésicos e dos resultados das provas psicológicas realizadas, o psicólogo responsável pelo processo, procede à análise e interpretação dos mesmos. Caso persistam dúvidas ou se observem resultados contraditórios, o cliente poderá ser novamente entrevistado e/ou sujeito a novas provas.

4. Construção do relatório

O relatório é elaborado sempre para um destinatário. A utilidade do relatório é tanto maior quanto mais adequada for a linguagem ao destinatário. De acordo com esta lógica elaboram-se relatórios para:

O próprio – No caso de ser um adulto que tenha solicitado a avaliação para esclarecimento próprio.

Os pais – No caso de se tratar de uma criança ou de um adolescente e o pedido tenham sido efectuado pelos pais por iniciativa dos mesmos.

Os professores ou educadores – Os relatórios para professores e/ou educadores serão dirigidos a um professor ou educador específico.

Organismos/Instituições Públicas - Relatórios de Avaliações Psicológicas específicas e solicitados pelos tribunais, juntas médicas (para processos de reforma antecipada), pelo ministério da educação, etc.

Organismos/Instituições Privadas – Relatórios de Avaliação Psicológicas solicitados por empresas para avaliação de competências, despiste psicopatológico ou perfil de personalidade. A execução destas avaliações psicológicas pressupõe a completa concordância do funcionário e sujeito da avaliação.

5. Entrevista de Devolução

O último momento da avaliação psicológica é a entrevista de devolução. Nesta entrevista, habitualmente de curta duração, o psicólogo responsável pelo processo de avaliação entrega ao cliente o relatório elaborado, explica as opções tomadas e esclarece todas as dúvidas que possam surgir. (espacopsique, 2009)

A paciente mostrava já sinais de incapacidade não tanto física mas psicológica/emocional para trabalhar, facto que se agravou nos últimos meses.

Esta sessão surge no sentido de fazer uma avaliação para dar continuidade ao requerimento de uma reforma. Habitualmente são os candidatos à aposentação que pedem, como fez a paciente, ou por vezes do profissional de saúde que a acompanha (psiquiatra, por exemplo).

A sessão (10/11/2009) foi realizada primeiramente pela psicóloga, ou seja, as apresentações formais, algumas perguntas sobre a história actual e sobre o pedido efectuado pela paciente. A F. entrou no consultório, de braço dado ao seu marido, e toda a sua linguagem corporal a

denunciava, era notável a falta de energia naquela pessoa. Não se sentou logo, esperou que lhe indicassem o seu lugar, como também que falassem com ela.

A psicóloga explicou o que iríamos fazer e como se iria processar aquela sessão de avaliação, e aí intervim.

Logo após a saída da psicóloga, eu e a minha colega, encarregamo-nos de avaliar a paciente, com instrumentos previamente seleccionados pela psicóloga, para esse efeito.

O seu comportamento durante à avaliação foi coeso, esteve orientada no espaço e no tempo, com um discurso coerente e linguagem adequada. Colaborou com interesse e atenção nas provas apresentadas. Era notória alguma ansiedade quando não se recordava da resposta correcta.

O primeiro instrumento a ser utilizado foi o SCL-90. (Anexo 5)

O resultado desta escala, demonstrou que a paciente, actualmente encontra-se muito deprimida, apresentando falta de motivação e perda de energia vital, assim também uma forte angústia latente devido aos sentimentos de menos valia e das suas incapacidades.

Durante a aplicação desta escala, a F. falou e interveio bastante, e mostrou-se perfeitamente confiante com as estagiárias. Reparei que o marido ia “ajudando” e respondia pela F. de forma gestualmente activa o que obrigava a paciente não falar deixando-o falar. Desta forma, tive que delicadamente pedir que o marido não interviesse tanto. O comportamento interventivo do marido diminuiu, mas não cessou, mas como constatei que a F. não deixava de responder às nossas questões, ou de dar informações importantes, não chamei a atenção novamente.

De seguida foi-lhe aplicado um exame intelectual – TONI-2 - com o intuito de ter-mos informações sobre a sua habilidade cognitiva sem influência da linguagem.

De acordo com o teste de nível aplicado, a F. apresentou um desempenho intelectual no nível baixo. (ver Anexo 6)

Contrariamente à aplicação do teste anterior, nesta a F. pareceu-me abatida, com pouca vontade de colaborar connosco, e as respostas não eram pensadas, mas quase ditas à sorte.

Também foi aplicado o SKT, um teste que avalia a severidade da fraqueza da memória e atenção para casos de:

- Demência;
- Déficits cerebrais;
- Enfraquecimento da função cerebral na velhice;
- Déficits nas performances cognitivas nas doenças desconhecidas.

De acordo com o teste de avaliação da Deterioração Mental (SKT), a paciente revela um déficit significativo ao nível da memória e atenção. (ver Anexo 7)

Mais uma vez, a F. demonstrou cansaço e sintomas psicossomáticos, “já me dói muito a minha cabeça...”, mas com a nossa insistência e tentar sempre que a paciente permanecesse naquele registo, acabou por colaborar, a muito custo, até terminar o teste.

Ao mesmo tempo que aplicamos esta prova, pedimos ao marido que respondesse à escala FAQ. (ver Anexo 8)

O resultado demonstrou que era evidente a gradual ausência de actividades funcionais autónomas, pela incapacidade de as concretizar só.

Foi feito um relatório psicológico para o hospital, e outro para a paciente, no sentido de comprovar a sua incapacidade para trabalhar. (ver Anexo 9)

9. Conceptualização teórica do caso

A F., como já tinha referenciado anteriormente, manteve durante toda a consulta, fragilidade emocional e choro fácil, características que fazem parte da sintomatologia depressiva. Como já vinha sendo dito pelo marido “A F. tem estado muito deprimida nos últimos tempos”, e isso foi notório no decorrer da avaliação, pois reparei em certas características depressivas:

- Humor depressivo: tristeza, abatimento, angústia
- Anedonia: desinteresse, perda de prazer
- Pragmatismo: perda de iniciativa
- Redução da auto-estima
- Alterações e variações no estado de humor (ex. irritabilidade, tristeza, choro fácil, ansiedade);
- Diminuição da memória de fixação; dificuldade para aprender coisas novas
- Alterações na actividade sexual Apatia / indiferença emocional
- Pensamento lentificado: a associação das ideias faz-se de forma muito lenta.
- Insónias/alterações do ritmo do sono; (clinica7rios, 2009)

Fragilidade emocional leva a uma grande ilusão psíquica, pois quando nos sentimos tomados pelas sensações descritas acima, e quase sempre nos sentimos mais fortes, é justamente quando estamos mais fracos, expostos, previsíveis e impotentes emocionalmente. Em grande desvantagem com relação a quem ainda detém o controlo das emoções. E o mais interessante desta ilusão é que “perder o controlo” dá prazer! Isto mesmo! Um prazer oculto, que desopila o fígado e produz adrenalina. Está aí a sedução em “chutar o balde emocional” de vez em

quando. A questão é: que benefício isto traz? Quase sempre: nenhum, ou pior: arrependimento. (Moraes, 2009)

Pessoalmente, esta pessoa era a imagem de uma fragilidade imensa, em toda a sua postura corporal e facial o demonstravam, mas, apesar de tudo essa fraqueza foi-se desvanecendo no decorrer da consulta.

Pelo que é retratado pela paciente e pelo seu marido, o quotidiano desta, ultimamente, tem estado todo concentrado nas arrumações, limpezas e ordem por toda a casa. No entanto não sei se poderemos falar que estamos perante um quadro de obsessão, pois esta organização “aparenta sempre, para o observador, ter duas faces contraditórias: oscila sempre entre a angústia e a denegação da angústia, entre o impulso e o controlo, entra a sujidade e a limpeza, etc.” (Bergeret, 1998).

Para ser tida como um caso de Obsessão-Compulsão, a paciente teria de adquirir estas características das obsessões:

- pensamentos, impulsos ou imagens recorrentes e persistentes que, em algum momento durante a perturbação, são experimentados como intrusivos;
- os pensamentos, impulsos ou imagens não são meras preocupações excessivas com problemas da vida real;
- a pessoa tenta ignorar ou suprimir tais pensamentos, impulsos ou imagens, ou neutralizá-los com algum outro pensamento ou acção;
- a pessoa reconhece que os pensamentos, impulsos ou imagens obsessivas são produto de sua própria mente;

E estas características, para ser consideradas como compulsivas:

- comportamentos repetitivos (por ex., lavar as mãos, organizar, verificar) ou actos mentais (por ex., orar, contar ou repetir palavras em silêncio) que a pessoa se sente compelida a executar em resposta a uma obsessão ou de acordo com regras que devem ser rigidamente

aplicadas;

- os comportamentos ou actos mentais visam a prevenir ou reduzir o sofrimento ou evitar algum evento ou situação temida; entretanto, esses comportamentos ou actos mentais não têm uma conexão realista com o que visam a neutralizar ou evitar ou são claramente excessivos.

APA,DSM-IV, (2000)

Frequentemente se utiliza o conceito de espectro em psiquiatria para definir entidades nosológicas distintas, mas com apresentações sintomatológicas semelhantes, que ocorrem dentro de um determinado *continuum*. Os transtornos do espectro obsessivo-compulsivo (TEOC) apresentam diversas relações entre si, como características psicopatológicas, evolução clínica, comorbidades e respostas terapêuticas similares. Fazem parte desse espectro, dentre outros, o transtorno obsessivo-compulsivo (TOC). (Isolan, 2008).

Relações conjugais satisfatórias fornecem apoio para maridos e esposas, isto é, casamentos bons estão ligados positivamente com a sensibilidade parental e casamentos ruins, à insensibilidade dos progenitores e, conseqüentemente, a um desenvolvimento infantil bem ou mal ajustado, respectivamente. (Braz, et col. 2005)

É de recordar que a F. vê no marido um suporte emocional, no entanto pode estar a colocar de parte o seu papel de mãe, daí ter referenciado os conflitos constantes com a sua filha, talvez esta sinta mais falta da figura materna.

As conseqüências negativas das relações maritais insatisfatórias, e possivelmente do divórcio ou da separação do casal, incluem o aumento do risco de os cônjuges apresentarem psicopatologias, de estarem envolvidos em acidentes automobilísticos, de exposição à incidência de doenças físicas, de cometerem suicídio, homicídio ou actos de violência, de mortalidade em função de doenças em geral, entre outras. (Braz, et col. 2005)

10. Conclusão

A terceira lei de Newton, que diz: “a toda acção há sempre uma reacção oposta e de igual intensidade”, poderia estar muito mais para teoria psicanalítica do que para Física, tamanha é a frequência com que se reproduz no comportamento humano. Moraes (2009)

Trata-se em síntese de uma paciente com perdas cognitivas significativas, revelando incapacidade de fazer as suas actividades diárias de forma autónoma. Apresenta uma personalidade reveladora de traços fóbico-ansiosos e depressivos muito acentuados.

Tem uma personalidade sensível, insegura, com marcados traços de introversão

A paciente tem algumas dificuldades em gerir as emoções, é uma pessoa que evita o contacto com os outros, e apresenta um humor depressivo.

Nas relações interpessoais revela desconforto e sentimentos da inadequação e rejeição pelo ambiente, tendendo ao isolamento.

Sendo a F. uma pessoa, naturalmente em sofrimento contínuo, poderá utilizar o comportamento de obsessão-compulsão pois “sente-se compelida a executar a compulsão para reduzir o sofrimento que acompanha uma obsessão ou para evitar algum acontecimento ou situação temidos”. (Carvalho, 2009)

11. Reflexão Crítica

" O primeiro objectivo da terapia é ligar o
paciente ao terapeuta" (Freud 1913)

A partir da compreensão da forma como as pessoas vivem, dos valores que carregam consigo e de suas percepções acerca do mundo, podemos, enquanto profissionais da área da saúde, com maior facilidade e eficiência contribuir para o alcance de seu bem-estar. Interferem neste bem-estar os relacionamentos que as pessoas mantêm entre si, e as influências destes relacionamentos em suas vidas, pois desde o nascimento até a morte, o ser humano participa de uma trama interpessoal que o molda: a sua rede social (Jussani, et col. 2007).

Se poder arrepende-me de algo, será o facto de não ter entrado mais no mundo da paciente, mas na prática aquela era apenas uma consulta de avaliação, sob um pedido, logo não nos víamos mais.

Pode ter sido um mero caso clínico, mas apesar da falta de informação clínica, penso ter conseguido compreender a vida da F., e fiquei particularmente orgulhosa pelo facto de ter conseguido captar a atenção, a empatia e de a paciente me ter respeitado como profissional de saúde e não como “mais uma” estagiária.

Parece-me quase exagerado, o nome “casos” clínicos, mas na realidade foram pessoas que me ensinaram a crescer como profissional, apenas por me deixarem entrar nas suas vidas.

4. Actividades Complementares

O estágio não se resumiu apenas às consultas que iam acontecendo, também participei em outras actividades, na própria instituição e fora dela.

4.1 Grupo de Apoio a Crianças Diabéticas (ver Anexo 11)

A Diabetes Mellitus é uma doença crónica, incurável e de longa duração, que causa um enorme sofrimento na vida da criança portadora da doença, bem como na sua família, que terá de mudar alguns hábitos, adaptar-se também ela à doença, e isto pode trazer stress no círculo familiar.

A família é um grupo em permanente interacção devendo ser analisada como um todo, como um conjunto constituído por unidades, pelo que uma mudança apenas numa dessas unidades leva a profundas alterações em todos os elementos que compõem esse mesmo grupo (Pinto, 2003).

Alterados muitos dos projectos de vida da família, cabe ao psicólogo apoiar não só o doente, como também a sua família, promovendo a sua adaptação à doença do filho e procurando estratégias para que possam lidar com ela da melhor forma, tendo em vista o bem-estar do doente crónico (Moreira, 2001).

O diagnóstico da diabetes é um momento complexo para o doente e sua família, que envolve um processo de adaptação em que os pensamentos, emoções e comportamentos sofrem profundas alterações.

(Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal, 2001).

É uma doença que não tem cura e está associada a um tratamento de longa duração, para o qual o comportamento e estilo de vida da pessoa são factores preponderantes. Sendo a diabetes uma das principais causas de morte, em Portugal, é também uma das doenças que pode provocar mais sequelas quando mal geridas (Silva, 2006).

Apesar de na instituição terem um método particular de fazer as sessões de grupo, existem outras formas de o fazer, penso serem interessantes.

Guzmán (2006), relata o seu trabalho num grupo de diabéticos. "No Grupo de Diabetes, do qual faço parte, cada semana abordamos um tema, discutimos os mais variados assuntos que nos levam sempre a pensar na necessidade de nos mantermos bem para evitarmos as complicações que a diabetes pode nos causar.

Os temas são acompanhados de actividades lúdicas, brincadeiras, histórias que são narradas, filme, desenhos, músicas e outras. Assim já tivemos:

- O jogo do DICO (diabetes controlado);
- Cuidado com os pés;
- Nutrição e diabetes;
- Filme: Óleo de Lorenzo;
- Desenho das mãos, estrela, jogo de adivinhar (cinema mudo);
- Teatro – Relação médico-paciente;
- Cuidados com a higiene bucal;
- Histórias de cada um – (Memória afectiva).

Na literatura psicossocial sobre diabetes nas crianças, vem documentado que este complexo feito no dia-a-dia destas crianças, tem um enorme impacto em vários aspectos da vida da mesma criança como na da sua família. Com respeito pelo desenvolvimento da psicologia, uma "boa adaptação emocional"

é fortemente relatada como promotora melhora do controlo glicémico.

Alguns estudos comparam grupos de crianças diabéticas com não-diabéticas foram conduzidas utilizando medidas objectivas e estandardizadas, que se pode facilmente concluir que as crianças diabéticas não fazem parte de um grupo psicologicamente desviante. (Anderson, 2000)

A instituição, ou melhor o Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental da mesma, tinha uma psicóloga responsável por este grupo de apoio a crianças diabéticas. Apesar de não haver um sistema rígido no que respeita a intervalos entre estas consultas de grupo, elas eram ponderadas para serem efectuadas uma vez por mês sempre à quinta-feira à tarde, sendo que primeiro, a psicóloga estava com um grupo e logo em seguida entra o segundo grupo.

Eles eram na verdade dois grupos, subdivididos por idades.

O primeiro abarcava meninos desde os 5 aos 7 anos de idade e o número de participantes variavam ao longo das consultas, ou seja, nunca estiveram todos presentes numa mesma consulta, mas o número era de 6 participantes.

No segundo grupo havia meninos desde os 9 aos 14 anos de idade, e o número máximo de crianças que participou numa consulta foram 9, apesar de eles serem 11 participantes daquele grupo. Ambos constituídos tanto por meninas como por rapazes.

Fui assistir à primeira sessão (11/12/2008), juntamente com a minha orientadora de estágio, que é a psicóloga responsável pelos grupos de apoio e a minha colega de estágio.

Apesar de ser nova para mim, para as crianças esta não era a primeira sessão, pois alguns já se conheciam fazia um ano.

Chegada à sala, cada menino escolhe uma cadeira, dispostas em círculo e só depois é que a psicóloga, e as estagiárias, se sentavam. (ver Anexo 10)

A psicóloga começou por nos apresentar às crianças e pediu-lhes para elas fazerem o mesmo connosco.

Após as apresentações, foi-lhes perguntado como estavam a sentir-se desde a última sessão, com eles mesmos e como estavam os níveis de glicose. Também houve um pequeno apanhado geral sobre a escola, a sua prestação individual, o desempenho escolar, bem como também das férias de Natal e os presentes que gostariam de ter.

Estas perguntas foram efectuadas de igual modo em ambos os grupos.

No final de cada sessão, é-lhes permitido brincar um pouco, porque aproxima-os mais e fá-los conhecerem-se melhor. (ver Anexo 11)

Pode constatar que apesar de olhares discretos, as crianças aceitaram a presença de duas pessoas estranhas para o grupo, facto que de início me preocupava, pois pensei que poderiam não se sentir confortáveis com a nossa presença, o que não aconteceu. Esta reacção deixou-me aliviada e menos preocupada com a próxima sessão.

A segunda sessão (29/1/2009), conversaram sobre as férias de Natal, sobre alimentação nesse período e sobre as notas escolares. Neste ponto, foi explicado a todos os elementos que, apesar de terem uma doença crónica, não são diferentes dos demais e conseguem, sobretudo, ser tão ou mais inteligentes que os colegas sem esta doença.

No início desta sessão, a psicóloga chamou os pais ou responsáveis pelos meninos, para esclarecimento de dúvidas que estes tinham acerca da evolução do seu filho, no grupo de apoio.

Mais uma vez, ambos os grupos brincaram um pouco no final da sessão.

Esta sessão foi marcada pelo aniversário de um dos rapazes do segundo grupo. Esta pequena “festa” serviu para que eu me aproxima-se mais das crianças e pudesse conversar com eles num ambiente de “não-consulta”, mais descontraído para ambos os lados, ou seja, notei que ainda um pouco envergonhados, conversamos sobre variados temas desde a doença a brincadeiras que costumam fazer.

Na terceira sessão (26/2/2009), foi-nos apresentado um novo elemento, no segundo grupo.

Uma vez mais, foi-lhes perguntado como andavam os níveis de glicose, e recordado a importância de começarem (os mais novos) a tentar dar “a picada” da insulina sozinhos, pois este grupo ainda necessita de toda a ajuda de um adulto. Conversámos um pouco sobre o Carnaval e as festas em que participaram.

Reparei que talvez fosse da época festiva que atravessávamos, mas os meninos do primeiro grupo estavam mais descontraídos que o normal, a falarem com entusiasmo sobre as fantasias de Carnaval, sobre a festa na escola, etc., o que me fez também ficar contente com estas reacções.

No segundo grupo, posso recordar-me do barulho e da animação que houve ao partilharem as suas fantasias uns com os outros, também. E mesmo o elemento mais recente participou activamente, logo no início da sessão e foi perfeitamente bem aceite pelos colegas de grupo.

Na quarta sessão (2/4/2009) foi-nos pedido pela psicóloga que organizássemos umas actividades para aplicar nessa sessão.

Feita uma revisão na literatura, descobri um livro que contém jogos psicológicos para aplicar em grupos de apoio, de qualquer tipo.

Depois de informarmos a psicóloga das actividades, dê-mos início as sessões.

Foram aplicadas duas actividades diferentes a cada grupo, pois tivemos em conta as suas idades.

De seguida apresentarei a estrutura das actividades efectuadas.

- Grupo 1

- Actividade 1:

Tema: O encontro

Objectivo: estimular o diálogo e a comunicação.

Procedimento: dispor as cadeiras duas a duas e dividir os participantes em grupos de 2 pessoas, os quais se vão sentar nas respectivas cadeiras.

Instruções: de seguida vão fazer-se algumas questões e só responde um membro de cada vez, tais como:

1. Como te chamas?
2. Em que ano de escolaridade andas?
3. Qual é o título do último filme que viste?
4. Qual o programa de televisão que preferes?
5. Qual a prenda de Natal que mais gostaste?
6. Qual a comida que mais gostas?
7. O que mais gostas de fazer?
8. O que é que te faz rir?
9. O que é que te faz chorar?
10. Para onde gostavas de viajar?
11. O que farias se ganhasse o euro milhões?
12. Qual o desejo que gostarias de realizar?
13. Como passas o teu tempo livre?

Manaes, (2007)

O objectivo principal desta actividade foi tentar que eles se conhecessem melhor, e principalmente que nós, estagiárias, pudéssemos saber quem estava à nossa frente. Objectivo este que foi decididamente conseguido, pois era notável a diversão das crianças e o à vontade que sentiam uns com os outros, incomparavelmente diferentes das primeiras sessões a que assisti.

Apesar de todas as perguntas terem-lhes suscitado motivo para divagarem bastante, notei numa, que havia um pouco de quase decepção por parte deles, a pergunta “Qual a comida que mais gostas?”. Achei peculiar o facto de todos terem respondido comidas “proibidas”, ou seja, batatas fritas, pizzas, etc. Por saberem que não podem abusar deste tipo de comida, deram essa mesma resposta, pois é o desejo a falar mais alto.

- Actividade 2

Tema: A personagem dos desenhos animados.

Objectivo. Estimular a auto percepção e a consciência de si próprio.

Procedimento: os participantes pensam numa personagem de desenhos animados, descrevendo a história dessa personagem, fazendo referência ao papel da personagem. De seguida vão dialogar entre si como se fossem a personagem num filme de animação.

Manaes, (2007)

Ao longo desta sessão pude ver a cara de entusiasmo de todas as crianças por lhes ter proporcionado uma actividade diferente do que estavam habituados, e houve até quem me pedisse para fazermos isto mais vezes.

Cada criança escolheu a personagem de ficção que mais lhe agradava e todos conversaram entre si, imitando vozes e gestos conforme as personagens, o que motivou muitas brincadeiras e risadas entre eles.

Penso que a aplicação destes testes foram uma mais valia para as crianças e para mim que me aproximei bastante deles, e apesar de serem novos, houve uma surpreendente adesão dos mesmos, muito positiva.

- Grupo 2

- Actividade 1:

Tema: Mudo de vida

Objectivos: favorecer a livre expressão dos próprios desejos de mudança; tomar consciência das próprias necessidades e condicionamentos.

Procedimento: sentarem-se com as cadeiras em círculo e deixar fluir livremente as fantasias e ideias.

Instruções: Se vocês quisessem mudar de vida, torná-la mais estimulante e se pudessem pedir um desejo quais seriam as coisas que gostariam de fazer. Escrevam na folha as dez primeiras coisas que vêm à cabeça mesmo absurdas e impossíveis. No final cada um verbaliza as suas fantasias.

Manaes, (2007).

Talvez por este grupo ser constituído por crianças/jovens, as respostas acerca desta actividade foram a mesma: Não ser diabético.

É verdade que esta resposta me inquietou um pouco, devido às reacções dos miúdos enquanto deram as respostas, porque pareciam tristes, frustrados e benevolentes uns com os outros.

Por serem mais crescidos, e como já entendem o significado da doença e as suas limitações, as suas respostas foram mais pensadas e mais realistas.

Nesta sessão os miúdos preencherem um questionário feito por mim, para efeito da minha investigação no mestrado integrado em Psicologia Clínica e da Saúde. Os dois instrumentos utilizados foram: a Escala de Auto-Conceito de Piers-Harris e o Children's Manifest Anxiety Scale- Revised (CMAS-R).

- Actividade 2:

Tema: O golfinho curioso

Objectivos: estimular a fantasia e a criatividade na escrita; facilita o auto conhecimento e o conhecimento mútuo.

Procedimento: os participantes são convidados a prestarem atenção a si mesmos e a escutarem o próprio estado de espírito (“aqui e agora”).

Instruções: o participante escreve numa folha o estado de espírito numa palavra. De seguida escolhe um animal que se associe ao estado de espírito. Pede-se para posteriormente escrever uma história cujo título seja o sentimento e o animal escolhidos. No final cada participante lê a sua história aos outros membros do grupo.

Manaes, (2007)

Este exercício foi o preferido dos miúdos, e serviu para os aproximar e para eu conseguir conhecê-los um pouco melhor.

A maioria das respostas sobre o estado de espírito foi “alegre”, e como o próprio exercício pedia para exprimir o sentimento da altura, deixou-me muito satisfeita com o meu papel.

Houve uma maior aproximação entre mim e os membros deste grupo, talvez por serem mais crescidos e perceberem melhor o objectivo desta actividade.

Também reparei que a interacção entre eles e a curiosidade em saber o que o colega respondeu, e mesmo a entre ajuda foi muito positiva e gratificante.

Na quinta sessão (28/5/2009), estive sozinha a orientar o grupo, pois a minha colega teve que se ausentar. Neste dia, e de forma a mostrar outro tipo de actividades, decidi aplicar um jogo de mímica e um jogo de “Se eu fosse um/a animal/cor seria...” para ambos os grupos.

(ver Anexo 12)

O primeiro grupo, gostou muito mais da actividade da mímica, “foi mais giro”. Na segunda actividade tiveram mais dificuldade, porque tinham que expressar sentimentos e dar opiniões pessoais.

Por seu lado, o segundo grupo, achou mais apazível a segunda actividade, e não se cingiram a dar uma simples resposta, mas iam colocando adjectivos e sensações nas mesmas, por exemplo “Queria ser um golfinho fofinho, para poder nadar no mar e brincar com os meninos na praia”.

Por ter sido a primeira vez que estive sozinha com os grupos, penso ter estado à altura da responsabilidade, e, depois de ter conversado com a minha orientadora ela expressou ter gostado do meu trabalho e que poderia continuar, mesmo sozinha, o que me deixou muito contente e ao mesmo tempo com medo de poder desapontar.

A sexta, e última, sessão (25/6/2009) foi assinalada com a minha despedida e das crianças.

Houve uma conversa sobre as sessões deste ano lectivo, mais particularmente das duas últimas, as quais foram muito apreciadas, quais as experiências e vivências que poderiam retirar, sendo parte integrante deste grupo. Falamos sobre o ano escolar que terminara, sobre notas e expectativas para o novo ano, e sobre as férias, onde iam, com quem estariam e o que esperavam visitar.

No final da sessão, depois de cada um dos grupos ter saído da sala, senti uma nostalgia, pois, apesar de ter estado com eles muito poucas sessões, criei um laço, mesmo não sendo muito forte, era já algo que fazia parte de mim.

E foi sem dúvida uma experiência que me enriqueceu, como estagiária, e não querendo descurar a relação com os outros pacientes nas minhas consultas, aquelas três horas, em cada sessão, fizeram-me crescer enquanto aspirante a psicóloga.

4.2 Triagens com Supervisão Médica

É a avaliação de uma doença na ausência de sintomas. (wikipédia,2009)

Triagem é um termo francês que significa “classificação e selecção de feridos de guerra ou de um desastre, para determinar prioridade de necessidades e um lugar adequado de tratamento”.

O objectivo da triagem é classificar rapidamente os feridos, em função do benefício que os mesmos obtenham na assistência médica. (Gomes, 2008)

Este tipo de triagem é o mais conhecido pela população em geral, mas na área da psiquiatria/psicologia, na instituição onde estagiei, esta actividade é similar, não foge muito à “regra”.

O sistema de atendimento dos psicólogos aos seus pacientes, iniciava o seu percurso na triagem com supervisão médica. Depois da reunião com o psiquiatra/pedopsiquiatra, e da distribuição dos pacientes por cada psicólogo, era feita a triagem, que consiste no primeiro contacto com o paciente e familiares, e com a exposição do problema em si. Só depois, e na condição de profissional da saúde, o psicólogo tem a tarefa de decidir para onde encaminhar o paciente. Algumas vezes aconteceu que o problema apresentado, afinal não tinha necessidade de acompanhamento e/ou avaliação psicológica, logo, depois de explicar ao paciente ou família, encerra-se esse caso.

Como podem verificar na Tabela 1, apresentada anteriormente, as triagens foram o processo que eu menos acompanhei, ou porque tinha consultas, ou porque simplesmente não me chamavam, facto que por vezes me deixava um pouco frustrada pois muitas vezes era-me

entregue o processo de um paciente, com pouca informação clínica e não tendo assistido à triagem, sentia-me um pouco perdida, porque conhecer a pessoa de antemão, confere-me segurança para um melhor desenrolar da consulta.

O primeiro dia do meu estágio, iniciou exactamente com a presença em três triagens, juntamente com a minha orientadora de estágio.

Estas triagens que assisti foram a três crianças, como todas as outras, à excepção de apenas uma, feita a uma adulta.

Sendo este tomado como o primeiro contacto com o nosso paciente, tive o cuidado de em todas as consultas de triagem, ter em atenção a minha postura, as minhas intervenções, a forma como abordava certos assuntos, e tentar ter uma atitude de compreensão empática para com a pessoa em questão, como também neutralidade benevolente, que segundo Bénony (2000), “O clínico não deve formular juízos, críticas ou desaprovações em relação ao sujeito. Todavia a neutralidade não é frieza ou distância e deve esta associada à benevolência; trata-se de proporcionar um clima de confiança ao sujeito para o deixar exprimir-se livremente.”

Apesar de a maior parte da exposição do problema cabia aos pais, enquanto a psicóloga recolhia informações, eu observava o comportamento não-verbal dos pais, mas principalmente da criança. Normalmente encolhiam-se e olhavam-me por entre os braços da mãe/pai, e não diziam nada, eventualmente esboçavam um sorriso, ou viravam totalmente a cara.

De qualquer forma, a minha preocupação era desde cedo tentar iniciar uma relação, ainda que embrionária, com aquela criança, porque provavelmente seguiria para mim, para fazer avaliação. Como exponho na Tabela 1, a maioria dos pedidos giravam em torno de um baixo rendimento escolar, dificuldades de aprendizagem, então, no sentido de despiste de anomalia cognitiva, era feita uma avaliação psicológica à criança, que era exactamente o meu papel.

Senti-me um pouco vazia, pelo facto de não ter conseguido equilibrar o número de casos de crianças, comparativamente ao dos adultos, pois gosto sempre de poder exprimir-me em assuntos com os quais tenho alguma informação prévia, e desta forma apenas posso exprimir o meu desgosto por assim não ter acontecido.

4.3 Conferências, Fóruns, Congressos, Encontros e Formação

A necessidade que tinha de conhecer mais um pouco do que esta instituição me poderia oferecer, partiu das inúmeras idas ao SFAP (Serviço de Formação e Aperfeiçoamento Profissional), onde me dirigia sempre que surgisse alguma dúvida ou problema de burocracias ligadas ao estágio.

Foi neste local que vi expostos formações dirigidas a todo e qualquer “funcionário” do hospital e decidi aproveitar a oportunidade que me davam.

A formação valoriza uma empresa e pode ser uma excelente estratégia de negócio. Tudo depende do modo como essa formação se avalia, controla e administra. Quase todas as empresas que pretendem competir no mercado podem adquirir a mesma maquinaria e a mesma tecnologia. A diferença na produtividade, na qualidade e na inovação assenta nos recursos humanos.

As pessoas é que estabelecem a vantagem na competição. Uma boa formação pode ajudar a empresa a diminuir a rotação de pessoal, a compactar equipas de trabalho e a tornar mais competitivo o negócio. Estes objectivos não são, algumas vezes, alcançados por falta de metodologia de formação. (cifast,2009)

As principais vantagens, ao integrarmo-nos numa formação, seja de que tipo for, podem ser:

-Adquirir conhecimentos em determinada área (formação inicial);

- "Reciclar" conhecimentos/desenvolver competências potenciando o índice de produtividade, em posto de trabalho (formação contínua);
- Actualizar conhecimentos e desenvolver novas competências;
- Progredir na carreira através da formação profissional contínua;
- Obter uma habilitação profissional, validada pela entidade formadora, valorizando o Curriculum Vitae na procura de (novo) emprego;
- Contribuir para um aumento da qualidade no âmbito do desempenho das funções;

(Aral-rh,2009)

1. Formação profissional

“ Uso correcto de antissépticos e desinfectantes”. (ver Anexo 13)

Data: 8 de Janeiro de 2009

Local: Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa.

Comissão organizadora: Serviço de formação e aperfeiçoamento profissional e documentação do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa.

Objectivos:

- Orientar a utilização dos desinfectantes e antissépticos;
- Uniformizar os procedimentos da sua utilização.

Programa:

- Conceitos básicos de limpeza e desinfecção;
- Mecanismos de acção de antissépticos e desinfectantes;
- Factores que afectam a acção dos desinfectantes;
- Princípios gerais para uma boa utilização dos desinfectantes químicos.

2. Formação profissional

“Interacção com ecrãs de computador”. (ver Anexo 14)

Data: 30 de Janeiro de 2009.

Local: Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa.

Comissão organizadora: Serviço de formação, aperfeiçoamento profissional e documentação do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa.

Programa:

- Conceito de ergonomia;
- Identificação dos riscos decorrentes do trabalho com visor;
- Doenças profissionais e absentismo;
- Organização do posto de trabalho com computador;
- Trabalho sentado: postura correcta;
- Técnicas de relaxamento muscular;
- Enquadramento legal.

3. IV Fórum Luso-Brasileiro de Psiquiatria Consiliar / Ligação e Psicossomática.

(ver Anexo 15)

Data: 17 e 18 de Abril de 2009.

Local: Hotel Ipanema Park – Porto

Comissão Organizadora: Grupo Português de Psiquiatria Consiliar / Ligação e Psicossomática e Associação Brasileira de Psiquiatria.

Temas abordados:

- “Vulnerabilidade, resiliência e a interconsulta psiquiátrica consiliar e ligação”;
- “Dor e depressão: aspectos clínicos”;
- “Transtornos factícios: um desafio no Hospital Geral2;
- “Stress: acontecimentos e dificuldades de vida”;
- “Bipolaridade: do temperamento à doença”;
- “Tabagismo: da restrição à atenção. A experiência do Hospital A. Einstein – São Paulo”;
- “Subsolos corporais da alma: contribuição às perturbações somatoformes”;
- “Fibromialgia: perspectiva psicossomática”;
- “Envelhecimento: a queda dos sonhos ou uma nova perspectiva do tempo”;
- “Insónia refractária em pacientes internados: alguém dorme bem no Hospital?”;
- “Psicoterapia à cabeceira do paciente”;
- “Ruminação mental: do seu significado às suas consequências”;
- “Associação de sintomas de ansiedade com falta de apoio social em pacientes internados”.

4. Encontro na Medicina Interna “Diabetes Mellitus” (ver Anexo 16)

Data: 29 e 30 de Maio de 2009.

Local: Penafiel Park Hotel - Penafiel

Comissão Organizadora: Serviço de Medicina Interna da Unidade Hospitalar Padre Américo – Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa (CHTS).

Temas abordados:

- Estratégias no tratamento e orientações na terapêutica
- Risco vascular - Importância da sua avaliação e *scores*
- Retinopatia diabética - avaliação e implicações
- Nefropatia - da microalbuminúria à diálise
- Neuropatia - neuropatia e qualidade de vida
- O papel da Medicina Geral e Familiar na prevenção das complicações da Diabetes Mellitus 2
- A diabetes e a doença vascular cerebral
- Particularidades do síndrome coronário agudo (SCA) do diabético
- Angiopatia periférica
- Conferência: Epidemiologia da Diabetes Mellitus em Portugal – Gardete Correia, Director Clínico da Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal e Coordenador do Estudo e Prevalência da Diabetes em Portugal
- Tipos de diabetes
- Diabetes Mellitus no adolescente
- Diabetes Mellitus na gravidez
- A aceitação da doença
- O estilo de vida e a diabetes: “Dia-a-dia com...” - uma abordagem teórico-prática destinada a médicos, enfermeiros, nutricionistas, dietistas
- O pé diabético
- A alimentação do diabético

5. Conclusão

A responsabilidade ética deverá sempre pautar o profissional de psicologia em todos os seus procedimentos psicológicos especialmente na avaliação psicológica. (Oliveira, M. 2002)

É esperado que um curso de graduação em Psicologia, em cinco anos, tenha possibilidade de apresentar carga horária suficiente em:

- Disciplinas correlacionadas, como fisiologia, biologia, filosofia, sociologia, antropologia, neurologia, estatística.
- Diferentes linhas de pensamento psicológico, como experimental (Wundt, Watson e Pavlov), gestáltica (teorias de campo, Goldstein, Luria e Vigotski), humanística (Rogers), existencial (Millon), fenomenológica (Minkowski), psicanalítica (Freud, Klein, Bion, Winnicott);
- Conceitos básicos sobre personalidade, desenvolvimento, ciclo de vida, escolha vocacional;
- Distinção entre normal e patológico, psicopatologia;
- Noções sobre diferentes formas de avaliação do funcionamento mental: objectivas e projectivas, cognitivas, afetivo-emocionais, motoras;
- Práticas diversificadas nas áreas de Psicologia escolar, clínica, organizacional e institucional. (Yazigi, L. 2006)

É na prática clínica supervisionada que o psicólogo terá condições de ampliar sua formação em personalidade, psicopatologia, psicoterapia, avaliação diagnóstica, diagnóstico diferencial e métodos de exame psicológico. Essa experiência permite a elucidação de diagnóstico que busca o conhecimento do que se passa com aquela pessoa, do que acontece em seu mundo interno e como ela se encontra no momento. (Yazigi, 2006)

Diferentemente da clínica, muitas vezes, o psicólogo hospitalar precisa ser activo e dinâmico, adaptando-se aos mais diferentes *settings* e preparado para as mais inesperadas situações que a doença pode trazer.

No sentido de tentar colmatar esta conclusão sobre a aprendizagem durante este ano, lembro o escritor francês Antoine de Saint-Exupéry, que deliberou no livro “O Pequeno Príncipe” sobre a palavra cativar, ou criar laços com as pessoas.

Segundo este, somos eternamente responsáveis por aquilo que cativamos.

Pessoalmente a psicologia clínica deve fazer isto mesmo no sentido de se propagar entre a população mais céptica, ou seja devemos procurar, com muita paciência, responsabilidade e competência, cativar as pessoas, os profissionais, os futuros psicólogos para este trabalho que é custoso, mas gratificante.

6. Reflexão Crítica

“Ninguém, ao conhecer-se melhor, permanece aquele que era.”

Bracconnier, (1998)

É um dos anos mais difíceis, complicados, com muito trabalho para fazer, mas também é um dos anos com mais recompensas. Sem dúvida que este foi o ano com que me deparei com a realidade há muito retratada na teoria, a partir das aulas, mas, e digo isto de forma humilde, nunca pensei que a realidade do trabalho dos psicólogos fosse tão dura e tão sentida, como da forma que sentia muitas vezes aquelas histórias de vida que aprendi a escutar, respeitar e tentar acalantar quem de nós necessitava de ajuda.

Durante o meu trabalho como estagiária, tentei sempre que possível escutar de forma empírica, aceitar a pessoa incondicionalmente, tentando compreender o seu carácter, no entanto este conceito é, segundo McWilliams (1994) “(...) tão complexo e abstracto (...), que muito do que pensamos conhecer resulta do aumento de experiências clínicas partilhadas e comparáveis, realizadas por pessoas que falam a mesma linguagem metapsicológica.”

As supervisões foram fundamentais para o estágio. Sentia-me acolhida, podia desabafar, aprendia, ficava feliz, e dava-me conta de que podia ter feito melhor o meu trabalho.

Como tenho vindo a referir ao longo deste relatório de estágio, o meu trabalho passou mais por avaliações, do que propriamente acompanhamentos de casos clínicos, e talvez por isto eu tenha querido tentar resolver de forma instantânea os “problemas” que assolavam a pessoa à minha frente, e posso ter-me excedido nas minhas intervenções, mas penso ser justificável com o facto de saber de antemão que apenas teria uma ou duas consultas com aquele paciente. Posso ter cometido erros, que os cometi, certamente, mas também gosto de pensar que aprendi com eles, e que estes mesmos me irão guiar nesta próxima fase, a vida profissional, no sentido lato da palavra. E se aprendemos com os nossos erros, também é verdade que, e como refere McWilliams (1994) dirigindo-se a terapeutas principiantes, “Todos nós depressa aprendemos com as matizes imprevisíveis de cada relação terapêutica em que nos envolvemos, como são pálidas mesmo as nossas mais elegantes e satisfatória formulações, face ao mistério de que é feita a natureza humana.”

O hospital é um ambiente no qual a vida se desenrola em seu quotidiano e o psicólogo é também uma figura que vivencia este momento junto dos pacientes, familiares e equipe de saúde.

Ao deparar-me com o sistema hospitalar, no meu ano de estágio, pude comprovar que não havia uma corrente da psicologia, a qual os psicólogos do serviço utilizassem com mais afinco, daí talvez eu ter esta dúvida persistente, qual seria a minha opção teórica. Acredito que

com o ganho de experiência clínica surgirá de facto uma preferência mais acentuada por uma corrente do que por outra, mas agora decidi que quero assimilar o maior número de informação e experiência, pois para a “necessária oxigenação intelectual, o especialista deve desespecializar-se” (Richard,1998), tomo isto como ponto de partida, como um lema a cumprir para conservar a minha liberdade de pensamento e desde o início da vida laboral, para que não feche portas que se podem vir a tornar imprescindíveis.

Passei por momentos diversos e ambíguos durante o ano. Sentia-me muito feliz dentro do hospital pois cada vez mais me convencio de que era essa área que gostaria de seguir como psicóloga.

7. Bibliografia

- Ainsworth, M.D.S. (1979). “*Infant-mother attachment. American Psychologist, 34 (10), 932-937*”
- Alarcão, M. (des) *Equilibrios Familiares*, 2000, Quarteto,ed.
- Almeida, L., Simões, M. & Gonçalves, M. (1995). *Provas psicológicas em Portugal*. APPORT. Braga.
- American Psychiatric Association, (2006); *DSM-IV*, 4ª ed., Climepsi, Editores.
- Anderson, B., Bracket, J. (2000). *Psychology in Diabetes Care*: John Wiley & sons, Lda.
- “Avaliação Psicológica – qual o objectivo de uma Avaliação Psicológica”. Artigo retirado no sítio: www.espacopsique.com, em Setembro de 2009
- “A Formação como uma mais valia para a empresa”. Artigo retirado do sítio: www.cifast.com, em Setembro de 2009
- Baptista, A., et. al (2002); *O medo, a ansiedade e as suas perturbações*.

- Barlow, (2002); et. al cit. in. “*O medo,a ansiedade e as suas perturbações*”, Baptista, A., et. al (2002).

- Bénony, H., Chamaoui, K. (2000). *A entrevista clínica*. (1ª ed.) Lisboa: Climepsi Editores

- Bergeret, J. (1998). *Psicologia Patológica Teórica e clínica*. (7ª ed.). Lisboa: Climepsi, Editores.

- Bowlby, J.in Infopédia. Porto: Porto Editora, 2003-2009

- Braconier, A. (2000). *Psicologia dinâmica e psicanálise*. (1ª ed.) Lisboa: Climepsi Editores

- Braz, M., Dessen M., Silva, N., (2005). *Relações conjugais e parentais:uma comparação entre Famílias de Classes Sociais baixa e média*, 18 (2), pp. 151-161.

- Brown, L., Sherbenou, R. Johnsen, S. (1995). TONI-2 : *Test de Inteligencia no verbal*. Madrid: TEA, Ediciones, S.A.

- Campos, D. M. S. (1979). “O teste do desenho – como instrumento de diagnóstico da personalidade”. (10ª ed.) Petrópolis: Editora Vozes Ltda.

- Caroline Clauss-Ehlers, Ph.D. (2009) Comunidade Pampers

- Carvalho, S. (2009): “A página de um psiquiatra”; in www.serafimcarvalho.net;
- Castro, N. (2009) cit. in : “*Mães com dificuldade de se separar do bebê após licença-maternidade*”, Zanoni, A. (2009).
- “Desenho livre, uma expressão mental da criança”. Artigo retirado do sítio: www.psiqweb.com, em Abril de 2009.
- “Estágio: treinamento profissional”. Artigo retirado do sítio : www.wikipédia.org, em Maio de 2009.
- Erikson, E. H. (1982),. “*The life cycle completed*”. New York: Norton”;
- Erikson, E. H. (1950). “*Childhood and society*”. New York: Norton”.
- Erzigkeit, H. (1992). SKT – Manual. A Short Cognitive Performance teste for assessing memory and attention. Concive Version
- “Formação profissional”. Artigo retirado do sítio: aral-rh.pt, em Maio de 2009.
- Gomes, A. (2008). *Resgate e Triagem*. Artigo retirado do sítio: www.forumdeenfermagem.pt, em Maio de 2009.
- Guzmán, R. (2006). *Grupo de Diabetes*:Boletim Informativo Ano I. Artigo retirado do sitio: www.casu.com.br, em Abril de 2009.

- Houzel, (1972), cit. in Lass, R. “*Indicadores do padrão de sono em crianças de 2 a 5 anos*”, (2009), Faculdade de saúde pública - Universidade de S. Paulo
- Isolani, L. (2008); “Princípios e prática em transtornos do espectro obsessivo-compulsivo”, Revista Brasileira de Psiquiatria vol. 30 no. 8, São Paulo.
- Jussani, N.; Serafim, D.; Marcon, S. (2007) “Rede Social durante a expansão da família”.
- Jogo simbólico. (in Infopédia). Porto: Porto Editora, 2003-2009. Artigo consultado em Abril de 2009
- Kolck, O. (1984). Testes projectivos gráficos. No diagnóstico psicológico. Editora Pedagógica e Universitária. São Paulo.
- Kochanska, G. (1993). “*Toward a synthesis of parental socialization and child temperament in early development of conscience.*”. Child development, 64, 325-437;”
- Landreth, G. (2002), Play Therapy: the art of relationship, (2ª ed.), pág. 16, Nova Iorque: Brunner-Routledge.
- Laloni, D. (2001). Escala de avaliação de sintomas – 90 – R, SCL – 90 – R: Adaptação, Precisão e Validade. Tese de Pós – graduação em Psicologia do Instituto de Psicologia e Fonoaudiologia da Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Campinas.

- Manaes, S. (2007). “83 Jogos Psicológicos para dinâmica de grupos”. Lisboa. 7ª ed., Paulus Editora.
- Marcelli, D. (1998). *Manual de Psicopatologia da Infância de Ajuriaguerra*; 5ª ed., ArtMed, Editores.
- Moraes, L. (2009). *Psicanálise e Saúde Mental*. Artigo retirado do sítio: www.blogspot.com, em Junho de 2009.
- Moreira, I. (2001). *O doente terminal em contexto familiar*. Coimbra: Sinais Vitais.
- McWilliams, N. (2005). *Diagnóstico Psicanalítico*. (1ª ed.) Lisboa: Climepsi Editores.
- Mondardo, A., Valentina, D. (1998). “*Psicoterapia infantil: Ilustrando a importância do vínculo materno para o desenvolvimento da criança*”, dissertação da Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Brasil.
- Oliveira, M. et al. (2002) “*A ética na avaliação psicológica: uma perspectiva psicofilosófica*”. Artigo retirado do sítio: www.psicologia.com.pt, em Junho de 2009.
- Oliveira, Y., (2003) “*Identidade, Subjectividade e Sintoma na Era Contemporânea*”. Artigo retirado do sítio: www.psicologia.com.pt, em Setembro de 2009.

- “O desenho da criança”. Artigo retirado do sítio: www.temasdepsicologiainfantil.blogspot.com, em Maio de 2009.
- “O desenho livre”. Magalhães (1960), p.387. Artigo retirado do sítio: www.temasdepsicologiainfantil.blogspot.com, em Maio de 2009.
- Papalia, d. et cols. “*O Mundo da Criança*”, *Mc Graw Hill – 2001 - 8ª edição*”.
- Pereira, J. (2009). Artigo retirado do sítio: www.educacaoediversidade.pt;
- Pinto, M. (2003). *O impacto da doença crónica pediátrica nas figuras parentais: 1 estudo exploratório numa amostra de pais e crianças com leucemia e asma*. Porto: monografia apresentada à Universidade Fernando Pessoa.
- “Psicologia Clínica”. Artigo retirado do sítio: www.caminhandopelapsicologia.com, em Junho de 2009.
- “Psicologia Clínica – Depressão”.Artigo retirado do sítio: www.clinica7rios.pt, em Setembro de 2009.
- Revista brasileira de enfermagem (2007). vol.60 no.2 : Brasília Março/Abril.
- Ribeira, S., Ramos, C., & Sá, L. (2004). Avaliação inicial da demência. Revista Portuguesa de Clínica Geral, 20: 569-77.
- Richard, M. (1998). *As correntes da Psicologia*. Lisboa: Instituto Piaget.

- Rui Loba, J. (2006). *Introducción à lá Psicopatologia y la Psiquiatria*; 6ª ed., Elsevier Masson, Editores;
- Salzarulo e col. (1978); Salzarulo & Chevalier, 1983, in Lass, R. “*Indicadores do padrão de sono em crianças de 2 a 5 anos*”, (2009), Faculdade de saúde pública - Universidade de S. Paulo.
- Santos, A. (1993). “*Tempo livre, tempo de brincar, tempo de crescer*”. Cadernos de Educação de Infância, 1993, nº 3 e 25
- Schafetter, C. (2002); “*Introdução à Psicopatologia Geral*”; 2ª ed., Climepsi, Editores.
- Simões, M., Rocha, A. & Ferreira, C. (1992). Escala de Inteligência para Crianças – III. Manual. Cegoc – Investigação e publicações psicológicas.
- Silva, I. (2006). *Psicologia da Diabetes*. Coimbra: Quarteto.
- Soromenho, M.J. (2007). “*A importância da Avaliação Psicológica*”. Artigo retirado do sítio: www.ktree.com.pt, em Setembro de 2009.
- Vygotsky, (1979). Artigo publicado no sítio: centrodereferenciaeducacional.com

- Vygotsky, L. S. (1999) – *Imaginación y creación en la edad infantil*. La Habana: Editorial Pueblo y Educación.

- Wechler (1996). Escala de Inteligência de Wechler para Prescolar y Primaria. Tea Ediciones.

- Yazigi, L. (2006) “A necessidade da prática clínica na formação do psicólogo: experiência de 27 anos do programa de especialização psicologia da saúde em hospital-escola.” *Aval. psicol.*, jun. 2006, vol.5, no.1, p.105-113. ISSN 1677-0471

- Zanoni, A. (2009), “*Mães com dificuldade de se separar do bebê após licença-maternidade*. Artigo retirado do sitio: scielo.com, em Junho de 2009.