



Universidades Lusíada

Diniz, Teresa Maria Gonçalves, 1974-

O psicólogo clínico na Unidade de Neuropsicologia do CHPL

<http://hdl.handle.net/11067/2622>

Metadados

Data de Publicação	2017-01-09
Resumo	O presente relatório visa expor as competências adquiridas, capacidades desenvolvidas e também exploradas, ao longo do estágio académico, para a aquisição do grau de Mestre em Psicologia Clínica, realizado no Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, na Unidade de Neuropsicologia. Neste documento serão discriminadas as caracterizações, tanto da instituição, como da população alvo. São descritos os vários instrumentos aplicados na avaliação e reabilitação dos pacientes que passaram por esta Uni...
Palavras Chave	Psicologia clínica - Prática profissional, entro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa. Unidade de Neuropsicologia - Ensino e Estudo (Estágio)
Tipo	masterThesis
Revisão de Pares	Não
Coleções	[ULL-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-09-21T11:22:26Z com informação proveniente do Repositório



UNIVERSIDADE LUSÍADA DE LISBOA

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Mestrado em Psicologia Clínica

O psicólogo clínico na Unidade de Neuropsicologia do CHPL

Realizado por:

Teresa Maria Gonçalves Diniz

Supervisionado por:

Prof.^a Doutora Túlia Rute Maia Cabrita

Orientado por:

Prof. Doutor Manuel Carlos do Rosário Domingos

Constituição do Júri:

Presidente:

Prof.^a Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos

Supervisora:

Prof.^a Doutora Túlia Rute Maia Cabrita

Arguente:

Prof. Doutor António Martins Fernandes Rebelo

Relatório aprovado em:

16 de Dezembro de 2016

Lisboa

2016



U N I V E R S I D A D E L U S Í A D A D E L I S B O A

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Mestrado em Psicologia Clínica

O psicólogo clínico na Unidade de Neuropsicologia do CHPL

Teresa Maria Gonçalves Diniz

Lisboa

Setembro 2016



UNIVERSIDADE LUSÍADA DE LISBOA

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Mestrado em Psicologia Clínica

O psicólogo clínico na Unidade de Neuropsicologia do CHPL

Teresa Maria Gonçalves Diniz

Lisboa

Setembro 2016

Teresa Maria Gonçalves Diniz

O psicólogo clínico na Unidade de Neuropsicologia do CHPL

Relatório de estágio apresentado ao Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Lusíada de Lisboa para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica.

Coordenadora de mestrado: Prof.^a Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos

Supervisora de estágio: Prof.^a Doutora Túlia Rute Maia Cabrita

Orientador de estágio: Prof. Doutor Manuel Carlos do Rosário Domingos

Lisboa

Setembro 2016

Ficha Técnica

Autora	Teresa Maria Gonçalves Diniz
Coordenadora de mestrado	Prof. ^a Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos
Supervisora de estágio	Prof. ^a Doutora Tília Rute Maia Cabrita
Orientador de estágio	Prof. Doutor Manuel Carlos do Rosário Domingos
Título	O psicólogo clínico na Unidade de Neuropsicologia do CHPL
Local	Lisboa
Ano	2016

Mediateca da Universidade Lusíada de Lisboa - Catalogação na Publicação

DINIZ, Teresa Maria Gonçalves, 1974-

O psicólogo clínico na Unidade de Neuropsicologia do CHPL / Teresa Maria Gonçalves Diniz ; coordenado por Tânia Gaspar Sintra dos Santos ; supervisionado por Tília Rute Maia Cabrita ; orientado por Manuel Carlos do Rosário Domingos. - Lisboa : [s.n.], 2016. - Relatório de estágio do Mestrado em Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada de Lisboa.

I - CABRITA, Tília Rute Maia, 1972-

II - DOMINGOS, Manuel Carlos do Rosário, 1953-

III - SANTOS, Tânia Gaspar Sintra dos, 1977-

LCSH

1. Psicologia clínica - Prática profissional
2. Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa. Unidade de Neuropsicologia - Ensino e Estudo (Estágio)
3. Universidade Lusíada de Lisboa. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Teses
4. Teses - Portugal - Lisboa

1. Clinical psychology - Practice

2. Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa. Unidade de Neuropsicologia - Study and teaching (Internship)

3. Universidade Lusíada de Lisboa. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Dissertations

4. Dissertations, Academic - Portugal - Lisbon

LCC

1. RC467.95.D56 2016

Dedicatória

Para ti, Mamã, por sempre me incentivares a concretizar os sonhos. Obrigada por te manteres ao meu lado, mesmo nos momentos mais delicados. És uma Rainha!

Agradecimentos

Teço algumas palavras de gratidão a todos os que me apoiaram ao longo deste percurso.

Agradeço a toda a Unidade de Neuropsicologia do CHPL, principalmente, a amizade do coordenador da mesma, Professor Doutor Manuel Domingos. Ficar-lhe-ei eternamente grata pelas suas palavras de incentivo e a grande disponibilidade para nos transmitir a sua enorme sapiência. Também há outra pessoa muito especial nesta equipa: a Doutora Gabriela Álvares Pereira, pela partilha, o profissionalismo e, principalmente, pelos diálogos motivantes.

Agradeço à minha orientadora de estágio de mestrado, Professora Doutora Túlia Cabrita, por todo o conhecimento transmitido, que me valeu uma preciosa ajuda neste trajeto. Bem como pela paciência, apoio, e compreensão, com que sempre guiou as nossas aulas.

À coordenadora do curso de psicologia clínica, Professora Doutora Tânia Gaspar, o meu muito obrigada por tudo, em especial, pelo modo atencioso com que sempre lidou connosco.

Gostaria de dirigir um especial agradecimento à fantástica Catarina, pois sem a sua ajuda nada estaria formatado neste trabalho.

A todos os meus amigos, colegas, professores e pacientes, expresso a maior gratidão.

Por último, mas infinitamente em primeiro lugar, à minha Mãe, pois esta jornada seria impossível sem o seu apoio incondicional... escrevo aqui o meu eterno reconhecimento.

*“ Cultivar estados mentais positivos, como a generosidade e a
compaixão, decididamente conduz a uma melhor saúde mental e à
felicidade.”*

(Dalai Lama)

Resumo

O presente relatório visa expor as competências adquiridas, capacidades desenvolvidas e também exploradas, ao longo do estágio académico, para a aquisição do grau de Mestre em Psicologia Clínica, realizado no Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, na Unidade de Neuropsicologia.

Neste documento serão discriminadas as caracterizações, tanto da instituição, como da população alvo.

São descritos os vários instrumentos aplicados na avaliação e reabilitação dos pacientes que passaram por esta Unidade, bem como o modelo teórico que se utiliza nestas etapas, de modo a diminuir o sofrimento das pessoas.

Por último são apresentados, detalhadamente, dois casos de estudo no âmbito de duas patologias: depressão e esquizofrenia.

Palavras-chave: psicologia clínica, neuropsicologia, avaliação psicológica, intervenção psicológica.

Abstract

This report aims to exhibit the skills acquired, developed and operated capabilities, along the academic internship to acquire a Master's degree in Clinical Psychology and held at the Psychiatric Hospital of Lisbon (CHPL) in Neuropsychology Unit.

This document will be broken down characterizations of both the institution as the target population.

The various instruments applied are described in the assessment and rehabilitation of patients who have gone through this unit and also the theoretical model that is used in these steps, in order to reduce the suffering of people.

Finally are presented in detail two case studies of two conditions: depression and schizophrenia.

Keywords: clinical psychology, neuropsychology, psychological evaluation, psychological intervention.

Lista de tabelas

Tabela 1 - Estudos de caso	34
Tabela 2- Intervenção psicológica dos estudos de caso A e B	34
Tabela 3 - Estágio acadêmico: avaliações e acompanhamentos realizados	34

Abreviaturas

- ANP - Avaliação Neuropsicológica
- APA - American Psychological Association
- AVC - Acidente Vascular Cerebral
- CHPL - Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa
- ECG - Eletrocardiograma
- ISN - Inventário de Sintomatologia Neuropsicológica
- OPP - Ordem dos Psicólogos Portugueses
- SCL-90 R - Symptom Checklist-90 - Revised
- TAC-CE - Tomografia Computorizada Crânio Encefálica
- TCC - Terapia Cognitivo-Comportamental

Índice

Dedicatória.....	V
Agradecimentos	VII
Resumo	XI
Abstract.....	XIII
Lista de tabelas	XV
Abreviaturas.....	XVII
Índice	1
Introdução.....	3
Caracterização da Instituição.....	5
Caracterização da população-alvo	9
Objetivos de Estágio.....	11
Enquadramento Teórico	13
Psicologia Clínica	13
O psicólogo clínico no contexto hospitalar.....	15
O Psicólogo clínico no contexto da neuropsicologia.....	17
Ética e deontologia.....	19
Intervenção psicológica	20
Observação.....	20
Avaliação psicológica	22
Modelo de intervenção psicológica	23
Psicopatologia.....	27
Método.....	33
Participantes.....	33

Instrumentos de avaliação.....	35
Procedimentos.....	43
Estudo de caso A	45
Apresentação do caso A.....	45
História clínica.....	45
Estudo de caso B	55
Apresentação do caso B.....	55
História clínica.....	55
Conclusão	65
Reflexão final	67
Referências	69
Anexos.....	75
Lista de anexos	77
Anexo A	
Anexo B	
Anexo C	

Introdução

O estágio académico é uma etapa crucial para o desenvolvimento da aptidão de todo o aluno, uma vez que permite que o mesmo faça a ponte entre dois contextos fundamentais: o ensino superior e o mundo do trabalho.

O presente estudo pretende analisar dois universos distintos ao nível psicopatológico: a depressão e a esquizofrenia. Para tal, foram elaborados dois estudos de caso, descritos exaustivamente, de modo aprofundar duas perturbações tão ricas em características.

Este relatório encontra-se dividido em três momentos distintos: o primeiro procura apresentar o Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa e caracterizar a sua população alvo; no segundo momento é efetuado o enquadramento teórico, onde são retratadas a psicologia clínica em contexto hospitalar e em contexto neuropsicológico procurando, ainda, descrever as principais psicopatologias abordadas; no terceiro momento são explicados tanto o método, como os instrumentos e procedimentos utilizados, contemplando uma descrição aprofundada de dois casos clínicos escolhidos no âmbito dos estudos de caso selecionados no presente relatório. É elaborada, numa última fase, uma reflexão final sobre este trabalho.

Em suma, o presente estudo pretende contribuir para um melhor conhecimento sobre a psicologia clínica no contexto hospitalar psiquiátrico, tendo por base o modelo cognitivo-comportamental, aplicado a dois estudos de caso, minuciosamente descritos, sendo que, cada um deles se refere a uma perturbação distinta: depressão e esquizofrenia.

Caracterização da Instituição

O antigo Hospital Júlio de Matos fica sediado na Avenida do Brasil, 53, 1749-002 Lisboa e possui uma rede acessos bastante vasta.

Criado pela Portaria nº 1373/2007 de 19 de outubro, o Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa (CHPL) dispensa apresentações, uma vez que toda a população, pelo menos do Distrito de Lisboa, já ouviu falar do mesmo. Como resultado da fusão, dos “lendários” hospitais Júlio de Matos e Miguel Bombarda, de cariz público (do Serviço Nacional de Saúde) e, como tal, possuindo personalidade jurídica, com autonomias administrativa, financeira e patrimonial. O Centro Hospitalar surgiu com a responsabilidade de assegurar a prestação de cuidados especializados de psiquiatria e saúde mental a toda a população adulta, tanto a nível nacional, como regional. Ao nível da intervenção há os denominados contratos-programa que se estendem por uma vasta rede de instituições que prestam cuidados de saúde.

De modo a preservar, assegurar e salvaguardar o património arquitetónico deu-se a junção dos hospitais Miguel Bombarda e Júlio de Matos, mas também para que toda a memória documental de enorme interesse histórico existente nas duas instituições, pressupondo provas testemunhais de valor incalculável da História de Portugal se mantivessem. Na origem do Hospital Miguel Bombarda encontra-se o Convento da Congregação da Missão dos Padres de S. Vicente de Paulo, instalado na quinta de Rilhafoles, que desde a sua fundação em 1717 acolhia os internamentos compulsivos de jovens condenados pelo Santo Ofício por crimes contra a moral e os bons costumes. Com a extinção das ordens religiosas em Portugal, as instalações foram ocupadas pelo Real Colégio Militar, ficando ali instalado no período de 1835 a 1848. Alterações legislativas posteriores levaram à transferência da unidade militar para Mafra, sendo

que, o conjunto edificado passou então a ser utilizado para um fim totalmente distinto: acolhimento dos alienados, termo usado para definir os doentes mentais.

Fundado em 1848, o Hospital Miguel Bombarda foi o primeiro Hospital Psiquiátrico do País. Tratava -se de um grande estabelecimento hospitalar, desde o início dimensionado para 300 doentes e para onde foram transferidos os «loucos» amontoados em condições sub-humanas no Hospital Real de S. José, tendo sido palco de um dos momentos mais importantes do convulsivo período que conduziu à implantação da República em Portugal: o assassinato de Miguel Bombarda (1851-1910), o médico e cientista que dirigiu o Hospital de Rilhafoles entre 1892 e 3 de Outubro de 1910, dia em que foi morto por um doente mental no início do processo revolucionário que daí a dois dias culminaria na queda da Monarquia pela qual Bombarda tanto se tinha batido. O projeto de criação do Hospital Júlio de Matos nasce em pleno Hospital Miguel Bombarda em circunstâncias peculiares: os sócios de António Higinio Salgado de Araújo tinham-no internado à força no Hospital de Rilhafoles. A experiência de se ver ali enclausurado mostrou ao abastado empresário as condições em que viviam os doentes mentais ali internados. Sensibilizado, Salgado de Araújo decidiu contribuir para uma mudança profunda dessa realidade e deixou em testamento os terrenos para a construção de um novo hospital psiquiátrico. Entretanto, com o assassinato de Miguel Bombarda, Júlio de Matos, psiquiatra especializado em alienismo e psiquiatria forense, dedicado admirador das correntes positivistas de Auguste Comte, é chamado a Lisboa e cruza-se com Salgado de Araújo em Rilhafoles. Esta doação do segundo impulsionou a ambição que o primeiro possuía de avançar para a construção de um hospital novo. Júlio de Matos deixa, então, o Porto e vem para Lisboa. Dois anos depois, em 1913, dão-se as obras do Novo Manicómio de Lisboa ou do Campo Grande, dando lugar aos estudos

que desde 1875 já eram efetuados. O projeto correu rapidamente na década seguinte, graças ao entusiasmo de Júlio de Matos, cuja morte em 1922 acontece ainda com poucos edifícios erguidos. A partir dessa data, a falta de financiamento por parte do Estado agravou-se mais e a obra ficou parada. Só mesmo a cláusula que Salgado de Araújo impôs no seu testamento alterou a situação, já que obrigava o Estado a construir, antes de 1940, o novo hospital de acolhimento aos doentes do sexo masculino, com nome de Pavilhão de Salgado de Araújo.

Dá-se a inauguração do Hospital Júlio de Matos a 2 de abril de 1942 como sendo um dos mais conceituados da época na Europa. O primeiro diretor deste hospital foi o professor de Neurologia António Flores (1883-1957). Houve lugar para a criação inovadora da primeira Unidade de Psicocirurgia Portuguesa e isso proporcionou a que continuasse a ser considerado um dos hospitais de renome, onde Egas Moniz desenvolveu as suas técnicas de angiografia cerebral e leucotomia pré-frontal. Em 1947 foi feita a primeira Reunião Europeia de Neurocirurgia no Hospital Júlio de Matos e, em 1948, o Congresso Internacional de Psicocirurgia, tendo sido dirigido pelo norte-americano Walter Freeman, onde Egas Moniz veio a ser indicado para Nobel de Fisiologia/Medicina, o que sucedeu já em 1949. A forma inovadora como os doentes psiquiátricos eram tratados fez com que o Hospital Júlio de Matos se tornasse ainda mais conceituado a nível internacional, uma vez que este tipo de doentes passou a ter uma maior liberdade, sendo que alguns deles poderiam ter acesso ao exterior do hospital.

Hoje em dia, o CHPL tem o regime ambulatorio e o regime de internamento, sendo que o primeiro consiste em sete estruturas comunitárias ramificadas em vários Concelhos chegando, assim, a um maior número de pessoas. Já o segundo, serviço de

internamento de agudos, é orientado por patologia e organizado através de seis clínicas assistenciais.

A Unidade de Neuropsicologia, criada em Julho de 1983, com o objetivo de conseguir uma melhor assistência ao paciente neurológico, através de exames clínicos das funções superiores e, também, do processo de recuperação e do apoio ao doente com lesão cerebral. A neuropsicologia é uma área comum às neurociências e psicologia, que se dedica a correlacionar as várias, bem como as dinâmicas comportamentais do ser humano e atividades das estruturas encefálicas que as sustentam, tanto de forma direta como indireta, em situação normal ou patológica. Maioritariamente foca-se, sobretudo, em dois aspetos fundamentais: a clínica e a investigação. Mesmo sendo a investigação um aspeto bastante importante, o fator clínico deverá ter, sempre, um valor acrescido. “A investigação deve derivar da clínica, nunca subordinando esta última aos interesses da primeira” (cit Domingos M.,1998; Boletim da Biblioteca do Hospital Júlio de Matos).

O serviço de Neuropsicologia está instalado no Pavilhão 17-A, no qual o espaço é partilhado com os serviços de Neurofisiologia e Eletroconvulsivoterapia. Este serviço é parte integrante do serviço de Psicologia do CHPL.

A Unidade de Neuropsicologia forma-se por uma equipa onde estão integrados o Diretor Clínico, duas Psicólogas Clínicas e uma Psicopedagoga. O espaço físico é composto por diversas salas destinadas às diferentes especialidades de cada serviço, nomeadamente o secretariado/receção, a sala de realização de eletroencefalograma, a sala de eletroconvulsivoterapia, três gabinetes de neuropsicologia, uma sala de espera, dois wc e uma sala para *coffe break*.

Caracterização da população-alvo

Os casos que surgem de patologias, muitas vezes, dão-se pelo facto das pessoas terem alguma dificuldade em acompanhar a evolução dos tempos... o avançar da tecnologia, os valores que mudam, a sociedade que cresce. Tudo se transforma e há quem tenha problemas com isso. Esta poderá ser uma das explicações, entre muitas, das patologias que estão sempre a aparecer. Também as próprias origens e a habitação em condições precárias, a má alimentação e a vivência em bairros sociais degradados possa minar ainda mais o desencadear da patologia. Outra explicação que ocorre é o envelhecimento e o aumento da esperança média de vida, que poderão ser fundamentais no que toca, principalmente, às demências.

O atendimento dos pacientes é efetuado em gabinete e monitorizado pelo Orientador de Estágio. A população alvo apresenta-se no Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, geralmente, por intermédio do médico de família, do psiquiatra, entre outras especialidades, que reencaminha a pessoa para ser avaliada/reavaliada, dentro de um contexto que envolva uma suspeita de patologia em Psicologia Clínica, na sua subárea de Neuropsicologia. Tudo o que envolva o encéfalo é encaminhado para a consulta de Neuropsicologia:

Depressão, ansiedade, esquizofrenia, bipolaridade, AVC, Parkinson, Alzheimer, vários tipos de tumores (desde os malignos aos benignos), agnosias, afásias, transtornos comportamentais, etc. Como se pode verificar há uma grande variedade de patologias, no que toca ao atendimento do psicólogo clínico na subárea de Neuropsicologia. Infelizmente, as pessoas muitas vezes tornam-se bastante sedentárias, o que pode prejudicar a recuperação, ou até mesmo influenciar o aparecimento de doenças que envolvam o encéfalo.

As pessoas são avaliadas (no caso de ser a primeira vez que vêm à consulta), ou reavaliadas (no caso de haver uma nova suspeita de perturbação/patologia). Todos os médicos podem encaminhar o doente para a especialidade de Neuropsicologia, uma vez que é recebida na consulta toda a população a nível nacional e regional (o que estiver mais próximo). O fundamental é apreciar trabalhar com pessoas tal como revelar interesse pelas suas “histórias de vida”, as suas problemáticas e, acima de tudo, respeitar a autonomia e a sua liberdade individual.

Quando a doença já está instalada terá de se optar pelos melhores recursos de modo a fazê-la regredir e, em alguns casos, fazer com que seja totalmente erradicada.

Pode concluir-se que uma vida social ativa, o exercício físico, o apoio familiar, um emprego estimulante que permita pagar as contas, entre outros fatores benéficos para a saúde mental das pessoas, pode contribuir para uma vida saudável e sem grandes sustos no que toca a patologias e fazer com que, se elas tiverem de aparecer, seja o mais tardiamente possível.

Objetivos de Estágio

Este trabalho procurou explicar a atuação do psicólogo clínico em contexto hospitalar. Durante o estágio académico aprofundou-se a aplicação prática dos conhecimentos teóricos adquiridos previamente, permitindo articular estes dois âmbitos da psicologia clínica. Para tal, fomentou-se o processo de aprendizagem, bem como a reflexão científica perante as problemáticas apresentadas em cada situação e contexto das mesmas, de modo a viabilizar a análise crítica das teorias psicológicas e fortalecendo a capacidade de autonomia do estagiário.

Os conhecimentos assimilados permitiram uma aprendizagem firme na aplicação das técnicas psicológicas de diagnóstico, avaliação e intervenção no terreno, incluindo o manuseamento e cotação de provas psicológicas, de modo a elaborar relatórios de avaliação e reconhecer os tipos de reabilitação (computorizada e com testes de papel e lápis) utilizados.

Mediante o contacto com os pacientes, em contexto hospitalar, foram adquiridas novas competências: efectuar a avaliação dos estados psíquico, emocional, social, biológico e ecológico, dos muitos pacientes atendidos; contribuir para a melhoria da qualidade de vida, tanto de pacientes como de familiares dos mesmos, através de uma conduta ética e deontológica. Só assim se pode proporcionar uma boa terapia de modo a alcançar uma recuperação plena.

Enquadramento Teórico

Psicologia Clínica

A literatura reconhece como principais fundadores da psicologia três autores:

Witmer, Janet e Freud.

Lightner Witmer fundou, nos Estados Unidos da América, no século XIX (década de noventa), a primeira clínica de psicologia onde eram tratadas crianças com deficiência mental, que o levou a apresentar esta nova disciplina à Associação Psicológica Americana (APA) utilizando palavras como: “método clínico” e “psicologia clínica”. Mas, esta ideia desenvolvida teve pouca ressonância, uma vez que a APA só começou a abranger a área clínica no final da segunda década do século XX, tendo os psicólogos clínicos como tarefas: a avaliação, o diagnóstico e a terapia, individual ou de grupo (Whitmer, 1907).

Pierre Janet, em 1887, publicou um livro onde falou pela primeira vez da psicologia em contexto de medicina, que seria destinada aos médicos que tratam doentes mentais e formulada por filósofos. À medida que vai promovendo a reflexão psicológica na sua obra faz vários trabalhos de psicologia clínica, sem reivindicar esta expressão. Manifestou, sobretudo, um interesse especial pelo particular, tentando aprofundar exaustivamente caso a caso (Girard, 1973).

Sigmund Freud, por sua vez, nunca utilizou, na sua inspiradora obra, a terminologia “psicologia clínica”, apesar de nos seus procedimentos, método e preocupações estarem implícitas estas palavras. Preocupou-se mais com a compreensão dos fenómenos psicológicos e das particularidades dentro da relação de quem observa –observador - e de quem é observado – sujeito (Pediñelli, 1999). Há uma viragem que marca o reconhecimento da psicologia clínica, em 1947, numa comissão da APA, onde foram

propostas várias indicações para o ensino desta disciplina, no âmbito da formação e investigação: estágio com duração de um ano, vários cursos - psicologia dinâmica do comportamento; psicologia geral; métodos de diagnóstico, de investigação e terapia (Garfield, 1965).

Já no decorrer do ano de 1949, entre 20 de agosto e 3 de Setembro deu-se a conferência de Boulder, no Colorado, que veio propor um modelo “científico-praticante”, ou seja, foi criado um modelo aplicável à formação destinada a psicólogos, que assentava na crença de que deveriam ser tanto profissionais, como investigadores (Pedinielli, 1999).

A psicologia clínica surge, em Portugal, com a criação do Instituto Superior de Psicologia Aplicada (ISPA) pelas congregações religiosas, quando decorria o ano de 1963 e, nos anos 70 deu-se início aos primeiros cursos desta ciência nas universidades do Estado. A sua prática era, na altura, circunscrita à clínica privada e, também, ao contexto hospitalar psiquiátrico (Ribeiro & Leal, 1996).

Pode considerar-se a psicologia clínica como uma subdisciplina da própria psicologia e que se define através dos objectivos: estudar, avaliar, diagnosticar, ajudar e tratar o sofrimento psíquico, independentemente da(s) causa(s) que o originam (Brito, 2008).

Anzieu (1983, p. 36) descreveu a psicologia clínica de uma forma mais ampla, ou seja, definia-a tanto como individual e social, bem como normal e patológica, sendo dirigida a todos: bebés, crianças, adolescentes e adultos, passando por todas as faixas etárias.

Em psicologia clínica saúde mental pode ser compreendida como um estado de equilíbrio ou um suporte, tanto psicológico como físico ou social (Pedinielli & Bernoussi, 2006).

O psicólogo clínico no contexto hospitalar

A ciência psicológica tem como objectivo primordial de estudo e de intervenção, o comportamento, tal como todos os processos (inerentes ao ser humano) mentais subjacentes. Assim que o psicólogo “sai” da parte teórica e se insere no mundo da prática daquilo que estudou, ele vai encontrar campos de intervenção numa vasta pluralidade, já que pode desempenhar um papel importante, em todas as áreas de vida das pessoas (Leal, Pimenta & Marques, 2012, p. 11).

O trabalho do psicólogo clínico em contexto hospitalar é baseado na subjectividade da doença, seja ela de origem orgânica ou de origem psicogénica, visando, sempre, o minimizar do sofrimento e a busca dos aspectos da doença ao nível psicológico (Simonetti, 2006, p.16).

A intervenção do psicólogo clínico nos serviços de saúde mental, nomeadamente nos hospitais, ou serviços neles integrados, como é o caso do CPHL, é bastante diversificada, podendo mesmo incluir atividades com os utentes, com os técnicos e na própria organização (Trindade & Teixeira, 2000).

É ainda de salientar a importância e necessidade da intervenção do Psicólogo Clínico em contexto de saúde mental de forma a reformular e integrar algumas questões na comunidade (Matos, 2012).

A intervenção psicológica junto dos pacientes envolve uma série de áreas de trabalho que vão desde a intervenção, no que diz respeito aos processos de confrontação com a doença, à adaptação de uma eventualidade, como é o caso do internamento, tendo em conta que esta pode influenciar o ajustamento à doença. O trabalho do psicólogo é bastante importante, também, na gestão de casos problemáticos de adesão terapêutica, mudança de comportamentos ou desenvolvimento de autocuidados. Relativamente aos

técnicos, no que diz respeito à intervenção do psicólogo, poderá incluir a formação do mesmo, nomeadamente no que toca à informação sobre os aspetos psicológicos associados à doença, ou na intervenção ao nível do stress ocupacional, identificando as fontes problemáticas e promovendo programas de prevenção. A psicologia em contexto hospitalar visa minimizar o sofrimento do paciente, enquanto está internado. Para tal é de salientar a necessidade de recorrer a algumas considerações, acerca deste tema, nomeadamente, o trabalho interdisciplinar (Angerami-Camon, 2001 cit. Silva, 2012).

Será também importante referir que em 1994, definiram-se as funções, formação e progressão na carreira do psicólogo clínico, através do decreto-lei 241/94, considerando-o um “profissional habilitado com o grau de especialista que desenvolve funções científicas e técnicas de avaliação, psicodiagnóstico e tratamento no campo da saúde” (decreto lei 241/94,1994, p. 5671).

Relativamente ao desenvolvimento da boa prática da psicologia em Portugal, pode referir-se o facto de ter surgido em 2008 o primeiro código de ética aplicado ao exercício da prática da psicologia através da aprovação da lei nº 57/2008 (Lei nº 57/2008). A mesma atribui aos psicólogos um conjunto de deveres deontológicos para o exercício da sua atividade relacionados com a dignificação da profissão e com a proteção do direito dos utentes.

Assim, o objetivo da Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP), prende-se pelo seguimento de um código deontológico que permita orientar os profissionais para “práticas de excelência, garantido que a referência do exercício profissional é o máximo ético e não o mínimo aceitável”. (Lei nº 57/2008, p. 17931).

O Psicólogo clínico no contexto da neuropsicologia

Desde os finais do século XX que o psicólogo clínico se aproxima da medicina através da sua prática em hospitais psiquiátricos desempenhando um trabalho complementar, o que pressupõe que a psicologia tenha adotado o modelo biomédico. Durante décadas, o estatuto médico confundiu-se e sobrepôs-se à psicologia clínica O trabalho desenvolvido pelo psicólogo clínico, quando inserido num contexto neuropsicológico, é de, sobretudo: avaliar (provas psicológicas), acompanhar (plano terapêutico e de reabilitação/aconselhamento psicológico) e prevenir (prevenção de reincidência de patologias pós reabilitação/recursos). Estes objectivos estão presentes em todas as vertentes da psicologia clínica. (Siksou, 2008).

Hoje em dia manifesta-se a tendência para aprofundar tudo o que esteja envolvido com o saber biopsicossocial, no que toca à compreensão de todas as vertentes relacionadas com a doença. Assim, acaba por se “desligar” um pouco a ideia de ficar preso, apenas, ao modelo biomédico (Chiattonne, 2000 cit. Speroni, 2006).

A avaliação neuropsicológica, é considerada uma avaliação formada por uma imensa gama de processos (comportamentais, adaptativos e emocionais) que vão espelhar o funcionamento dos processos cerebrais (Maia *et al.*, 2009).

No âmbito da terapia de aconselhamento, o terapeuta intervém ativamente, aconselhando e incentivando a discussão, seleccionando o foco de modo a restaurar o equilíbrio e a reduzir a ansiedade e o medo em situações novas. Utiliza-se a relação terapêutica como motor de mudança, sem interpretação da transferência. É quase totalmente orientada para a realidade, atribuindo-se ênfase aos acontecimentos externos e ao esclarecimento de acontecimentos interpessoais. Considera-se sobretudo indicada

para pacientes mais resistentes a uma terapia orientada para o insight (Kaplan & Sadock, 1990).

À semelhança de uma avaliação psicológica, a validade da avaliação neuropsicológica feita pelo psicólogo clínico apoia-se em conhecimentos de: semiologia, psicologia cognitiva, psicologia clínica e psicopatológica. O seu início efetua-se com uma entrevista prévia com o paciente e, na maioria dos casos, com a sua família, para haver uma recolha de dados que possam ser relevantes (Maia, 2009).

O psicólogo clínico ao elaborar a avaliação neuropsicológica pretende, sobretudo, obter a medição de forma tanto objetiva, como válida e fiável, das chamadas funções nervosas superiores, refletindo-se estes resultados no processo clínico do paciente; é aqui que ficam registadas informações importantes sobre o diagnóstico, prognóstico e plano terapêutico, que poderão ser consultadas posteriormente. De modo a sintetizar os dados recolhidos tanto na entrevista clínica, como na história médica e na observação comportamental, os testes neuropsicológicos são efetuados num contexto abrangente de avaliação (Mendes, 2014).

Enquanto Crawford (1996) descreve uma avaliação neuropsicológica como uma lista de questões, tais como: descobrir qual a extensão das alterações do estado de humor, comportamento e personalidade; detetar quais os domínios cognitivos afetados; qual o nível de severidade da disfunção e implicações na vida do indivíduo; aconselhamento para a reabilitação eficaz.

Harvey (2012), por seu lado, identifica a avaliação neuropsicológica como o alcance de objetivos: criação de informação diagnóstica, de modo a determinar os problemas neurológicos; contribuição para um diagnóstico diferencial, entre a demência e outras

problemáticas neurológicas e psiquiátricas; avaliação em termos de potencial funcional do indivíduo, tal como a resposta ao tratamento e nível de recuperação funcional.

Nesta fase é bastante importante o estabelecer da relação empática, escutando o paciente, de modo a que este se sinta compreendido, nunca esquecendo, porém, a observação, relativamente à avaliação psicológica, este é, portanto, o segundo método clínico que compreende uma parte instrumental, ou seja, uma aplicação de provas projetivas e quantitativas (testes de personalidade e escalas clínicas) que têm como objetivo um perfil diagnóstico, com todas as características psicológicas do indivíduo.

A avaliação neuropsicológica, efetuada pelo psicólogo clínico, é considerada uma avaliação composta por uma vasta gama de processos, comportamentais, adaptativos e emocionais que vão refletir o funcionamento dos processos cerebrais (Maia et al., 2009).

Ética e deontologia

A Ordem dos Psicólogos Portugueses possui um código deontológico que abrange todas as normas éticas a serem seguidas, ao exercer a profissão de psicólogo, seja qual for o contexto ou área de actividade em que esteja inserido. Só assim poderão desempenhar uma prática de primazia, com a máxima ética deixando de parte o mínimo aceitável. No artigo 51 da Lei nº 57/2008, de 4 de Setembro vêm mencionadas as especificidades necessárias para o exercício da psicologia: formação específica em psicologia. Para desempenhar as funções, legalmente, o psicólogo terá de se inscrever na OPP, para ser considerado membro desta Ordem (Diário da República, 2011).

Os princípios gerais que regem o código deontológico da OPP são, meramente, de orientação e servem para conduzir os profissionais da área de psicologia, para que centrem a sua atuação nos ideais da própria intervenção psicológica. Em caso de dilema

ético o psicólogo deverá recorrer a este código deontológico e, também, ao Direito, de modo a resolver o conflito instalado, através dessas directrizes criadas para flexibilizar estas situações. Devem ser respeitados todos os princípios éticos gerais, descritos no código da OPP: respeito pela dignidade e pelos direitos da pessoa; competência; responsabilidade; integridade; beneficência e não maleficência. Para além destes princípios gerais éticos, podem encontrar-se, ainda, os princípios específicos: consentimento informado; privacidade e confidencialidade; relações profissionais; avaliação psicológica; prática e intervenção psicológicas; ensino, formação e supervisão psicológicas; investigação; declarações públicas (Diário da República, 2011).

Como refere Coimbra de Matos (2012), para um plano eficaz nos Serviços de Saúde Mental são necessários 3 princípios básicos: igualdade para toda a população, eficiência e qualidade de serviços e integração adequada de saúde geral, em articulação com a saúde mental. Se algum destes princípios estiver em desequilíbrio, o sucesso de uma planificação dos problemas de saúde mental será ineficaz.

Intervenção psicológica

Observação

Já noutros tempos, Galileu considerou a observação como uma das formas fidedignas de conhecer o mundo e, também, as ciências humanas passaram a utilizar este recurso, de tal maneira, que este instrumento passou a ser utilizado em psicologia. Ainda em tempos mais longínquos Pitágoras, Platão, Hipócrates e Aristóteles consideravam possível identificar no Homem, através de uma avaliação dos comportamentos observáveis, uma relação entre o comportamento manifesto e as características da personalidade. De facto, através da observação conseguem obter-se preciosos dados, para uma melhor avaliação dos pacientes (Ferreira & Mousquer, 2004).

Durante a observação de pessoas deprimidas, num estudo efectuado há alguns anos, verificou-se que estes indivíduos observados revelavam uma série de deficits nas suas habilidades sociais, ou seja, riem menos, falam menos, fazem menos contacto ocular e interagem menos. Verificaram-se resultados consistentes, ao nível da observação de pessoas deprimidas quando se encontram a interagir com os cônjuges demonstram comportamentos verbais e não-verbais mais negativos. O que acontece é que há comportamentos explosivos e uma incongruência entre a linguagem verbal e a não-verbal (Caballo, 2007. pp. 483).

A observação que se pratica informalmente nas situações quotidianas distingue-se, facilmente, da observação clínica, pois esta última tem uma finalidade, previamente descrita, através dos objetivos. Os dados recolhidos durante a observação clínica são de extrema importância, já que se revelam subsídios para facilitar o diagnóstico de uma situação/problema, tal como ajudar na escolha de técnicas e procedimentos aplicados na pesquisa e na avaliação da sua eficácia (Danna & Matos, 2006).

O recurso à metodologia observacional, sempre mediada pela dicotomia quantidade/qualidade, ainda contém alguns aspetos que devem ser pensados, em relação ao seu método, tais como: qual a posição do observador, qual o seu papel na pesquisa em questão, opção de recursos disponíveis e facilitadores do rigor metodológico, como é o caso do recurso áudio-visual, que veio revolucionar tudo o que se refere à observação científica (Cano & Sampaio, 2007).

A evolução dos recursos tecnológicos veio melhorar o processo de observação, porque o uso de filmagem passou a captar imagens e sons, o que era impossível antigamente e, acabou por tornar esta forma de avaliação, em psicologia clínica, mais

fidedigna, uma vez que se pode voltar atrás na imagem e no som (Pinheiro, Kakehashi & Angelo, 2005).

Avaliação psicológica

Podem avaliar-se habilidades sociais nas pessoas deprimidas através da entrevista clínica, onde se encenam situações-objetivo, que ajudem o paciente a identificar problemáticas. Os instrumentos de avaliação são bastante importantes para inventariar os sintomas do indivíduo deprimido, que estão presentes nos auto-relatos (Sousa, 2009).

Considerando o interesse dos psicólogos clínicos é importante salientar que, em casos de depressão, se deve avaliar aspetos do ambiente e ou, até da pessoa-ambiente na sua interação, uma vez que estes podem estar relacionados com o início ou com a manutenção desta perturbação. Quer isto dizer que a avaliação comportamental do indivíduo deprimido requer uma exploração de fatores tais como: habilidades sociais do sujeito em questão, o comportamento daqueles com quem o paciente deprimido interage, reforço das atividades para a pessoa (Caballo, 2007. pp. 479).

Durante uma entrevista com o paciente deprimido, o psicólogo clínico deverá criar a representação de situações-objetivo problemáticas, que sejam identificadas pelo sujeito, de modo a que o entrevistador, no decorrer das mesmas, possa observar a atuação do indivíduo, tal como: a fala, volume, tom, contacto visual, postura, etc. O auto-relato da sintomatologia depressiva é, também, bastante utilizado para avaliar uma pessoa que se encontra deprimida, como por exemplo, através do Inventário de depressão de Beck (Beck Depression Inventory, BDI; Beck et al., 1961 cit. Caballo, 2007. pp 480).

É importante referir que a utilização do método de entrevista, para avaliação, requer algum planeamento anterior, por parte do entrevistador, como também da manutenção da componente ética, que poderá ir desde a escolha do paciente, do modo ou momento

da sua realização, etc. São situações que, de facto, requerem alguma experiência prévia, de modo a que tudo fique claro (Bicudo, 2006).

Tal como refere Manzini (2004), existem três tipos de entrevista: estruturada, semi-estruturada e não estruturada. A primeira contém questões fechadas, estilo questionários de resposta sim/não, ou seja são entrevistas sem qualquer flexibilidade de resposta. As entrevistas semi-estruturadas já contêm perguntas abertas, mas com algumas condicionantes na resposta, como se fosse um roteiro de viagem. Por último, as entrevistas não estruturadas são do tipo mais flexível de todas as outras, pois permite que o entrevistado formule questões e o entrevistador continuando o seu trabalho, conforme o rumo da conversa.

Modelo de intervenção psicológica

Knapp (2008, p. 20) refere que o núcleo das terapias cognitivo-comportamentais se baseiam em três proposições fundamentais: o comportamento é influenciado pela actividade cognitiva; pode-se monitorar e alterar a actividade cognitiva; o comportamento que se deseja pode ser influenciado perante a mudança cognitiva. Quando se dá um acontecimento, não é ele que gera os comportamentos e as emoções, mas sim, o que se pensa sobre esse acontecimento. As distorções cognitivas ou do pensamento prevalecem em diferentes tipos de transtorno, porque se manifestam na interpretação que os indivíduos fazem das suas experiências.

Há pessoas com mais propensão para estados de humor determinados, do que outras, devendo-se isso a questões biológicas, de hereditariedade genética e/ou vindas do meio contextual, que foram construídas socialmente (Greenberger & Padesky, 1995). Por exemplo, no que toca à depressão, cada caso é um caso e, as técnicas de intervenção TCC devem ser flexíveis. Para tal, por exemplo, são usados diferentes procedimentos

que alcancem os objectivos de tratamento: podem englobar o registo diário dos acontecimentos, relaxamento, como lidar com situações adversas, mas aumentando actividades agradáveis (Caballo, 2007. p. 474).

Também se pode falar do treino da assertividade, na resolução de problemas, na tomada de decisões, com enfoque no tratamento comportamental da pessoa deprimida (Leinsohn, Sullivan & Grosscup, 1982 cit. Caballo, 2007. p. 483).

Existe uma vasta gama de estratégias na TCC, que se podem aplicar no tratamento da esquizofrenia. O treino de habilidades sociais é bastante eficaz, uma vez que os pacientes com este transtorno possuem poucas competências interpessoais. Pode recorrer-se à terapia familiar, para aliviar a sobrecarga das pessoas que lidam diariamente com esta problemática e, em simultâneo, ajudar o paciente. Note-se que após uma recaída, antecedida por um internamento, é a melhor fase para se dar início à terapia familiar, já que ambas as partes se encontram mais motivadas para participar, reduzindo assim a probabilidade de recaídas, melhorando a independência e funcionamento do paciente (Caballo, 2007. p. 600).

Para que a TCC seja eficaz é fundamental que se estabeleça, entre terapeuta e paciente, uma relação colaborativa de forma a que, posteriormente, haja um trabalho conjunto, avaliando-se crenças do paciente para serem discutidas, de modo a que se verifique se as mesmas são funcionais ou não, para se poderem alterar e reajustá-las à realidade. Como tal, o terapeuta vai utilizar o debate, com objectivo de tornar consciente, no paciente, o seu pensamento distorcido da realidade, para que obtenha o insight, para que posteriormente se sinta mais seguro. No decorrer das sessões é solicitado ao paciente um feedback, de modo a que o terapeuta faça o esclarecimento de qualquer dúvida existente. Na TCC são usadas inúmeras técnicas cognitivas

(identificação, questionamento, correção) relativas aos pensamentos automáticos, às reatribuição e reestruturação cognitivas, o ensaio cognitivo, tal como outros procedimentos terapêuticos referentes a imagens mentais. Nas técnicas comportamentais pode recorrer-se ao agendamento de actividades e, também, a avaliações de habilidade, de prazer, à prescrição de tarefas graduais, a testes da realidade, aos role-play e às técnicas de resolução de problemas (Knapp & Beck, 2008, p. 71).

A TCC defende que o modo como os indivíduos processam/percecionam a realidade vai interferir com a forma de como eles se comportam e se sentem. Ou seja, o principal objectivo desta terapia é corrigir/reestruturar esses tais pensamentos distorcidos, de maneira a que seja viável desenvolver soluções que promovam a mudança e que, em simultâneo, melhorem essas dificuldades emocionais. Podemos designar esses pensamentos como automáticos, isto é, a maior parte dos indivíduos não têm noção de que esses pensamentos sucedem, caso as pessoas não estejam treinadas a identificá-los, influenciando o seu quotidiano. Relativamente aos pensamentos automáticos temos os esquemas que, como referem Clark, Beck e Alford (1999, cit. em Knapp & Beck, 2008, p. 67) são estruturas cognitivas internas, moderadamente duradouras e de armazenamento de natureza genética ou prototípica, de ideias, experiências ou estímulos, que se utilizam para organizar informações novas, de forma significativa, determinando-os como fenómenos que são entendidos e concetualizados”. A elaboração de determinada crença poderá influenciar a formação a posteriori de novas crenças e que, quando persistem, incorporam-se no esquema, acabando por moldar o pensamento da pessoa e favorecendo, assim, subsequentes erros cognitivos. Algumas crenças poderão constituir uma ameaça, segundo o modelo cognitivo, proporcionando um

aumento do risco de surgimento de problemáticas emocionais na depressão (Knapp & Beck, 2008).

Na teoria cognitiva da emoção podem considerar-se dois aspetos negativos relativos a esquemas: o primeiro referindo-se aos graus diferentes de generalização e especificidade; o segundo, relacionado com vários aspectos do sistema, importantes, do funcionamento psicológico ou biopsicossocial e da personalidade. De acordo com os graus de generalização, relacionados com a depressão, Beck et al. (1999) mencionam os níveis: um nível relativo a um grau mais específico de abstracção, encontrando-se esquemas simples como forma de lidar com objetos simples e/ou ideias específicas na nossa convivência física e social; e outro nível de abstracção ou de generalização que se revela numa classe intermediária de pressupostos, regras ou crenças que os indivíduos usariam para as avaliações de si próprios, dos outros e, também, das suas experiências. As crenças intermediárias seriam as menos concretas, mas mais pessoais, aplicadas a uma maior gama de experiências em relação aos esquemas específicos. Na depressão existem determinadas crenças intermediárias que se entendem como regras condicionais tomando a forma de declarações: temos, por exemplo o “se...então”, ou seja, “se eu fizer isto, então o resultado vai ser aquilo” (Beck et al., 2005).

A TCC assenta no pressuposto de que as emoções disfuncionais surgem através de pensamentos distorcidos. Ao integrar estes pensamentos, o sujeito vai alterar os seus comportamentos e os seus padrões sociais. Desta forma, a perceção individual dos acontecimentos de vida aparecem modificados, o que vai gerar comportamentos oscilantes no humor (Ellis & Beck, 1970).

Cordioli (2008) menciona que esta terapia foi desenvolvida por Beck nos Estados Unidos nos anos 60. Inicialmente era uma psicoterapia breve, focada e orientada no

presente com o objetivo de resolução imediata de problemas e alteração de pensamentos e comportamentos disfuncionais na depressão. Mais tarde, Beck realizou algumas mudanças, adaptando este tipo de abordagem para outras perturbações do foro psiquiátrico.

Psicopatologia

Depressão

Aaron T. Beck (Greenberger & Padesky, 1996) foi pioneiro no que toca à compreensão da depressão nos nossos dias, pois em 1960 este autor demonstrou que quando a pessoa se encontra deprimida revela grandes níveis de autocrítica, negatividade em relação ao mundo e ao futuro.

Segundo os autores (Beck & Alford, 2009) existem duas circunstâncias em que é difícil distinguir entre humor depressivo e depressão. Em primeiro lugar há uma semelhança entre as características do humor depressivo normal e da depressão: ambos são descritos baseando-se nos mesmos aspetos apresentados pelos sujeitos, de vazio, tristeza, infelicidade e solidão, podendo estas semelhanças dever-se ao facto de os indivíduos deprimidos utilizarem um vocabulário comum na descrição de um estado psicopatológico. Em segundo lugar, a pessoa deprimida revela um comportamento similar ao de alguém que está somente triste ou infeliz (mas não deprimido), podem ser observadas algumas características vegetativas e físicas muito típicas na depressão. Posto isto, a simetria encontrada entre indivíduos diagnosticados com depressão e humor depressivo em sujeitos considerados normais levou a concluir-se que o conceito patológico é uma exacerbação do conceito normal.

É importante ressaltar que a principal queixa referida pelos sujeitos deprimidos é, regularmente, indicador inequívoco de um diagnóstico de depressão. Essa mesma

queixa principal assenta em pressupostos de índole depressiva, tais como: estado emocional desagradável, mudança de atitude perante a vida e sintomatologia somática de natureza depressiva. De forma geral, a depressão é classificada como um transtorno afetivo, se bem que nem todos os indivíduos referem uma mudança subjetiva no humor. Existem casos em que o sujeito descreve a sua principal queixa como uma alteração nas suas ações, reações e atitudes face à sua vida. A pessoa deprimida pode referir, ainda, sintomas físicos, bastante característicos da depressão como, também, a fadiga, a inércia e/ou perda de apetite. (Beck & Alford, 2009).

Teorias atuais baseiam-se nas características do indivíduo e, também, nas interações pessoa – ambiente, para analisar as várias vertentes da depressão, dando um enfoque especial ao meio social em que as pessoas vivem (Caballo, 2007. p.471).

Um estudo realizado em 2013, pela Direção Geral de Saúde (DGS), sobre saúde mental indica que há uma prevalência anual de perturbações psiquiátricas em Portugal, entre as quais se encontram as perturbações depressivas -7,9%. Neste tipo de patologias, a maior incidência está nas perturbações: depressiva major – 6,8%, dístimia e bipolar - 1%. Segundo a Direção Geral de Saúde torna-se necessário aumentar a intervenção psicológica, tanto individual como em grupo, de modo a fazer face ao elevado número de sujeitos com estes distúrbios. Outro estudo realizado pela DGS, para avaliar qual a percentagem de doentes que recorrem à ajuda de um profissional derivado a problemáticas psicológicas ou emocionais em Portugal, revelou que, em média, há uma procura de psicólogos e psiquiatras em Portugal três vezes maior, em comparação com a União Europeia, havendo, também, um consumo elevado de antidepressivos (DGS, 2013). Do ponto de vista cognitivo-comportamental, Beck (cit. Blatt, 2004, p. 44; cit. Blatt & Zuroff, 1992, p. 528) distingue dois tipos de depressão: de sociotropia e tipo de

autonomia. O primeiro tipo de depressão, define-se por uma procura assídua, por parte do sujeito, de protecção e suporte, ou seja, existe uma necessidade de busca continua em alcançar apoio social e de estabelecer uma interação positiva com outros indivíduos. Perda e rejeição são duas situações temidas pelo receio de que dissipem a gratificação e a segurança que o outro promove. O segundo tipo de depressão caracteriza-se pela predisposição de afastamento das relações previamente estabelecidas pelo indivíduo. Há uma procura constante de autonomia, o que resulta na recusa de ajuda por parte de terceiros. A culpa e o julgamento de si próprio, sobre acções realizadas, acentuam-se neste tipo de patologia. Apesar das diferenças conceptuais e dos autores pertencerem a escolas distintas, ambos revelam preocupação em diferenciar subtipos de depressão, baseando-se nas experiências de vida do sujeito, que podem desencadear uma predisposição para a depressão e não na severidade de sintomas manifestados nesta perturbação (Blatt & Levy, 1998; Blatt & Zuroff, 1992). Blatt e Blass (1992), tal como Blatt e Zuroff (1992) consideram, por unanimidade, que assinalando as diferenças entre os tipos de depressão e ao acreditarem na relevância do relacionamento interpessoal, tal como nos problemas de autodefinição, estes quatro autores enaltecem a importância destas duas variáveis no desenvolvimento da personalidade.

Geralmente, as emoções enriquecem a nossa vivência, mas estas emoções em demasia são, completamente, destrutivas. A depressão inclui não só um sentimento de tristeza, mas também inúmeros sintomas, tanto cognitivos e comportamentais, como físicos e emocionais. Quando estes sintomas são severos, crónicos ou repetitivos acabam por interferir nos relacionamentos pessoais e no trabalho do indivíduo com esta patologia (Greenberger & Padesky, 1996).

A depressão parece ser impulsionada por um sentimento associado à mudança repentina de determinada situação ou acontecimento que surja de forma inesperada na vida do sujeito. A angústia sentida funciona como um alerta de alguma alteração percebida, desencadeando um medo latente que aumenta gradualmente para a perturbação depressiva. Perante novas situações e mudanças exteriores inesperadas, o indivíduo vê-se obrigado a adaptar-se às mesmas, mas quando há a incapacidade de reajuste face a essas situações, o sujeito deprime (Pedinielli & Bernoussi, 2006).

Atualmente, a depressão pode definir-se com base na apresentação, por parte do sujeito, com uma série de características específicas, entre as quais se inserem: alteração específica do humor, com sentimento de tristeza, solidão, autoconceito negativo, associado à auto-recriminação e auto-acusação, desejo regressivo e autopunitivo do indivíduo (querer morrer ou fugir), alterações vegetativas, (insónia, perda de libido e falta de apetite), e alteração da atividade psicomotora (Beck & Alford, 2009).

A perturbação depressiva persistente – distímia – [300.4 (F34,1)] está presente no DSM-V (APA, 2013), e representa a consolidação da perturbação distímica e da perturbação depressiva major, presentes no antigo DSM-IV. Esta psicopatologia pode condicionar a vida do paciente, manifestando-se através de sintomas, tais como a insónia, a fadiga, baixa autoestima, perda de apetite, entre outros.

Esquizofrenia

Considerada como um transtorno psiquiátrico grave, a esquizofrenia afeta cerca de 1% da população mundial. A sua prevalência em mulheres e homens é equivalente, apesar de que no sexo feminino se desenvolva mais tarde, o que evita passar mais tempo no hospital e uma integração social com melhor funcionamento. Mesmo sendo de natureza grave e duradoura, a esquizofrenia pode melhorar progressivamente, com o

passar do tempo e, existem casos em que há uma remissão total da sintomatologia, nos últimos anos de vida. Pode caracterizar-se a esquizofrenia por ter dois tipos de sintomas: positivos e negativos. Os primeiros estão presentes nos comportamentos dos pacientes, nas experiências sensoriais, nas cognições, que pessoas sem esta patologia, não têm (alucinações, delírios, etc.). Enquanto que os segundos, envolvem o embotamento, a apatia, ou seja, tudo o que remeta para a diminuição ou ausência de emoções, cognições e comportamentos, que as pessoas, que não sofrem deste transtorno, costumam ter (Caballo, 2007. p. 591).

A esquizofrenia passou a ser conhecida no meio científico desde o século XVII e, até aos dias de hoje é considerada “loucura”, uma vez que é uma perturbação por conhecer e ainda por solucionar. Trata-se de uma doença devastadora que ataca paciente e meio envolvente. Quando ocorrem surtos psicóticos poderá fazer-se a analogia com o tipo de pensamento mágico-primitivo (Ruiloba, 2002. pp. 460).

O paciente costuma sentir-se injuriado pelas “vozes” da sua alucinação, ou pelas “visões” que observa. Delírios e alucinações são uma constante neste tipo de psicopatologias, o que facilita o diagnóstico de esquizofrenia (Ruiloba, 2002. pp. 462).

Segundo o DSM-V (APA, 2013), a esquizofrenia pertence ao espectro da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos [295.90 (F20.9)]. Nos critérios de diagnóstico é mencionado que o paciente terá de manifestar dois, ou mais, sintomas (delírios, alucinações, discurso desorganizado, etc.), que estejam presentes durante um mês, ou menos tempo, no caso de o paciente ser tratado com sucesso.

O ideal nestas situações é haver uma intervenção de imediato, logo após a primeira ocorrência, apesar de ser complicado pois, muitas vezes, os surtos psicóticos acontecem

mais tarde, ou as pessoas próximas nem sequer estão familiarizadas com esta problemática (Birchwood, Macmillan & Smith, 1996).

A morte de um ente querido pode ser uma fonte de stress, para a pessoa diagnosticada com esquizofrenia, o que requer uma adaptação do indivíduo, de forma a que seja reduzido, ao mínimo, o efeito negativo. Existe três fatores muito importantes nesta perturbação: vulnerabilidade, stress e habilidades para enfrentar. Este último fator tem um papel relevante para gerir melhor tanto a vulnerabilidade, como o stress, que muitas vezes desencadeiam situações negativas, no decorrer da doença e tornam o paciente mais frágil (Caballo, 2007. pp. 593).

Método

Será efetuada uma descrição da amostra, dos instrumentos e procedimentos, dos casos de estudo A e B, que decorreram no CHPL, na unidade de neuropsicologia, durante o estágio académico.

Participantes

A amostra consiste na apresentação de dois casos de estudo (A e B), que serão descritos de forma aprofundada nas suas observação, avaliação e intervenção. O acompanhamento destes dois casos foi feito no antigo hospital Júlio de Matos sendo analisados de modo a que o enfoque se centrasse nas consultas mais importantes, para assim se entender melhor cada uma das situações. Ambos os casos são de pacientes do sexo feminino e com a mesma idade: 52 anos. Efetuou-se o acompanhamento psicológico e após a avaliação chegou-se à conclusão de que o caso da paciente A se tratava de uma perturbação depressiva, por motivos de “mobbing” e morte de familiares chegados e no caso da paciente B referia-se a um transtorno mental crónico (esquizofrenia) tendo como principal factor desencadeante o stress laboral.

Para além destes dois estudos de caso também houve avaliação e acompanhamento de muitos outros pacientes e, por esse motivo, será apresentada uma média dos mesmos (tabela 1). Pode ainda referir-se que as patologias mais identificadas ao longo do estágio académico foram: depressão, distúrbios da ansiedade, demências, deficit cognitivo ligeiro (DCL), psicose e doença bipolar.

Tabela 1 - Estudos de caso

Estudos de Caso	Idade	Pedido	Avaliação Psicológica
A	52	Psiquiatria – devido a esquecimento e cansaço extremos	Observação Entrevista MD-01 – R SCL90 – R
B	52	Psiquiatria – devido a um internamento na Unidade de Psiquiatria do CHPL	Observação Entrevista MD-01 – R SCL90 – R

Tabela 2- Intervenção psicológica dos estudos de caso A e B

Caso de Estudo	Acompanhamento/Nº de Sessões	Verificação de Resultados do Acompanhamento Psicológico
A	28	Observaram-se melhorias significativas
B	-----	-----

Tabela 3 - Estágio académico: avaliações e acompanhamentos realizados

Nº. Total de Pacientes Atendidos	Nº. de Avaliações aos Pacientes	Nº. de Reavaliações aos Pacientes	Nº. de Acompanhamentos	Patologias mais Identificadas
94	42	8	39	Depressão Ansiedade Demências

Instrumentos de avaliação

Foram vários os instrumentos utilizados na avaliação dos estudos de caso A e B, que se irão descrever mais adiante, de forma mais minuciosa, uma vez que se aplicaram várias provas, para chegar a um diagnóstico e, averiguar qual a terapêutica indicada a cada situação.

Observação clínica

A observação em psicologia clínica é um poderoso instrumento de avaliação e acompanhamento, na recolha de informações valiosas do paciente. Alcançar dados subjetivos, como por exemplo, a linguagem verbal e a não verbal, ou seja, ler nas entrelinhas aspetos fundamentais para uma terapêutica de sucesso. A observação do conjunto de atitudes comportamentais consiste numa recolha de dados importantes, que não estão presentes na entrevista, ou nos questionários aplicados, nem dependem da escolaridade do observado. Apesar das vantagens, também existem desvantagens, desde a impossibilidade de registar todas as informações, pela rapidez dos factos ocorridos, aos comportamentos observados, que podem ser influenciados e alterados pela presença do observador (Pedinelli, 2008).

Entrevista clínica

A entrevista clínica é sempre a primeira abordagem com o paciente, através de uma conversa profunda, que se baseia na escuta ativa e empática, por parte do psicólogo clínico. Conseguindo criar uma relação terapêutica, de modo a que o observado se sinta confortável para desabafar e falar à vontade – só assim se poderão obter as histórias de vida e penetrar no mundo privado do ser humano, de modo a alcançar o plano terapêutico mais adequado a cada situação. A entrevista em psicologia clínica é a base de todas as psicoterapias (Bénony & Chahraoui, 2002).

Protocolo de Exploração Neuropsicológica – MD 01 – R

Este protocolo, revisto há cerca de um ano e meio, assenta num conjunto de provas, que são aplicadas a todos os pacientes que se dirigem à unidade de neuropsicologia do CHPL. A bateria de testes será seguidamente descrita de forma sumária (Domingos, 2014).

Análise do discurso

Avalia o tipo de discurso do paciente, ou seja, a sua linguagem, através da observação do psicólogo clínico, que pode ser, por exemplo, organizado com ausência de segmentos psicóticos, confusionais, alterações disártricas ou disfásicas.

KLT - Kettler Laurent Thirreau

Esta prova pretende avaliar a atenção voluntária permanente (ato e estado da atenção). Depende, quase, exclusivamente de factores internos, uma vez que a força dos estímulos externos é nula, ou praticamente inexistente. A atenção voluntária revela uma grande capacidade de síntese mental, apesar de atender pouco ao aspeto afectivo e à estimulação externa. Muitas pessoas obtêm resultados fracos nesta prova, apesar de terem sucesso no que toca aos testes de inteligência. É medida a capacidade do indivíduo de se manter atento mediante uma tarefa pouco atractiva e, ao mesmo tempo, monótona. Alguns pacientes demonstraram uma grande dificuldade em realizar a prova, mesmo tendo compreendido, sem dificuldade, a tarefa e isto pode ser devido a estados anormais, como doenças, emoções fortes, cansaço, etc. A idade também tem bastante influência no que toca às capacidades de atenção e concentração.

A aplicação da prova consiste na apresentação de uma folha A4 (posicionada horizontalmente) ao paciente, folha essa que tem três quadrados desenhados no topo, que terão de ser identificados ao longo das doze linhas, com vinte quadrados cada uma,

sendo que quinze deles não são iguais. As três figuras geométricas que se encontram no cabeçalho da folha são distinguidas pela orientação do seu traço exterior, que poderá estar direcionado ou na vertical, ou na horizontal, ou na diagonal, em qualquer das faces ou arestas do quadrado. Solicita-se ao paciente, que assinale o maior número que conseguir de figuras iguais às três apresentadas no topo da folha de prova (três símbolos), sempre da esquerda para a direita e linha a linha, dispondo de quatro minutos para fazer o teste. Faz-se o cálculo do número de figuras corretas (C), o número das omitidas (O) e das erradas (E), através da fórmula:

$$C - (E+O) / 90 \times 100.$$

Chega-se ao índice de dispersão com a seguinte equação:

$$E/C \times 100.$$

Prova de dígitos

Esta prova avalia a atenção áudio-verbal sendo pedido ao paciente que repita os diferentes números ditos, primeiro por ordem direta (inicia com três números) e depois por ordem indirecta (começa por dois números). São sete parcelas para cada ordem, onde se vai acrescentando um número, o que aumenta a dificuldade de memorização. A maior parte dos indivíduos, que não tem a sua atenção afetada, alcança a terceira, ou a quarta parcela, em ambas as solicitações. Para cotar esta prova, basta somar cada linha de respostas corretas, atribuindo um ponto a cada uma.

Orientação auto-psíquica, temporal e espacial

Como o próprio nome indica, esta prova consiste em avaliar os três tipos de orientação do paciente: auto-psíquica (“como se chama?”), temporal (“em que ano estamos?”) e espacial (“em que país estamos?”). São, ao todo, quinze perguntas (cinco para cada orientação a pesquisar), valendo cada uma um ponto.

Três papeis de Pierre Marie

Neste teste investiga-se a compreensão verbal e são utilizados três papeis (grande, médio e pequeno) e pede-se ao paciente que corresponda às seguintes ordens: pôr o maior de lado; dar o pequeno; guardar o pequeno. Soma-se o número de acções corretas, atribuindo um ponto a cada uma.

Nomeação

Solicita-se ao paciente que identifique oito objectos que lhe são mostrados (valendo um ponto por cada resposta correta). Esta prova analisa o estado da linguagem oral.

Repetição

Logo após serem ditas, uma a uma, nove palavras pede-se ao sujeito que as repita. Cada palavra dita correctamente vale um ponto.

Leitura e execução de ordem/frase

Mostra-se ao indivíduo um cartão com a frase: “Feche os olhos”. Este teste pretende avaliar a linguagem escrita, sendo solicitada a execução da ordem, ou seja, que o paciente feche os olhos. Em seguida convida-se o sujeito a escrever uma frase simples. Cada questão vale um ponto.

Memória verbal imediata/ evocação

Proferem-se cinco palavras, a serem memorizadas: gato; bola; maçã; blusa; cravo (cada uma vale três pontos, somando um total de quinze). Após uma tarefa de interferência (contar por ordem decrescente de vinte até zero), pede-se, novamente, para serem evocadas as cinco palavras. Caso estas não sejam recordadas ajuda-se com a primeira pista (por exemplo: para a palavra “gato”, dá-se a pista “animal”), passando cada resposta certa a valer dois pontos. Caso ainda, com as ajudas, não sejam lembradas

há uma segunda pista (pombo/gato/bola – para o exemplo do gato), valendo cada palavra certa um ponto.

Memória associativa

Verbalizam-se dez pares de palavras, por três fases, havendo as mais fáceis, que estão interligadas (Norte – Sul) e as mais difíceis, que nada têm em comum (escola – mercearia). Assim que se termina de enunciar este conjunto de palavras, diz-se a primeira e pretende-se que o paciente se recorde da que faz par. A cotação é feita com a seguinte fórmula: (fáceis/2) + difíceis, obtendo um total de vinte e um pontos.

Memória visual

Solicita-se ao sujeito que preste bastante atenção à figura que tem à sua frente, porque, depois, é-lhe pedido que a desenhe de memória, ou seja, sem estar a olhar para a imagem, que consiste num quadrado dividido em quatro quadrados e, no interior de cada uma destas divisões, estão outros quatro quadrados divididos em quatro, ainda com dezasseis pequenos pontos, ao centro de cada parte dos últimos quadrados divididos. O total deste teste é de cinco pontos.

Praxia visuo-construtiva

Pede-se ao paciente que copie duas figuras: uma flor e dois losangos em interceção. A cotação vai desde o zero (imperceptível) ao três (reprodução totalmente correta), somando um total de três pontos.

Praxias buco-língua-facial, ideomotora e ideativa

Tal como o próprio nome indica, neste teste são verbalizadas nove ordens simples a serem executadas, para que se avaliem as praxias do paciente. Atribui-se um ponto a cada acção correta.

Gnosias

A autotopagnosia pretende avaliar se existe alguma incapacidade do sujeito em identificar as várias partes do corpo. São quatro os comandos ordenados e cada um vale um ponto.

A gnosia para cores (nomeação de cinco e identificação, também, de cinco) é caracterizada pela incapacidade cerebral de reconhecer estímulos visuais. Acrescenta-se um ponto a cada resposta certa.

A estereognosia está incluída nas funções somestésicas, ou na ausência delas. Solicita-se ao paciente que, de olhos fechados, identifique quatro objectos que lhe são dados para a mão (dois para cada uma). Uma resposta certa vale um ponto, sendo um total de quatro pontos.

De seguida “desenha-se” dois números e duas letras, em cada mão do paciente, encontrando-se este de olhos fechados, avaliando-se, assim, a grafestesia. A soma do total é de oito pontos (um por cada resposta correta).

Por último, no que toca às gnosias, pesquisa-se a presença de uma digitognosia através da identificação de todos os dedos de ambas as mãos. A soma de todas as respostas certas dá um total de dez pontos.

Cálculo

É pedido que os algarismos de zero a nove sejam lidos, na fase da identificação (dez de pontuação máxima) e os quatro sinais de somar, subtrair, multiplicar e dividir (quatro pontos no total).

Na noção de quantidade é pretendido que o sujeito precise qual o maior número, em quantidade, entre duas hipóteses, somando três pontos.

O exercício seguinte serve para avaliar o cálculo mental, através de quatro contas de somar, subtrair, multiplicar e dividir, valendo um ponto cada resposta certa.

A última pergunta referente ao cálculo é a parte escrita estando, apenas, ausente a conta de dividir, sendo três contas a efectuar, obtendo-se três pontos.

Séries de Lúria

Esta prova avalia a actividade grafomotora do paciente e verifica se consegue elaborar uma sequência repetida até ao fundo da folha, ou seja, copiar as figuras pela mesma ordem, apresentadas em duas linhas e com aparência diferente. A folha A4 tem de estar na posição vertical. Se estiverem bem desenhadas somam um ponto cada uma, caso contrário atribui-se zero.

Dinâmica verbal semântica

Neste teste pede-se para que sejam enunciados vinte produtos que se possam comprar num supermercado, o mais rápido possível, uma vez que a prova tem a duração de um minuto e é cotada com vinte pontos.

Sentido crítico para situações absurdas

São lidas duas frases e solicita-se que o paciente indique o que está errado nelas. As duas frases equivalem a dois pontos.

Planeamento

Este exercício consiste no preenchimento de um labirinto, sem atravessar as “paredes”. O objectivo é conseguir sair do labirinto planeando o percurso.

Estruturação grafoespacial

O propósito desta prova é desenhar o mostrador de um relógio grande, com todos os números e com os ponteiros a indicar as onze horas e dez minutos. Pode avaliar-se a existência de disfunção cognitiva. Total de pontuação: dez (se estiverem presentes todos os passos necessários à execução da prova).

Token test

Esta prova complementar tem o intuito de avaliar a compreensão e a execução de ordens verbais obtendo-se a percepção de algum distúrbio ao nível da linguagem. Ao iniciar o teste colocam-se na mesa dez peças grandes (cinco quadrados e cinco círculos) e dez peças pequenas (cinco quadrados e cinco círculos), de várias cores (branco, preto, amarelo, verde e vermelho) dispostas em quatro linhas de cinco unidades cada. São ordenados vários comandos, que a pessoa terá de efectuar, como sobrepor peças ou apontar duas de cor diferente. O total do teste perfaz vinte e duas ordens para executar, sendo que nas dez primeiras se utilizam as vinte peças e doze seguintes só as grandes. É atribuído um ponto por cada execução certa à primeira tentativa e, se for à segunda, atribui-se meio ponto. O paciente que não consiga concretizar a ordem fica sem pontuação.

No final do exame MD01 - R é elaborado um relatório, onde vêm mencionados todos os resultados, que poderão originar um diagnóstico, um prognóstico e um esquema de intervenção, para que os pacientes sejam inseridos na terapia mais adequada.

SCL 90 – R

Do autor Derogatis o SCL-90 – R criado em meados dos anos setenta, é uma prova de natureza multidimensional, que avalia a sintomatologia clínica (Derogatis, 1983 cit. in Soares, 2007). Constituída por noventa frases que manifestam queixas e/ou sintomas de auto-resposta. Estes noventa itens cotados através da escala de Likert, que varia entre zero e cinco, o que equivale a “nunca” e “extremamente”, respectivamente, correspondendo ao nível de mal-estar. Abrange várias dimensões, entre as quais se podem encontrar a depressão (treze itens), a ansiedade (dez itens) e/ou o psicoticismo (dez itens). Este instrumento permite relacionar os sintomas e a intensidade dos

mesmos, possuindo, a nível global, boa consistência interna, tal como a prova em versão portuguesa, que foi concebida por Batista (2003).

Procedimentos

Em primeiro lugar, para que fosse dado seguimento ao estágio de psicologia clínica, procedeu-se a uma reunião na unidade de neuropsicologia, do CHPL, na qual se decidiu que a data de início seria dia 1 de outubro de 2015. A data final do estágio ficou agendada para dia 29 de julho de 2016. O orientador de estágio de psicologia clínica estipulou as tarefas a desempenhar pela psicóloga e, logo no primeiro dia, após esta ter assistido ao decorrer de algumas consultas, fez a primeira avaliação psicológica, que correu bastante bem.

A elaboração de relatórios de avaliação psicológica e reavaliação é efectuada pelos estagiários, para dar continuidade aos processos dos pacientes. Também são marcadas as próximas consultas numa agenda disponível na secretaria do hospital e, em alguns casos dá-se alta aos pacientes, o que significa que as pessoas recuperaram e se traduz no sucesso da terapêutica aplicada pelo psicólogo clínico. Todos os relatórios e atendimentos foram corrigidos e supervisionados pelo orientador de estágio.

O adquirir de competências profissionais para o bom desempenho na futura profissão, tal como a melhor forma de lidar com cada situação que se colocava, foram uma constante. A nível pessoal foi muito enriquecedor, pois durante todos os dias de estágio se aprendiam noções fundamentais para a aplicação de ferramentas imprescindíveis à boa execução do trabalho do psicólogo clínico.

Para além dos pacientes serem acompanhados através do aconselhamento psicológico, também se podia recorrer ao Rehacom, que é um programa computadorizado, muito utilizado em alguns casos de reabilitação e estimulação cognitiva.

Poderia, ainda, recorrer-se aos exercícios de papel e lápis, apesar de serem mais utilizados como trabalhos de casa, para que o paciente estivesse em reabilitação contínua. A maioria dos utentes apresenta melhorias significativas, uma vez que é elaborado um plano de intervenção, específico para cada pessoa, de modo a ir ao encontro das necessidades adequadas para cada problemática.

Uma das tarefas mais interessantes desempenhadas no estágio académico, era apoiar os colegas, que surgiam na unidade de neuropsicologia, de forma a desenvolverem as suas aptidões de psicólogos clínicos, contando, sempre, com o apoio e com o auxílio do orientador de estágio (coordenador da unidade de neuropsicologia do CHPL), tanto para o esclarecimento de dúvidas, como para a criação de ferramentas indispensáveis, para o bom desempenho profissional futuro. Houve bastantes debates e reuniões acerca das melhores estratégias a utilizar, para além de haver, ainda, muita entreajuda e um excelente ambiente de trabalho.

Conclusão

Este trabalho desenvolvido no âmbito do estágio em psicologia clínica revelou-se bastante enriquecedor, na medida em que fez a ponte entre duas realidades distintas: teoria e prática. Os conhecimentos adquiridos foram uma constante, tal como a aquisição de ferramentas úteis para a angariação de uma experiência produtiva e sólida.

Ao longo de dez meses de aprendizagem, é possível concluir uma etapa de objectivos alcançados, em psicologia clínica, onde se praticaram o aconselhamento e a busca de soluções terapêuticas mais adequadas a cada situação apresentada. Muitos foram os pacientes que passaram pelo CHPL e que manifestaram a sua satisfação pelo acompanhamento prestado. A avaliação psicológica efectuada aos indivíduos também decorreu com fluidez, de modo a que todas as pessoas conseguissem entender todo o processo e fossem informadas do que se tratava, para evitar o desconforto de estar num hospital psiquiátrico. O acolhimento revelou-se uma mais-valia poderosa.

A entajuda que se fez sentir por parte de todos os professores, profissionais e colegas foi uma constante, no percurso deste ano lectivo de 2015/2016, o que vem reforçar a ideia de que “a união faz a força!”

Reflexão final

Ao longo dos meses de estágio houve uma aquisição de ferramentas extremamente úteis, para o crescimento profissional. Foi sentida uma grande harmonia na equipa da Unidade de Neuropsicologia do CHPL acontecendo, desde simples sugestões estratégicas, para que cada um desse o seu melhor, até às reuniões de grupo, onde se colocavam questões e se traçavam planos terapêuticos mais eficazes.

Era visível a evolução do desempenho ao nível da psicologia clínica. O orientador em muito contribuiu com as suas sabedoria e experiência, capacitando-nos para um futuro clarificado, no que toca ao exercício da profissão.

O desenvolvimento dos graus de maturidade e autoconfiança foram uma mais-valia neste percurso tão valioso, para além de salientarem potencialidades e limitações na prática da profissão.

Durante este enriquecedor trajeto foi fácil perceber que cada caso é um caso e há que conseguir articular a aprendizagem académica, com o desempenho profissional, alcançando a ponte entre dois mundos: teórico e prático. Este estágio foi, sem dúvida, uma etapa desafiante e inesquecível. A todos os que me acompanharam, desde professores a colegas e, desde amigos a familiares, fica escrito o agradecimento e o carinho imenso, pois sem os mesmos seria impossível dar seguimento a este projeto.

Referências

- Afonso, P., (2007). *Depressão, Muitas Perguntas Algumas respostas*. Lisboa: Lilly.
- Alexander, F. (1989). *Medicina psicossomática: princípios e aplicações* (C. B. Fishmann, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1987).
- Alves, F., Silva, F. L. (2004). *Psiquiatria e comunidade: Elementos de reflexão*. Atas do Ateliers do V Congresso Português de Sociologia.
- American Psychiatric Association (2013). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (5ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Anuais Portugueses de Psiquiatria. (1949). Edição do Hospital Júlio de Matos, Lisboa.
- Bastos, L., Ferreira, D., & Guerra, A. (2014). *Perturbação depressiva. Um Manual de psiquiatria clínica* (pp. 53-77). Lisboa: Lidel.
- Bateman, A., Brown, D., Pedder, J. (2003). *Princípios e prática das psicoterapias*. Lisboa: Climepsi.
- Beck, A, Alford, B. (2001). *O Poder Integrador da Terapia Cognitiva*. Porto Alegre: Artmed.
- Beck, A.T. (1997). *Terapia Cognitiva da Depressão*. Porto Alegre: Artmed.
- Beck, A.T. (2005). The current state of cognitive therapy: a 40 year retrospective. *Archives of General Psychiatry*; Vol. 62(9), p. 953-959.
- Beck, A. T.; Freeman, A.; Davis, D. D. (2005). *Terapia Cognitiva dos Transtornos da Personalidade*. Porto Alegre: Artmed.
- Beck A. T. (2008). The Evolution of the Cognitive Model of Depression and Its Neurobiological Correlates. *American Journal of Psychiatry*, Vol. 165, p. 969-977.

- Beck, A.T. (2009). *Depressão, causas e tratamento*. (2009). Porto Alegre: Artmed.
- Beck, J. (2013). *Terapia cognitivo-comportamental*. Porto Alegre: Artmed Editores.
- Beck, P., Kastrup, M. & Rafaelsen, O. (1986). *Échelles d'anxiété, de manie, de dépression, de schizophrénie*. Paris: Masson.
- Birchwood, M. & Tarrier, N. (1996). *Psychological Management of Schizophrenia*. England: John Wiley & Sons.
- Blatt, S. J., & Blass, R. B. (1992). *Relatedness and self-definition: Two primary dimensions in personality development, psychopathology, and psychotherapy*. Interface of psychoanalysis and psychology. (pp. 399-428). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Blatt, S. J., & Levy, K. N. (1998). *A psychodynamic approach to the diagnosis of psychopathology. Making diagnosis meaningful: Enhancing evaluation and treatment of psychological disorders*. (pp. 73-109). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Blatt, S. J. & Zuroff, D. C. (1992). *Interpersonal relatedness and self-definition: Two prototypes for depression*. *Clinical Psychology Review*, 12(5), 527-562.
- Bock, A., Furtado, O. & Teixeira, M. (2001). *Psicologias Uma Introdução Ao Estudo Da Psicologia*. São Paulo: Saraiva.
- Brito, S. (2008). *A psicologia clínica – procura de uma identidade*. *Revista de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca*, 63-68.
- Butler, A., Chapman, J., Forman, E., & Beck, A. (2006). *The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyses*. *Clinical Psychology Review*, 26(1), 17-31.

- Caballo, V. E. (2007). *Manual para o Tratamento Cognitivo-Comportamental dos Transtornos Psicológicos*. São Paulo: Livraria Santos Editora.
- Chiattonne, H. B. C. (2000). *A Significação da Psicologia no Contexto Hospitalar*. Em V. A. Angerami-Camon (Org.), *Psicologia da Saúde - Um Novo Significado para a Prática Clínica* (pp. 73-165). São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- Clinical Psychology: *Reprint of Witmer's 1907 article*. Witmer, Lightner American Psychologist, Vol 51(3), Mar 1996, 248-251.
- Cordioli, A. (2008). *Psicoterapias, Abordagens Actuais*. Porto Alegre: Artmed.
- Crawford, J. (1996). *The blackwell dictionary of neuropsychology*. Beaumont, J., Kenealy, P., Rogers, M. (Eds.). Blackwell Publishers, Ltd, 108.
- Doron, R. & Parot, F. (2001). *Dicionário de Psicologia*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Domingos, M. (1983). *Boletim da Biblioteca do Hospital Júlio de Matos*. Publicação Trimestral (8), (página 20-25).
- Ferreira, V., & Mousquer, D. (2015). *Observação em psicologia clínica*. Revista de Psicologia da UnC, 2(1), 54-61.
- Flores, A. (1998). *Revista de Psiquiatria* (Hospital Júlio de Matos, Vol.1 – Maio*Julho, 1988). O HJM – Plano Primitivo e Estado Atual Depois da Remodelação.
- Garfield, S. L. (1965). *Historical Introduction*. In B. B. Wolman (Ed.), *Handbook of clinical psychology*. (pp. 125-140). New York: McGraw-Hill Book Company.
- Gil, R. (2007). *Neuropsicología*. Barcelona: Elsevier Masson.
- Girard (R.), "*Pierre Janet, la psychopathologie et la psychothérapie des névroses*", *Confrontations psychiatriques*, núm. II, 1973, 55-82.
- Gonçalves, O. (2014). *Terapias Cognitivas: Teorias e Práticas*. Porto: Edições Afrontamento.

- Greenberger, D. & Padesky, C. A. (1995). *Change How You Feel by Changing the Way You Think*. New York: The Guilford Press.
- Harvey, P. (2012). *Clinical applications of neuropsychological assessments*. Dialogues in Clinical Neuroscience, 14, 91-99.
- Janet, P. (1889). *L'automatisme psychologique*. Essai de psychologie expérimentale sur les formes inférieures de l'activité humaine. Paris: Félix Alcan.
- Laplanche, J., Pontalis, J.B. (1998). *Vocabulário de Psicanálise*. Lisboa: Presença.
- Leahy, R. (2006) *Terapia Cognitiva Contemporânea*. Porto Alegre: Artemed.
- Luria, A. (1976). *The Working Brain: An Introduction To Neuropsychology*.
- Maia, L., Correia, C., Leite, R. (2009). *Avaliação e Intervenção Neuropsicológica*. Porto: Lidel.
- Manning, L. (2012). *A neuropsicologia clínica: uma abordagem cognitiva*. (2ª. ed.). Epigénese Desenvolvimento e Psicologia. Editora: Instituto Piaget.
- Matos, A. C. (2012). *Saúde Mental*. Lisboa: Climepsi.
- Matos, A. C. (2001) *A Depressão, episódios de um percurso em busca do seu sentido*. Lisboa: Climepsi.
- Mendes, T. (2014). *Avaliação neuropsicológica*. Em Manual de psiquiatria clínica (pp. 19-42). Lisboa: Lidel.
- Miranda, A. (2013). *O que é a psicologia clínica?*. Psicologado.
- Pedinielli, J. L. (1999). *Os objetos teóricos da Psicologia Clínica*. Introdução à Psicologia Clínica (1ª. ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Pedinielli, J., Bernoussi, A. (2006): *Os estados depressivos*. Lisboa: Climepsi.
- Pieron, H. (1968). *Vocabulaire de la psychologie*. Paris: PUF.

- Pires, C. (2004). *A Depressão e o seu tratamento Psicológico*. Leiria: Editorial Diferença.
- Powell, V., Abreu, N., Oliveira, I., & Sudak, D. (2008). *Terapia cognitivocomportamental na depressão*. *Revista Brasileira Psiquiatria*, 30(II), 73-80.
- Robinson, R. & Spalletta, G. (2010). *Poststroke depression: A review*. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 55(6), 341-349.
- Ribeiro, J. (2005). *Introdução à psicologia da saúde*. Coimbra: Quarteto.
- Sá, M. (2009). *Neurologia Clínica: Compreender as Doenças Neurológicas*. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa.
- Shirley, M.; Perry, C. (2014). *Aripiprazole (Abilify Maintena): A Review of Its Use as Maintenance Treatment for Adult Patients with Schizophrenia*. Switzerland: Springer International Publishing.
- Siksou, M. (2008). *Introdução à neuropsicologia*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Trindade, I., Teixeira, C. A. J. (2000). *Psicologia em cuidados de saúde primários*. Lisboa: Climepsi.
- Veale, D. & Wilson, R. (2007). *Manage Your Mood*. London: Robinson.
- Widlocher, D. (2001). *As lógicas da depressão*. Lisboa: Climepsi editores.
- Wright, J., Basco, M., Thase, M. (2008). *Aprendendo a Terapia Cognitivo-comportamental*. Porto Alegre: Artemed.

