



Universidades Lusíada

Rodrigues, Ana Luísa de Sousa Alves, 1965-

A saúde mental em contexto de hospital prisional : intervenção psicológica

<http://hdl.handle.net/11067/607>

Metadados

Data de Publicação	2013-11-21
Resumo	O presente relatório resulta do estágio realizado no Hospital Prisional S. João de Deus, tendo por objetivo integrar uma equipa multidisciplinar, dando apoio psicológico de orientação psicodinâmica a dois casos clínicos, não descurando os princípios éticos e deontológicos consagrados para a prática da psicologia clínica. O referido modelo de intervenção permitiu compreender a formação e o desenvolvimento da personalidade, assim como o desenvolvimento de processos patológicos. Os dados foram rec...
Palavras Chave	Hospital Prisional São João de Deus - Ensino e estudo (Estágio), Psicologia clínica - Prática profissional, Psicologia da prisão
Tipo	masterThesis
Revisão de Pares	Não
Coleções	[ULL-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-09-21T09:17:32Z com informação proveniente do Repositório



UNIVERSIDADE LUSÍADA DE LISBOA
Instituto de Psicologia e Ciências da Educação
Mestrado em Psicologia Clínica

**A saúde mental em contexto de hospital prisional:
intervenção psicológica**

Realizado por:

Ana Luísa de Sousa Alves Rodrigues

Orientado por:

Dr.^a Dília Maria Madaleno Bom

Supervisionado por:

Prof.^a Doutora Luísa Maria Gentil Ferreira Carrilho

Constituição do Júri:

Presidente: Prof.^a Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos
Orientadora: Prof.^a Doutora Luísa Maria Gentil Ferreira Carrilho
Arguente: Prof. Doutor Horácio Pires Gonçalves Ferreira Saraiva

Dissertação aprovada em: 21 de Novembro de 2013

Lisboa

2013



UNIVERSIDADE LUSÍADA DE LISBOA

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Mestrado em Psicologia Clínica

**A saúde mental em contexto de hospital prisional:
intervenção psicológica**

Ana Luísa de Sousa Alves Rodrigues

Lisboa

Setembro 2013



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

**A saúde mental em contexto de hospital prisional:
intervenção psicológica**

Ana Luísa de Sousa Alves Rodrigues

Lisboa

Setembro 2013

Ana Luísa de Sousa Alves Rodrigues

A saúde mental em contexto de hospital prisional: intervenção psicológica

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 Luísa Maria Gentil Ferreira Carrilho

Orientadora de estágio: Dr.^a Dília Maria Madaleno Bom

Lisboa

Setembro 2013

Ficha Técnica

Autora	Ana Luísa de Sousa Alves Rodrigues
Coordenadora de mestrado	Prof. ^a Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos
Supervisora de estágio	Prof. ^a Doutora Luísa Maria Gentil Ferreira Carrilho
Orientadora de estágio	Dr. ^a Dília Maria Madaleno Bom
Título	A saúde mental em contexto de hospital prisional: intervenção psicológica
Local	Lisboa
Ano	2013

Mediateca da Universidade Lusíada de Lisboa - Catalogação na Publicação

RODRIGUES, Ana Luísa de Sousa Alves, 1965-

A saúde mental em contexto de hospital prisional : intervenção psicológica / Ana Luísa de Sousa Alves Rodrigues ; coordenado por Tânia Gaspar Sintra dos Santos ; supervisionado por Luísa Maria Gentil Ferreira Carrilho ; orientado por Dília Maria Madaleno Bom. - Lisboa : [s.n.], 2013. - Relatório de estágio do Mestrado em Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada de Lisboa.

I - CARRILHO, Luísa Maria Gentil Ferreira, 1952-

II - BOM, Dília Maria Madaleno, 1970-

III - SANTOS, Tânia Gaspar Sintra dos, 1977-

LCSH

1. Psicologia clínica - Prática profissional
2. Psicologia da prisão
3. Hospital Prisional São João de Deus - Ensino e estudo (Estágio)
4. Universidade Lusíada de Lisboa. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Teses
5. Teses - Portugal - Lisboa

1. Clinical psychology - Practice

2. Prison psychology

3. Hospital Prisional São João de Deus - Study and teaching (Internship)

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

5. Dissertations, Academic - Portugal - Lisbon

LCC

1. HV6089.R63 2013

Agradecimentos

No decorrer da realização deste trabalho, muitas foram as pessoas que para ele contribuíram, pelo que, não sendo possível enumerar todos os que participaram e me ajudaram, passo a referir aqueles que de forma mais direta contribuíram e a quem muito agradeço.

À Professora Doutora Luísa Carrilho, supervisora do estágio, pela forma singular na transmissão do saber, pelo apoio, incentivo e sugestões que foram fundamentais para a execução deste trabalho.

À Professora Doutora Tânia Gaspar, pela forma empenhada que coordena este Mestrado, num esforço continuado de melhoria.

À Dr.^a Dilia Bom, orientadora do estágio, por me ter acolhido tão carinhosamente, demonstrando permanente disponibilidade, dedicação, partilha de conhecimentos que abriram os meus horizontes e pelo exemplo de profissionalismo que me transmitiu como psicóloga. Obrigada pela oportunidade que me proporcionou de ter um estágio tão gratificante.

Ao corpo clínico do Hospital Prisional de S. João de Deus, que permitiu facilmente a minha integração na equipa, prescindindo de algum do seu precioso tempo para responder às minhas perguntas. Um agradecimento especial à Dr.^a Ana Faustino, pelo seu enorme interesse e disposição em colaborar, sempre que foi solicitada alguma ajuda.

Aos pacientes que comigo protagonizaram este período, agradeço com especial apreço, pois ao colaborarem comigo, permitiram que acontecesse a prática psicológica no seu contexto atual.

A todos os meus professores da Licenciatura em Psicologia e do Mestrado em Psicologia Clínica, pela maneira com que me incentivaram a trilhar esse caminho repleto de novos saberes, pela dedicação e ensinamento disponibilizado nas aulas.

Cada um de forma especial contribuiu para a conclusão deste trabalho e consequentemente para minha formação profissional;

À Beta, minha companheira de luta nos últimos 5 anos. Sem ti nada teria sido igual, pois foste a minha força durante este percurso. Juntas passámos por alegrias e tristezas, situações que ainda nos tornaram mais próximas. Obrigada por teres estado lá sempre que eu precisava...

Aos meus pais, por estarem sempre comigo, pelas palavras de apoio e por todo o seu amor... Obrigada por fazerem de mim uma pessoa forte e determinada, por me ensinarem a fazer tudo o melhor possível e por me darem a confiança necessária para realizar os meus sonhos.

Ao Vitorino, pois sem ele não seria possível. Obrigada por tolerares o meu cansaço, as minhas ausências e principalmente as minhas angústias. Obrigada por tornares possível que a nossa vida familiar continuasse o seu percurso sem grandes turbulências e por me fazeres sentir que o amor que nos une resistiria a esta fase da nossa vida.

Às minhas filhas, Joana e Andreia, pela vossa colaboração, compreensão e ternura que sempre manifestaram, apesar da minha ausência e falta de atenção. Agradeço a vossa euforia e orgulho com que sempre reagiram aos resultados académicos que obtive no decorrer destes anos. Espero que todo este meu empenhamento e dedicação vos sirvam de exemplo e estímulo ao longo das vossas vidas.

Sou muito grata aos restantes familiares e amigos, não só pelo incentivo recebido durante este percurso, mas também pelo constante cuidado em não me incomodar em momentos mais exaustivos.

Muito obrigada a todos!

Trate uma pessoa como ela é e assim ficará;

trate uma pessoa como ela pode ser e assim irá ser.

(Goethe)

Resumo

O presente relatório resulta do estágio realizado no Hospital Prisional S. João de Deus, tendo por objetivo integrar uma equipa multidisciplinar, dando apoio psicológico de orientação psicodinâmica a dois casos clínicos, não descurando os princípios éticos e deontológicos consagrados para a prática da psicologia clínica. O referido modelo de intervenção permitiu compreender a formação e o desenvolvimento da personalidade, assim como o desenvolvimento de processos patológicos. Os dados foram recolhidos através da observação, genograma familiar, entrevista clínica e provas psicológicas, nomeadamente o SCL-90-R e o Mini-Mult, que permitiram efetuar o respetivo diagnóstico tendo como indicador o DSM-IV-TR. Os resultados foram analisados à luz dos autores integrantes do enquadramento teórico. Pese embora o tempo de estágio ter sido insuficiente para uma aprofundada intervenção psicológica, os resultados obtidos com os referidos casos clínicos, permitiram aferir que ambos vivenciaram um desenvolvimento infantil problemático, o que pode justificar as patologias apresentadas no momento atual. Em ambos os casos, foi igualmente notória a constante propensão à ideação suicida, situação esta que é bastante comum num ambiente hostil como o sistema prisional.

Palavras-chave: psicologia clínica; apoio psicológico; modelo psicodinâmico; delinquência.

Abstract

The results presented in this report were obtained in a 9 months internship performed in Hospital S. João de Deus. The aim of this internship was to integrate a multidisciplinary team, providing psychodynamic support to two clinical cases, not forgetting the ethical and deontological principles enshrined in the practice of clinical psychology. This model allowed to understand the patients' formation and development of personality, as well as the development of pathological processes. Data were collected through observation, familiar genograms, clinical interviews and psychological tests, such as SCL-90-R and Mini-Mult, which allowed to make the diagnosis with the appropriate indicator as the DSM-IV-TR. The results were analyzed based on the literature. Despite the fact that the time of the internship was insufficient for a deeper psychological intervention, the results in these clinical cases, allowed to verify that both experienced problematic childhood, which might explain the pathologies presented nowadays. Also, in both cases, the patients had constant propensity to suicide, a situation that is quite common in a hostile environment, such as the prison system.

Keywords: clinical psychology; psychological; psychodynamic model; delinquency.

Índice

Introdução	1
Caraterização da Instituição	2
O estabelecimento prisional.....	2
Missão	3
População.....	4
Serviços.....	4
Recursos humanos.....	6
Formação	7
Normas e regulamentos.....	7
Atividades	9
O Papel do Psicólogo Clínico	10
Psicólogo clínico.....	10
Psicólogo clínico no sistema jurídico-penal.....	12
Psicólogo clínico no HPSJD.....	14
Ética e Deontologia em Psicologia	16
Enquadramento Teórico.....	19
Saúde mental	19
Violência e psicoses	23
Perturbações da personalidade	26
Perturbações do humor	32
Objetivos Propostos para o Estágio Académico.....	36
Metodologia.....	36
Participantes.....	36
Procedimento	37
Instrumentos.....	37
Entrevista clínica/psicológica.....	38
Genograma familiar.....	41
Provas psicológicas	42
Fundamentação da intervenção psicológica	48
Casos Clínicos.....	52
Outras Atividades Realizadas	82

Acompanhamento de outros casos clínicos	82
Reuniões comunitárias	82
Reuniões Clínicas	83
Atividade conjunta “Pensar, Agir e Sentir”	84
Ações de formação/sensibilização	85
Participação em congresso.....	87
Conclusão	87
Reflexão Final	89
Referências	90

Lista de Tabelas

Tabela 1. Pessoal que presta serviço no HPSJD	6
Tabela 2. Tipos de Perturbações de Humor	34
Tabela 3. Diagnóstico multiaxial	61
Tabela 4. Diagnóstico multiaxial	76
Tabela 5. Descrição sumária de outros casos clínicos	82
Tabela 6. Ações de formação/sensibilização.....	86

Lista de Figuras

<i>Figura 1.</i> Genograma familiar do Paciente Identificado	52
<i>Figura 2.</i> Perfil sintomatológico do SCL-90-R.....	59
<i>Figura 3.</i> Perfil sintomatológico do Mini-Mult	60
<i>Figura 4.</i> Genograma familiar do Paciente Identificado	67
<i>Figura 5.</i> Perfil sintomatológico do SCL-90-R.....	74
<i>Figura 6.</i> Perfil sintomatológico do Mini-Mult	75

Lista de Abreviaturas, siglas e acrónimos

- APA - American Psychiatric Association
- APAV - Associação Portuguesa de Apoio à Vítima
- CEPF - Centro de Estudos e Formação Penitenciária
- DGRSP - Direcção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais
- DGSP - Direcção-Geral dos Serviços Prisionais
- EP - Estabelecimento Prisional
- HPSJD - Hospital Prisional de São João de Deus
- OPP - Ordem dos Psicólogos Portugueses
- VIH - Vírus da Imunodeficiência Humana

Introdução

O presente relatório tem como objetivo descrever as atividades desenvolvidas durante o estágio académico, desenvolvido no Hospital Prisional de S. João de Deus (HPSJD), no período compreendido entre Outubro de 2012 e Julho de 2013.

A opção de efetuar estágio prendeu-se essencialmente pela imensa vontade de aprender em contexto de trabalho, bem como desenvolver competências no âmbito do saber ser e saber fazer, facultando uma maior confiança e uma perspetiva mais abrangente. O estágio estimula a construção de uma identidade profissional, que embora prematura, nos torna conscientes de nós próprios, das nossas aptidões e fragilidades. Essa identidade vai sofrendo sucessivas modificações ao longo do tempo.

Na primeira parte deste relatório faz-se a caracterização do local de estágio, na qual se inclui a sua missão, as suas valências, áreas de intervenção e população-alvo que o constitui.

Após a contextualização da instituição, é dada relevância ao papel do psicólogo clínico, quer no seu geral, quer especificamente nos serviços prisionais e mais concretamente no HPSJD, não descurando os princípios éticos e deontológicos consagrados para a prática da psicologia clínica.

No enquadramento teórico, é efetuada uma revisão bibliográfica, tendo em vista obter informações sobre a temática da saúde mental e patologias frequentes em contexto de hospital prisional, sempre relacionando com a delinquência e seus preditores.

A segunda parte do relatório aborda a metodologia utilizada no estágio, destacando-se dois casos clínicos, bem como a fundamentação teórica da intervenção, a avaliação psicológica realizada e subsequentes diagnósticos, sustentados pelo DSM IV-TR, da American Psychiatric Association (APA).

O presente relatório culmina com a conclusão e reflexão final, sendo que a primeira pretende dar uma visão integradora de todo o trabalho desenvolvido ao longo do estágio. Por sua vez, a reflexão final espelha toda a aprendizagem e experiência profissional adquiridas, o desenvolvimento de relações interpessoais, e principalmente o crescimento enquanto pessoa.

Caraterização da Instituição

O estabelecimento prisional

O Hospital Prisional São João de Deus está situado no Concelho de Oeiras. A sua criação remonta a 1951, tendo funcionado inicialmente na dependência das antigas cadeias de Lisboa - Limoeiro, Monsanto e Mónicas, com a designação de Prisão-Hospital de S. João de Deus. Em 1962 foi inaugurado como estabelecimento autónomo, com a denominação que ainda hoje apresenta, enquadrado na Direcção-Geral dos Serviços Prisionais (DGSP).

Na sequência da recente aprovação da lei orgânica do Ministério da Justiça, foi criada, através do Decreto-Lei 215/2012, de 28 de Setembro, a Direcção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais (DGRSP). Esta resultou da reunião, num único organismo, da DGSP e da Direcção-Geral de Reinserção Social, permitindo assim uma atuação integrada e coerente em áreas que de alguma forma estão ligadas ou que se complementam, ou seja, permite uma intervenção centrada no indivíduo, desde a fase pré-sentencial até à sua libertação, preparando oportunidades de mudança e de reinserção social. Assim, a missão da DGRSP passa por desenvolver políticas de prevenção criminal, de execução de penas e medidas, mas também de reinserção social, gerindo, em articulação, tanto o sistema prisional como o educativo.

Até que a lei orgânica do HPSJD seja publicada, este continua a funcionar segundo o organograma aprovado anteriormente. Assim, a estrutura formal máxima deste hospital consiste no Diretor e nos seus três adjuntos, respetivamente da Área do

Tratamento Penitenciário e Execução das Penas, da Área da Administração, Apoio Geral e Jurídica e da Área da Farmácia, Económica e Contabilidade.

Missão

Desde a sua origem, o HPSJD tem como missão acompanhar, em consulta externa e/ou internamento hospitalar, os reclusos doentes de todos os estabelecimentos prisionais, visto ser a única unidade hospitalar do país especializada na prestação de cuidados de saúde para a população reclusa.

Compete, igualmente, ao HPSJD, no âmbito das estratégias definidas pela DGRSP, assegurar o funcionamento de um centro de aquisição, controlo de stocks e distribuição de medicamentos para todos os estabelecimentos prisionais e de um serviço de patologia que assegure a recolha dos produtos e a realização das respetivas análises, às populações reclusas dos estabelecimentos prisionais da área da grande Lisboa.

Este hospital é simultaneamente um Estabelecimento Prisional (EP), com grau de complexidade de gestão elevado e segurança elevada, situação que permite receber qualquer tipo de recluso, independentemente do grau de perigosidade.

Assim sendo, está equipado com um serviço de vigilância, o qual está a cargo do Corpo da Guarda Prisional, promovendo estes a segurança interna do perímetro da instituição, assim como escoltar os reclusos doentes nas suas saídas ao exterior, como sendo ao tribunal, outro estabelecimento hospitalar, entre outras situações. Desta forma, os reclusos recebem tratamento médico conciliado com o procedimento penitenciário, onde existem regras e rotinas diárias rígidas, vigilância 24 horas por dia, janelas com gradeamento e portas trancadas.

O HPSJD rege-se por princípios de dedicação exclusiva ao serviço do interesse público, observando os valores fundamentais e princípios da atividade clínica e da atividade administrativa.

População

O HPSJD tem capacidade para acolher 191 doentes, distribuídos da seguinte forma: 128 no pavilhão clínico e 63 na clínica de psiquiatria e saúde mental. De salientar que a população reclusa deste hospital tem uma lotação bastante oscilante, pois a sua permanência é temporária, isto é, na sua maioria apenas ficam uns dias sujeitos a determinadas terapêuticas, regressando ao seu EP de origem, tão rápido quanto possível. O internamento dos reclusos atende apenas a critérios médicos, não havendo qualquer separação entre reclusos preventivos e condenados, primários e reincidentes ou entre jovens adultos e idosos. Sempre que não é possível ao HPSJD atender a uma necessidade clínica do recluso, o mesmo é enviado para um hospital civil ou particular.

Serviços

O HPSDJ é composto por três edifícios principais: o Pavilhão Administrativo, o Pavilhão Clínico e a Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental. Possui ainda outras estruturas complementares, como sendo o edifício da portaria e vigilância; o edifício das consultas externas e oficinas, locais destinados a reclusos que se ocupam da manutenção do hospital, pois encontram-se em regime aberto; a capela e um campo de futebol cinco, que serve também de local de recreio.

É no Pavilhão Administrativo que a direção e adjuntos deste hospital prestam serviço, assim como o pessoal cujas funções são administrativas. Neste local, pode encontrar-se a área económica; os recursos humanos; a contabilidade, que trata tanto assuntos relacionados ao pessoal afeto ao hospital, como também assuntos relativos aos reclusos; e a secção dos reclusos, que centraliza e administra os processos dos reclusos.

O Pavilhão Clínico é composto por cinco pisos nos quais funcionam as seguintes especialidades médicas: cirurgia geral, cirurgia plástica, infeciologia, cardiologia, dermatologia, estomatologia, fisioterapia, gastroenterologia, medicina interna,

oftalmologia, ORL, ortopedia. Prevê-se, a curto prazo, a existência da especialidade de urologia.

O HPSJD dispõe de um Bloco Operatório equipado para a realização de pequenas e grandes intervenções nas áreas da cirurgia geral, cirurgia plástica e ortopedia. Só em 2012, no que diz respeito ao movimento do bloco operatório, foi possível efetuar 247 pequenas cirurgias e 134 grandes cirurgias. Das primeiras fazem parte, maioritariamente, quistos dermóides, desbridamento de feridas, limpeza cirúrgica de feridas, enquanto as grandes cirurgias incluem maioritariamente hérnias, hemorroidas, sinus e retirada de material de osteossíntese.

De salientar a existência de um serviço de fisioterapia, o qual serve não só os doentes internados, como também efetua tratamentos a reclusos em regime ambulatorio. Existe também uma unidade de isolamento masculino e feminino, cujos doentes sofrem de doenças infecto-contagiosas.

Neste pavilhão, realizam-se exames complementares de diagnóstico, tais como audiogramas, ecografias, eletrocardiogramas, eletroencefalogramas, radiografias e endoscopias digestivas e urológicas.

Embora se trate de um hospital maioritariamente de homens, verifica-se a existência de uma enfermaria feminina, na qual se encontram internadas mulheres, independentemente da patologia apresentada.

A Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental foi criada através do Decreto-Lei n.º 469/88, de 17 de Dezembro, sob a designação de Serviço Psiquiátrico, estando, desde essa época, inteiramente vocacionada para a assistência clínica, em regime ambulatorio ou de internamento, a reclusos que apresentem perturbações do foro psiquiátrico. Para além da especialidade de psiquiatria, existe também neste serviço um gabinete de psicologia.

Caso os reclusos apresentem outro tipo de patologia, a nível físico, que justifique o seu internamento no pavilhão clínico, o seu acompanhamento psiquiátrico será efetuado nesse pavilhão.

Enquanto permanece no hospital, o recluso pode contar com o apoio de um técnico dos Serviços de Educação e Ensino, que se encontram localizados no Pavilhão Clínico e na Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental. Estes têm por missão o acolhimento inicial dos reclusos, contacto com os seus familiares e acompanhamento dos reclusos doentes em termos psicossociais e jurídico-penais. Procedem igualmente à elaboração de pareceres e informações relativos à vida penitenciária dos internados e para saídas administrativas, assim como encaminhamento de pedidos de modificação da execução da pena.

Recursos humanos

Para além da Direção, presta ainda serviço neste hospital, entre trabalhadores dos mapas da DGSP e prestadores de serviços, o pessoal constante na tabela 1:

Tabela 1. Pessoal que presta serviço no HPSJD

Especialidades /Categorias	Nº
Médicos	34
Enfermeiros	74
Técnicos superiores	6
Psicólogos	2
Farmacêuticos	2
Técnicos de diagnóstico e terapêutica	13
Fisioterapeutas	3
Coordenador técnico	1
Assistentes técnicos	19
Auxiliares de ação médica	32
Assistentes operacionais	25
Auxiliares de limpeza	13
Assistente religioso	1
Elementos dos serviços de vigilância	76

Enquanto organismo público, a maioria do pessoal do hospital está afeto ao mapa de pessoal da DGSP, no entanto, dado o número de trabalhadores ser escasso, tornou-se imprescindível recorrer à contratação de médicos, enfermeiros e técnicos em regime de avença e prestação de serviços por contrato celebrado com uma empresa (Ministério da Justiça, 2010).

O número de reclusos com ocupação laboral é bastante reduzido, dada a especificidade deste hospital. No entanto, pode ainda assim contar com reclusos/pacientes que se ocupam da sua manutenção, executando funções de pedreiro, pintor de construção civil, canalizador, serralheiro e jardineiro.

Formação

No que respeita a formação profissional, o HPSJD tem realizado ações de formação no Centro de Estudos e Formação Penitenciária (CEPF), cujos formadores foram, entre outros, os adjuntos do Diretor e o chefe dos guardas. Pretende-se com estas ações de formação abranger todos os grupos profissionais, nomeadamente médicos, enfermeiros, técnico auxiliares de diagnóstico, assistentes técnicos, assistentes operacionais, subchefes e guardas prisionais, focando temáticas de extrema importância para o exercício das suas funções. Pode apontar-se como exemplo de uma ação de formação ministrada no CEPF, por uma adjunta do Diretor do HPSJD, por 2 médicos e 2 enfermeiros, sob o tema: “Intervenção Técnica na Prevenção e Cuidados de Saúde em Meio Prisional” (Ministério da Justiça, 2010).

Normas e regulamentos

O funcionamento do HPSJD segue os moldes de qualquer outro hospital, tendo apenas a particularidade de seguir medidas de segurança próprias de um EP, conforme citado anteriormente.

Assim, de acordo com o Decreto-Lei nº 51, de 11 de Abril de 2011, o recluso, durante a sua permanência no hospital, usará a roupa fornecida pelo mesmo, a qual consiste num pijama/farda e num roupão. Pode ainda usar roupa interior e t-shirts

próprias, no entanto, esta unidade orgânica não assegura a respetiva manutenção. A roupa do recluso fica guardada em armazém, sendo devolvida aquando da sua saída.

Ao darem entrada neste hospital, os reclusos, se assim o entenderem, podem informar a sua família de que ali se encontram internados, através de um contacto telefónico a partir dos Serviços de Educação. A partir dessa altura, é-lhes dada a possibilidade de realizar uma chamada diária, apenas de 2ª a 6ª feira, utilizando as cabines telefónicas instaladas nos respetivos pisos. Para tal, possuem um cartão de utente, vertente telefónica, que habitualmente lhes é fornecido no EP de origem. De salientar que para fazerem chamadas fora do horário acima descrito, torna-se necessário solicitar autorização por escrito ao Diretor do hospital.

No tocante ao regime de visitas, o recluso apenas poderá receber três pessoas em cada período de visita, desde que devidamente acreditados, ou seja, desde que sejam possuidores do cartão de visitante emitido pelo EP de origem. No entanto, se o recluso pretender receber a visita de um outro familiar, terá de efetuar um pedido por escrito ao Diretor do HPSJD, sendo este deferido ou indeferido, mediante a informação transmitida pelo Serviço de Educação. O horário das visitas difere consoante o serviço em que o recluso se encontra internado.

O recluso pode receber e expedir correspondência, diariamente, através dos serviços de vigilância. Se o recluso não puder ler e/ou escrever, pode esta tarefa ser cumprida por pessoa da sua confiança ou por um funcionário designado para o efeito pelo Diretor do hospital.

Os reclusos têm ainda direito a usufruir de duas horas de recreio diário, exceto os que se encontram nos quartos de isolamento do serviço de infeciologia, salvaguardando o seu estado de saúde e o dos restantes reclusos. Como citado anteriormente, este momento é passado no campo de futebol, o qual não é abdicado por nenhum recluso, visto ser considerado um privilégio e a única forma de contacto com o ar livre.

Se estes tiverem fundo de uso pessoal disponível, têm a possibilidade de levantar 35€ por semana, mediante pedido prévio por escrito, mencionando o montante pretendido. A entrega desse dinheiro decorre duas vezes por semana, às terças e quintas-feiras.

A alimentação dos reclusos é fornecida pelo hospital, tendo sempre em conta as necessidades e condições de saúde dos doentes. Segundo o Regulamento Geral dos Estabelecimentos Prisionais, as visitas dos reclusos podem trazer, uma vez por semana, pequenas quantidades de alimentos embalados, com o peso máximo de 1Kg. Além disso, o recluso pode ainda adquirir produtos alimentares e outros no bar/cantina, solicitando-os à pessoa encarregue dessa tarefa no piso em que se encontra.

Atividades

A maioria dos reclusos internados neste hospital encontram-se física e/ou psicologicamente debilitados, pelo que a ocupação dos tempos livres é uma atividade não muito desenvolvida. Assim sendo, existem zonas de convívio nas copas das alas de cada piso do pavilhão clínico, onde os reclusos se juntam para jogos de cartas ou outros.

O serviço de terapia ocupacional promove e dinamiza sessões de atividades lúdicas/jogos coletivos. Ocasionalmente realizam-se torneios de futebol (entre os reclusos do hospital e reclusos de outros estabelecimentos prisionais ou ainda outras equipas); sessões de jardinagem; sessões de *atelier* de pintura e cerâmica, sessões de culinária e sessões de visionamento de filmes, seguidas de discussão sobre o tema dos mesmos. Realizam-se torneios internos de *snooker* e sueca para os doentes internados na clínica de psiquiatria.

Existem duas bibliotecas no hospital, sendo uma delas no Pavilhão Clínico e a outra na Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental, as quais dispõem no total cerca de 3000 livros. Cada recluso pode consultar a listagem disponível no seu piso, escolher o

livro, num máximo de dois e preencher a requisição que entrega ao guarda prisional do piso.

Promove-se a leitura através de atividades levadas a cabo em colaboração com o Instituto do Livro e das Bibliotecas - Ministério da Cultura, sendo exemplo disso a realização de concursos de poesia e de conto e a deslocação de escritores ao hospital. De referir que no corrente ano, decorre no hospital, um concurso de escrita intitulado “Tenho um sonho”.

É de salientar ainda a dinamização das bibliotecas do Pavilhão Clínico através dos encontros de leitura, promovidos pelo grupo de voluntários da Santa Casa da Misericórdia de Oeiras, com uma periodicidade semanal.

Por outro lado, a Associação de Ação Social da Universidade Lusíada efetua visitas semanais de carácter lúdico e social, quer no pavilhão clínico, quer na Clínica de Psiquiatria.

Aos sábados e dias festivos, são celebradas missas na capela do hospital, sendo estas asseguradas por um assistente nomeado para o efeito.

Por fim, em datas específicas, como na Páscoa e Natal, são realizados convívios entre os reclusos e respetivos familiares, espetáculos vários que, muitas vezes, podem contar com a presença de artistas (Ministério da Justiça, 2010).

O Papel do Psicólogo Clínico

Psicólogo clínico

Foi após a II Guerra Mundial que as transformações da psiquiatria conduziram ao aparecimento de necessidades nos domínios da observação clínica, da avaliação, da análise psicopatológica e das psicoterapias. No entanto, só em 1947, a Associação Psicológica Americana reconhece a psicologia clínica como disciplina, propondo que os programas de formação e de investigação sejam revistos e que sejam implementadas inovações no ensino da mesma, nomeadamente cursos de psicologia geral, de psicologia dinâmica do comportamento, de métodos de diagnóstico, de

investigação e de terapia, complementados com um ano de estágio (Ribeiro & Leal, 1996).

Assim sendo, e decorrente destas condições formaram-se as primeiras gerações de psicólogos clínicos. Pode definir-se a identidade de um psicólogo clínico através do domínio de teorias, de técnicas e métodos compatíveis entre si, tendo em vista atingir a “verdade psicológica” do sujeito em causa e, conseqüentemente encetar um processo de intervenção (Pardinielli, 1999).

Ao longo dos últimos anos, verificou-se um aumento no número de psicólogos em contexto hospitalar. Assim, não se encaram apenas os aspetos físicos, mas também os aspetos emocionais da doença, porque o ser humano é considerado na sua globalidade, isto é, como bio-psico-social. Na sua prática clínica, o psicólogo depara-se com situações muito delicadas, cabendo a este profissional mostrar o que pode oferecer em termos de atuação e ajuda ao paciente (Salto, 2007).

No âmbito da saúde mental, o psicólogo clínico, enquanto membro de uma equipa multidisciplinar, tem como função contribuir para os objetivos do grupo, os quais podem organizar-se essencialmente em cinco áreas distintas: diagnóstico, tratamento, ensino e treino, investigação e prevenção. No que diz respeito ao diagnóstico e ao tratamento, este profissional tanto pode intervir através do exame psicológico (utilizando entrevistas e baterias de testes psicológicos), conciliando técnicas particulares que contribuem de forma original para o trabalho clínico, como também pode intervir através das psicoterapias (Ribeiro & Leal, 1996).

Relativamente aos cuidados de saúde primários, é solicitado aos psicólogos clínicos a prestação de serviços de consulta psicológica individual, assim como a sua intervenção em projetos de saúde e em múltiplos problemas de caráter humano e institucional (Trindade, 1999).

É através de técnicas e métodos específicos que o psicólogo estuda, analisa e interpreta os mecanismos e processos mentais, comportamentos humanos individuais

e coletivos, aplicando os seus conhecimentos na adaptação e desenvolvimento do ser humano, seja no plano pessoal, social, educativo e profissional (Pedinielli, 1999).

Pretende-se que, com a sua intervenção, se promovam competências no sujeito, de forma a serem aplicadas perante as dificuldades do dia-a-dia e para que este usufrua de uma vida em sociedade com o máximo de estabilidade. Para tal, é necessário criar um espaço onde as angústias do sujeito possam ser contidas e onde os seus processos defensivos sejam interpretados (Brito, 2008).

É importante realçar que existe um consenso profissional internacional de que a supervisão da prática da psicologia clínica deve ser um componente central da formação e dos processos de certificação para psicólogos clínicos. Inclusive alguns órgãos profissionais e autoridades de registo, nomeadamente na Austrália, especificam requisitos mínimos de horas de supervisão de experiência profissional, antes que os psicólogos clínicos possam beneficiar de uma prática independente. Neste sentido, formadores e formandos de psicologia clínica concordam que a prática supervisionada é um componente vital de formação nesta mesma área (O'Donovan, Halford, & Walters, 2011).

De salientar que a prática do psicólogo também contempla atividades de pesquisa e investigação, utilizando os respetivos resultados na prática clínica, assumindo este profissional um papel de responsabilidade na comunidade. Além disso, também tem de possuir competências relacionadas com áreas educacionais, sociais e organizacionais ligadas à saúde (Pedinielli, 1999; Trindade, 1999).

Psicólogo clínico no sistema jurídico-penal

A década de oitenta foi decisiva na importância que o sistema jurídico-penal passou a atribuir aos psicólogos. Em 1986, verificou-se uma entrada significativa destes profissionais quer na DGSP, quer no Instituto de Reinserção. No entanto, torna-se difícil contabilizar qual o número exato de psicólogos que presta serviço no sistema jurídico-penal, não só por estes estarem espalhados por várias instituições

empregadoras, como também pelo facto destes terem designações funcionais diversificadas, como por exemplo Técnico de Reinserção Social, Técnico Superior de Reeducação, Técnico Superior, entre outros (Gonçalves, 1993).

Referindo-se ao trabalho dos psicólogos em contextos prisionais, Gonçalves (2007) afirma que não existe nenhuma área do trabalho da psicologia com a capacidade de representar simultaneamente tanto desafio, tanta versatilidade e tanto risco.

A literatura sobre a psicologia nas prisões reconhece os desafios do trabalho terapêutico em contexto prisional, dado que inclui um elevado nível de estudos de casos com graves perturbações de personalidade, assim como o envolvimento com casos de atos criminosos, altamente traumáticos. Os autores referem um relato pessoal de um psicólogo que trabalha há longos anos neste contexto, o qual afirma que as dificuldades que enfrentou são características comuns na maioria das prisões: ambiente hostil e a constante ameaça de perigo físico. É ainda assinalada a dificuldade na construção de uma relação de confiança, essencial no trabalho terapêutico e importante para a reabilitação do infrator (Rohleder, Miller, & Smith, 2006).

As prisões habitualmente beneficiam das competências estabelecidas por psicólogos clínicos, pois estes fornecem uma ampla gama de serviços e o espectro de psicopatologia que encontram diariamente, requer a aplicação de um conjunto amplo de habilidades (Guerra, 2008).

Os serviços de saúde mental, em contexto prisional, implicam triagem, avaliação, diagnóstico, terapia individual, trabalho em grupo, intervenção na crise e planeamento de tratamento com grupos de delinquentes múltiplos. Estes grupos podem englobar toda uma gama de psicopatologias ou apenas infratores assintomáticos, os quais têm, constitucionalmente, direito a receber cuidados de saúde mental (Teixeira, 2004).

Além disso, os psicólogos dos estabelecimentos prisionais podem ainda fornecer treino e supervisão para os diferentes níveis de pessoal da instituição, colaborar com outros profissionais de saúde, desenvolver, implementar e avaliar programas de intervenção (Magaletta et al., 2011).

De salientar que, em situações mais drásticas, tais como durante e depois de distúrbios na prisão, situações que envolvam reféns, desastres naturais ou mesmo outros eventos traumáticos, os psicólogos clínicos dão apoio às pessoas que prestam serviço nesses mesmos estabelecimentos e respetivos familiares. Também desempenham um papel fundamental na redução da tensão, pois o potencial para explosões violentas entre os reclusos é muito grande e os possíveis ataques contra os que ali prestam serviço é uma preocupação constante (Hawk, 1997; Magaletta et al., 2011).

De uma forma mais ampla, pode afirmar-se que os psicólogos clínicos, nos estabelecimentos prisionais, esforçam-se por manter um ambiente saudável para todos que ali se encontram (Hawk, 1997).

Psicólogo clínico no HPSJD

À semelhança de todo o sistema penal, também no HPSJD a maior parte dos psicólogos desempenham o cargo de técnico superior de reeducação. São tarefas inerentes a este cargo a elaboração de pareceres legalmente exigidos, nomeadamente em saídas jurisdicionais e liberdades condicionais; acolhimento do recluso e familiarização com as regras do estabelecimento; plano de readaptação individual do recluso; acompanhamento durante o seu internamento; mediação dos contactos com a família do recluso e/ou com embaixadas, em caso de estrangeiros, e acompanhamento das famílias nos preparativos dos funerais de reclusos.

Estão ainda incumbidos de, em conjunto com os outros serviços hospitalares, promover o equilíbrio emocional do recluso, desempenhando o importante papel de

continente das suas preocupações, frustrações, dores físicas e emocionais, situações de imobilidade, dependência e perdas.

De referir também, a criação de espaços de aconselhamento psicológico, visando abordar temáticas específicas, como sendo a saúde física e mental, estilos de vida e comportamentos protetores de saúde. Nos casos em que o curso da doença orgânica é acompanhado do compromisso das funções intelectuais da personalidade, são igualmente criados programas de intervenção e de reabilitação neuropsicológica (Gante, 2004).

O contexto em que os psicólogos do HPSJD intervêm baseia-se, essencialmente, no modelo de intervenção na crise, fundamentada pelas exigências de uma determinada situação indutora de *stress*, as quais, por vezes, são desproporcionais aos recursos que o indivíduo possui, gerando tensão ao nível biológico, psicológico e social (idem, 2004). Assim, para lidar com estas situações, os reclusos necessitam de desenvolver estratégias de adaptação, tendo em vista corrigir a interação perturbada entre os mesmos e o meio ambiente (Pinheiro & Cardoso, 2011).

Por outro lado, é imperativo promover *holding environment*, pois as contingências de um internamento hospitalar, acrescido à execução de uma medida privativa de liberdade, acabam por acarretar comportamentos de greve-de-fome, automutilações, ingestão voluntária de corpos estranhos, intoxicações voluntárias e tentativas de suicídio. Estes acontecimentos surgem vinculados a perturbações de personalidade, às dificuldades de adaptação do meio e à incapacidade na resolução de conflitos, pelo que a intervenção passará pela elaboração mental efetuada a todo o momento, assim como a melhoria do pensamento no contexto de uma relação sustentada (Gante, 2004).

É ainda importante que o psicólogo clínico promova no paciente a elaboração e aceitação da doença, permitindo, desta forma, que este último conquiste uma melhor

qualidade de vida. No caso de um paciente em fase terminal, é indispensável que este mesmo profissional o apoie na preparação para o processo de morte, tentando compreender qual o seu sentir, e fazendo-o perceber que está acompanhado neste período existencial tão solitário e muitas vezes bastante temido (idem, 2004).

Uma questão fundamental para o papel a desempenhar pelo psicólogo clínico nesta instituição, prende-se com o conhecimento das leis que regem a reclusão, pois evita a ocorrência de erros que poderiam ser prejudiciais a si mesmo e aos visados, facultando informações sobre a forma como a sociedade os vê, assim como possibilitando compreender aquilo com que estes foram defrontados (Pediñelli, 1999).

Ética e Deontologia em Psicologia

Quando nos referimos ao papel do psicólogo clínico, é crucial focar aspetos relativos aos Princípios Éticos e Deontológicos que norteiam a prática profissional do mesmo.

Para que uma profissão seja pautada por elevados padrões de excelência, obediência a regras e consecução dos bens, torna-se necessário um processo de aprendizagem de competências e habilidades relativas à respetiva área de atuação (Miranda, 2008).

A ética desempenha um papel primordial no campo profissional, visto que para alcançar o sucesso em qualquer profissão, é imperativo fazê-lo segundo rigorosos princípios éticos e códigos de conduta (Ricou, 2011). Assim, a ética surge “*da necessidade de fazer o bem, o que implica o reconhecimento de um valor, das pessoas e das coisas*”, pelo que importa agir com prudência e boa conduta (Miranda, 2008).

Uma atividade profissional tem sempre um objetivo formal e específico, pelo que, no caso da psicologia este será o de contribuir para o bem-estar e para a saúde global do sujeito (Ricou, 2011). Neste sentido, no decorrer das suas funções, o psicólogo clínico deve ter sempre em consideração a ética enquanto princípio moral, a

deontologia enquanto conjunto de regras e deveres profissionais, nunca descurando a legislação vigente, pois pode limitar a sua função. Este profissional fica assim obrigado a respeitar de forma idêntica todas as pessoas que sejam objeto da sua intervenção, independentemente do seu género, idade, raça, tipo de perturbação ou outra qualquer característica tida em consideração (Pedinnielli, 1999).

Em saúde mental, é aplicado ao paciente o conjunto de atitudes, medidas e comportamentos que a ética e a deontologia profissional prescrevem. Contudo, dependendo das características da doença mental, os princípios éticos e as normas deontológicas sofrem as adaptações necessárias. São questões como a confidencialidade do diagnóstico e do prognóstico, a capacidade ou incapacidade do paciente, as escolhas terapêuticas e a partilha de toda esta informação, que levantam questões éticas muito específicas (Osswald, 2009).

Na sua prática profissional, os psicólogos podem confrontar-se com uma pluralidade de desafios éticos. Ainda assim, o autor chama a atenção para o facto de que estes profissionais adquirem pouca formação no que diz respeito à identificação e resolução de conflitos éticos, nomeadamente em contexto judicial. A principal questão que se coloca no tocante aos problemas éticos suscitados em processos clínicos/judiciais, prende-se com o facto de, na maior parte dos casos, estarmos perante um grupo específico de indivíduos, e em situações mais extremas, serem casos referenciados em contexto judicial (Sousa, Simões, & Firmino, 2010).

A existência de um código deontológico, com aplicabilidade a todos os profissionais, permite não só o julgamento sobre os respetivos comportamentos, como principalmente a interiorização de uma atitude, que tenha como primeira consideração os aspetos éticos e deontológicos (Ricou, 2011).

Assim, em 20 de abril de 2011, foi publicado em Diário da República o Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP). Este é considerado pela referida Ordem como sendo "*leitura fundamental para o desempenho de boas praticas*

na Psicologia e recomenda-se a todos os profissionais a actualização e manutenção da sua prática em função das linhas orientadoras” (OPP, 2011)

O referido código é composto por três partes: o preâmbulo, os princípios gerais e os princípios específicos. Com a primeira parte, pretende-se definir os objetivos e a aplicabilidade do código, bem como a sua organização e relação com a legislação em vigor. Os princípios gerais – estruturais e aspiracionais – têm a pretensão de fornecer linhas orientadoras e inspiradoras, tendo em vista uma atuação focada nos ideais de intervenção psicológica, estabelecendo ligação entre a teoria e a prática. Em caso de conflito de princípios, caberá ao psicólogo a resolução do dilema ético, recorrendo quer ao código deontológico, quer ao direito. Os princípios gerais determinados no presente código são: respeito pela dignidade e direitos da pessoa; competência; responsabilidade; integridade; e beneficência e não maleficência (idem, 2011).

Na parte dos princípios específicos, encontram-se delineadas regras de conduta ética dos psicólogos. Estes princípios referem-se, de forma não exaustiva, às diversas áreas e contextos onde os psicólogos exercem a suas funções profissionais e a diversas situações de dilemas éticos com que estes se poderão deparar. São ainda objetivos destes princípios a promoção de qualidade de vida e proteção das pessoas com quem os psicólogos trabalham, bem como fomentar a orientação e formação dos membros da OPP. Os princípios específicos determinados no presente código são: consentimento informado, privacidade e confidencialidade, relações profissionais, avaliação psicológica, prática e intervenção psicológica, ensino, formação e supervisão psicológica, investigação e por último as declarações públicas (*ibidem*, 2011).

Dado que a atuação do psicólogo não está isenta de consequências, deve este ter como primeira prioridade a intervenção no interesse do paciente, implicando quer um bom conhecimento técnico, quer a independência relativamente às instituições, ou

aos próximos, quer ainda um rigoroso respeito pelo segredo profissional (Pedinnielli, 1999).

Enquadramento Teórico

Saúde mental

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001) propõe o conceito de saúde mental como sendo bio-psico-social, visto não ser apenas a ausência de doença, mas sim um cômputo de bem-estar físico, mental e social:

“Os conceitos de saúde mental abrangem, entre outras coisas, o bem-estar subjetivo, a auto-eficácia percebida, a autonomia, a competência, a dependência intergeracional e a auto-realização do potencial intelectual e emocional da pessoa. Por uma perspectiva transcultural, é quase impossível definir saúde mental de uma forma completa. De modo geral, porém, concorda-se quanto ao facto de que saúde mental é algo mais do que a ausência de transtornos mentais. É importante compreender a saúde mental e, de modo mais geral, o funcionamento mental, porque vem daí a base sobre a qual se formará uma compreensão mais completa do desenvolvimento dos transtornos mentais e comportamentais. (p.32)”

Nas últimas duas décadas, surgiu em Portugal um modelo de saúde mental de cariz comunitarista, segundo o qual, desde que fosse posta em prática uma adequada profilaxia social, poder-se-ia evitar um certo número de doenças mentais, assim como cuidar da maioria dos doentes mentais nos seus domicílios, dadas as modernas terapêuticas farmacológicas. No entanto, apenas parte deste modelo foi implementado, visto que a desinstitucionalização de doentes mentais não foi assistida por uma indispensável rede comunitária de saúde mental (Teixeira, 2004).

Neste sentido, foi proporcionada auto-gestão às vidas de muitos doentes mentais, sem prévia avaliação das suas condições, nem tão pouco com um acompanhamento apropriado. Dada a ausência de monitorização das suas

competências sociais e a incapacidade de procurarem cuidados básicos, muitos destes doentes acabaram por cometer crimes, vendo-se arremessados para o sistema judiciário, o que poderia ter sido evitado, tão-somente se estes sujeitos tivessem sido apoiados adequadamente pelos serviços de saúde mental (idem, 2004).

De forma idêntica defende Guerra (2008), ao afirmar que a organização dos cuidados psiquiátricos na comunidade está diretamente relacionada com o número de doentes mentais nos estabelecimentos prisionais, bem como o processo de desinstitucionalização está associado a um aumento do número de doentes mentais nas prisões.

Foucault (2004) detém-se na análise crítica das condições de emergência e constituição dos saberes e práticas inerentes à vigilância e à punição, em particular, na análise das profundas transformações havidas na justiça penal, entre a idade clássica e as reformas do período romântico, tidas como o início da marcha para a contemporaneidade. O autor defende que a prisão é um dispositivo que foi tomando forma, após o ensaio de controlo na cidade clássica empestada, para elaborar e aplicar processos para repartir os indivíduos, fixá-los, distribuí-los espacialmente e classifica-los.

Acresce ainda este autor que, a disciplina exige “a cerca”, ou seja, a especificação de locais especiais e fechados em si mesmos ou em alternativa o “quadriculamento”, colocando cada indivíduo no seu lugar, evitando as distribuições por grupos que dificultam a análise das “pluralidades confusas, maciças ou fugidias” (idem, 2004).

Considera-se igualmente significativo o estudo da influência dos fatores familiares no comportamento desviante dos indivíduos, levando à adoção sucessiva de uma perspetiva sistémica, a qual considera diversas variáveis, tais como a dimensão familiar, o envolvimento dos pais com a criança, a qualidade da relação e da comunicação, a disciplina, a criminalidade dos próprios pais ou ainda pais com

condutas parentais muito rígidas. No domínio da delinquência, os referidos fatores familiares são inúmeros e de grande complexidade, pelo que, centrar a atenção apenas num deles, seria muito redutor (Carrilho, 2000; Gonçalves & Lopes, 2004).

São vários os contextos que interagem, quando se pretende verificar o que conduz à delinquência, salientando-se os de estrutura pessoal, os de estrutura familiar, os escolares e, por último, os sócio-económicos. Especificando, os melhores preditores para a delinquência são os seguintes: técnicas de gestão familiar; agressividade e problemas de comportamento em criança; roubar mentir ou faltar às aulas; criminalidade ou comportamentos anti-sociais nos membros da família; realização educacional pobre; medidas individuais nas técnicas de gestão familiar parental; separação dos pais e estatuto sócio-económico. Também a coesão familiar e o estilo de disciplina parental podem ser considerados preditores de comportamentos delinquentes, nomeadamente na adolescência (Glueck & Glueck, 1962; Loeber & Dishion, 1983, citados por Carrilho, 2000).

O ser humano é um ser social, que constrói a imagem de si próprio com base na rede social significativa, da qual a família é parte integrante. É esse grupo social que desde os primeiros momentos de desenvolvimento proporciona parâmetros que permitem aferir se é ou não bem-sucedido no desenvolvimento. É na relação do sujeito com o mundo, nomeadamente no envolvimento amoroso do sujeito com o seu objeto, que o desenvolvimento mental se processa. Através do referido envolvimento, é criado e recriado o verdadeiro sujeito: livre, espontâneo, expansivo e feliz (Coimbra de Matos, 2004).

É nos primeiros dois a três anos de vida que o controlo dos impulsos violentos é aprendido. Se existir a incapacidade de aprendizagem do auto-controlo, esta situação vai gerar rejeição nos grupos sociais à sua volta, como sendo os seus pares, os professores e outros adultos, originando uma maior escalada de reações agressivas. Ora, são as mães quem nesta altura propiciam à criança o principal afeto

de que esta precisa, para aprender o auto-controlo e a respetiva gestão das interações sociais. No entanto, quando a própria mãe possui um passado de problemas de comportamento, não terá a capacidade de proporcionar tal aprendizagem (Carrilho, 2000).

Gonçalves e Lopes (2004) defendem ser comum, em famílias com problemas anti-sociais, verificarem-se relações de semelhança entre os sujeitos delinquentes e os respetivos familiares, chegando mesmo a ser esperado que certos comportamentos desviantes surjam em determinadas famílias. Entendam-se comportamentos desviantes como sendo a ação que infringe as normas impostas num dado sistema social, provocando perturbações no equilíbrio do mesmo. Ainda assim, este conceito tem passado por algumas mudanças, conforme a evolução da sociedade, pelo que o que anteriormente era considerado desvio, pode já não o ser hoje (Carrilho, 2000).

A influência da família sobre os comportamentos anti-sociais e a criminalidade dos sujeitos evidencia-se pelas práticas educativas dos pais, pela presença das crianças em determinados contextos, por exemplo físicos ou socioeconómicos e ainda pela transmissão genética (Gonçalves & Lopes, 2004)

A associação entre perturbação mental e a criminalidade tem sido alvo de investigação, cujos resultados são relevantes não só sob o ponto de vista clínico, mas também pelas implicações na organização dos serviços de saúde, articulados com o sistema judicial e pelo impacto que provoca a questão da perigosidade dos sujeitos portadores de perturbação mental (Alves & Almeida, 2011).

Tendo por base os padrões de pensamento criminal, Yochelson e Samenow (1985) realizaram um projeto com população criminosa, num hospital psiquiátrico, durante cerca de 14 anos, cujos resultados apontaram para o facto de os criminosos terem padrões de pensamento muito distintos e erróneos, que os diferenciam dos não-criminosos.

Neste sentido, concluíram que os criminosos estão com completo controlo das suas vidas e que a delinquência é resultado de escolhas efetuadas a partir de uma idade precoce. Referem ainda, que os agressores têm processos cognitivos que levam à distorção da auto-imagem, resultando não só em opções criminosas, como também na negação da responsabilidade. Os autores fizeram ainda uma descrição do ego dos delinquentes e como este funciona, verificando que funciona eficazmente, embora focado no objetivo errado (idem, 1985).

Estas são razões mais do que suficientes para que os estabelecimentos prisionais disponham de grandes serviços de psiquiatria e saúde mental, não só porque o número de reclusos com estas problemáticas é elevado, mas também porque a situação de reclusão por si mesma é originadora de descompensações psiquiátricas (Teixeira, 2004).

Violência e psicoses

A população reclusa apresenta comumente um elevado índice de perturbação mental, tendo sido consistentemente demonstrada uma associação entre violência e psicoses, embora não se possa afirmar que estas patologias sejam o único e principal risco adicional de conduta violenta (Alves & Almeida, 2011).

O termo psicótico obteve, ao longo do tempo, várias definições, pese embora nenhuma delas tenha alcançado aceitação universal. Assim, após várias definições em classificações anteriores, a APA (2002) refere-se ao termo psicótico como sendo a presença de vários sintomas, variando estes consoante as diversas categorias de diagnóstico.

A investigação relativa às psicoses deveu-se sobretudo a discípulos e continuadores de Freud. Este autor centrou o seu trabalho clínico fundamentalmente nas neuroses, preferindo pensar no domínio da psicose sob a categoria da paranóia em vez da esquizofrenia. Além disso, procurou ainda estabelecer a etiologia e funcionamento psíquico da psicose, desvalorizando a causa orgânica (Freud, 1998).

Nas psicoses, atribui-se a falha a uma ideia intolerante ao Ego, que, de acordo com Amaral Dias (2005), implica estar-se em território de fuga ao insuportável, ou ainda, fuga a um pensamento excessivo para a capacidade de o pensar ou de o transformar em algo tolerável, situação esta que vai mobilizar mecanismos de defesa.

Os mecanismos de defesa constituem manobras de proteção, postas em jogo pelo Ego, tendo em vista assegurar a sua própria segurança. Estes são principalmente uma forma de adaptação, pelo que não representam apenas o conflito e a patologia. No entanto, o que transforma as defesas em patologia é o facto de estas serem utilizadas de forma ineficaz ou ainda devido à sua não-adaptação às realidades internas e externas (Laplanche & Pontalis, 2001; Bergeret, 2006).

De entre as várias perturbações psicóticas, destaca-se a esquizofrenia, visto que é a doença psicótica mais largamente conhecida e estudada, sabendo-se que atinge cerca de 1% da população, tem um percurso incerto e a sua recuperação sintomática e social apenas se verifica em cerca de 25 a 30% dos casos. Esta é uma perturbação mental grave, crónica e muito incapacitante, caracterizando-se por alterações graves nos processos do pensamento, da perceção e da modulação das emoções (Brito, 2005).

Esta perturbação ocorre tipicamente entre o final da adolescência e o início da idade adulta, e embora seja raro o início antes da adolescência, existem casos descritos em pacientes com apenas 5 anos (APA, 2002).

Embora ainda se desconheça, concretamente, a etiologia desta perturbação, de acordo com Rocha (2007), após inúmeras pesquisas, tudo aponta para a interação de fatores genéticos, com perturbações no neuro-desenvolvimento e com componentes ambientais bio-psico-sociais.

A esquizofrenia é caracterizada por sintomas psicóticos do tipo positivo e do tipo negativo. Os primeiros refletem o excesso ou distorção de funções normais, onde se inclui o conteúdo do pensamento, da perceção, da linguagem e dos processos do

pensamento, assim como do autocontrolo do comportamento, sendo exemplo destes as alucinações e as ideias delirantes, discurso desorganizado e comportamento marcadamente desorganizado ou catatónico. Os sintomas negativos, por sua vez, fazem denotar uma diminuição ou mesmo perda de funções normais, verificando-se embotamento afetivo, caracterizado por uma aparência imóvel e sem resposta na face do sujeito, com reduzido contato ocular e reduzida expressão corporal; alogia, denunciada pela pobreza do discurso, pelas respostas breves lacónicas ou mesmo sem conteúdo e avolição, ou seja, a incapacidade de iniciar e insistir em atividades com objetivo. À medida que a doença vai evoluindo, existe a possibilidade de surgir deterioração cognitiva, que vai tornando o paciente cada vez mais incapacitado (APA, 2002).

Existem cinco subtipos de esquizofrenia, mais especificamente: paranoide, desorganizado, catatónico, indiferenciado e residual. O subtipo mais comum é o paranoide, o qual tende a ter o seu início mais tardio do que outros tipos de esquizofrenia, assim como a particularidade com que se diferencia tende igualmente a ser mais estável ao longo do tempo (idem, 2002).

A característica principal da esquizofrenia paranóide passa pela presença de delírios ou alucinações auditivas, que se salientam numa relativa preservação do funcionamento cognitivo e do afeto. Os delírios são tipicamente persecutórios, de grandeza ou de controlo, e pese embora possam ser fragmentados ou mesmo bizarros, geralmente são organizados em torno de um tema coerente. As alucinações emergem no indivíduo como sendo algo ameaçador, mas encontram-se relacionadas de alguma forma com as ideias delirantes (Afonso, 2002; Dalgarrondo, 2008). Esta combinação de ideias delirantes persecutórias e de grandeza podem originar no sujeito exteriorizações de conflito, raiva e mesmo agressividade, as quais estão ligadas a uma manifesta ansiedade, indiferença e cólera (Cordeiro, 2003).

De acordo com Matos, Bragança e Sousa (2003), este tipo de comportamento pode ser direcionado ao próprio sujeito, nomeadamente nas condutas de auto-agressão e suicídio, ou induzir a uma conduta violenta para com o exterior, afetando desta forma o relacionamento com os seus pares.

Consideram estes autores que os delírios e as alucinações são alterações da realidade, sendo estas últimas perceções sensoriais que o sujeito vivencia como sendo reais. Já os delírios consistem na atribuição de um significado novo e inteiramente pessoal a uma determinada realidade, constituindo crenças que vulgarmente não são aceites pelos outros (idem, 2003).

Os critérios de diagnóstico da esquizofrenia tipo paranóide são: (A) preocupação com um ou mais delírios ou alucinações auditivas frequentes e (B) nenhum dos seguintes sintomas é proeminente: discurso desorganizado, comportamento desorganizado ou catatônico, ou afeto embotado ou inadequado (APA, 2002).

A esquizofrenia tipo paranoide também se diferencia das demais por ser a que melhor prognóstico apresenta, principalmente no que diz respeito à sua atividade profissional e à capacidade de gerir a sua vida de forma independente (idem, 2002).

Perturbações da personalidade

Conforme referido anteriormente, existe uma forte propensão para que a conduta criminosa esteja associada à presença de psicopatologia. Neste sentido, o comportamento criminoso também poderá estar associado a uma perturbação da personalidade (Nunes, 2009).

A teoria da personalidade de Eysenk, aplicada ao estudo do criminoso, pode ser considerada bio-psicológica. Nesta, destaca-se a importância dos fatores biológicos e psicofisiológicos no estudo da personalidade, em geral, e da personalidade do criminoso, em particular. Este autor salienta o peso fundamental dos aspetos genéticos, não recusando tanto a influência dos aspetos do meio, como o

papel mediador das dimensões psicológicas (Eysenk, 1967,1977,1983; Eysenk & Eysenk, 1971,1976, citado por Santos, 1998).

As perturbações da personalidade surgem na adolescência ou no início da idade adulta, permanecendo estáveis ao longo do tempo, embora se vão tornando menos óbvias nas faixas médias ou extremas da idade (APA, 2002). Estas apresentam um padrão persistente de vivência interna e um comportamento que se distancia do espectável para um sujeito numa determinada cultura, levando a dificuldades no relacionamento com o próprio e com os outros. Por vezes, constitui um suporte, a partir do qual emergem outras perturbações menos estáveis, ou seja, são criadas condições para patologias como a depressão e a ansiedade (Ribeiro, 2010).

Estando reunidas em três grupos (A, B e C), as perturbações da personalidade surgem baseadas em semelhanças descritivas. O grupo A abrange as perturbações paranóide, esquizoide e esquizotípica da personalidade; o grupo B abrange as perturbações anti-social, estado-limite, histriónica e narcísica da personalidade; e o grupo C abrange as perturbações dependente, evitante e obsessiva-compulsiva da personalidade (APA, 2002).

No presente trabalho, apenas se evidenciarão as perturbações anti-social e narcísica da personalidade, uma vez que foram quadros com estas patologias que foram seguidas durante o período de estágio.

De acordo com a APA (2002), a perturbação anti-social da personalidade tem como principal característica um padrão global de menosprezo e violação dos direitos dos outros, tendo o seu início na infância ou adolescência precoce. No entanto, o seu diagnóstico só pode ser estabelecido quando o sujeito tiver, pelo menos, 18 anos, pois só a partir desta idade se considera que o sujeito tenha a sua personalidade formada.

Contudo, outras especificidades podem ser apontadas à personalidade anti-social, nomeadamente a inexistência de afetos; a incapacidade de expressar sentimentos; um estilo de vida caótica; o total desconhecimento daquilo que é

relevante na vida do outro e a nítida tendência para apresentar ausência de ansiedade, culpa e tensão emocional (Nunes, 2009).

O diagnóstico da perturbação anti-social da personalidade exige a presença de, pelo menos, três dos seguintes critérios: (1) incapacidade de se conformar com as normas sociais respeitantes aos comportamentos legais; (2) falsidade, como é demonstrada por mentiras e nomes falsos; (3) impulsividade ou incapacidade de planear antecipadamente; (4) irritabilidade e agressividade, demonstradas pelos repetidos conflitos e lutas físicas; (5) desprezo pela sua própria segurança e pela dos outros; (6) constante irresponsabilidade, demonstrada pela incapacidade repetida de manter emprego; e (7) ausência de remorso, como é demonstrada pela indiferença com que reage após ter magoado, maltratado ou roubado alguém (APA, 2002).

A personalidade anti-social caracteriza-se fundamentalmente pela sua insinceridade, por um estilo interpessoal manipulativo e utilitário e o uso repetido da agressividade, que os sujeitos apresentam ao resolver a maioria dos problemas que se lhes deparam. Estas características contribuem para que se instale um “estilo de vida criminal”, estando deste modo subjacente a ideia de não mudar, visto que não se observam quaisquer vantagens nessa mesma mudança. Além disso, a sociedade já se encarregou de rotular o sujeito como criminoso e como tal, por mais que este faça, será difícil retirar o referido estigma (Gonçalves, 2007).

O mesmo autor considerou ser possível afirmar que $\frac{3}{4}$ dos indivíduos presos em Portugal preencherão um número de critérios suficientes para serem classificados com esta perturbação da personalidade (Gonçalves, 2008),

De forma a compreender o fenómeno da criminalidade e estabelecer a sua relação com a perturbação anti-social da personalidade é imperativo esclarecer que todos os comportamentos anti-sociais são manifestações comportamentais de uma patologia e que todos estes constituem obrigatoriamente um crime (Santos, 1998).

A personalidade criminal resulta do agrupamento de vários traços de personalidade, como agressividade, egocentrismo e indiferença afetiva, os quais determinam o ato criminoso através de aptidões físicas, intelectuais e profissionais. Assim, a noção de perigosidade acaba por se tornar um elemento de avaliação de diagnóstico de uma personalidade criminal, uma vez que o sujeito se tornou perigoso antes mesmo de se revelar criminoso ou de concretizar a sua perigosidade num ato anti-social (idem, 1998).

Fonseca (2010) refere-se a uma avaliação efetuada por Le Blanc e Fréchette, em 1989, na qual foi constatada a existência de uma correlação positiva entre a idade e a desistência da atividade criminal, pelo que se torna importante ter em conta a ecotemporalidade da ação, pois embora se nos apresente como sendo desafiante, hostil e uma transgressão à norma social, na verdade será a sua continuidade no tempo e no espaço, que nos vai possibilitar excluí-la enquanto processo adaptativo e verificá-la apenas à luz da patologia.

O modelo de padrão comportamental é processado e interiorizado ao longo das gerações, visto que o estilo cognitivo e de personalidade vão sendo desenvolvidos desde criança, nas situações de interação mais precoces com as figuras parentais, originando que filhos de pais agressivos tendam a ser ainda mais agressivos (Carrilho, 2000).

Foi igualmente estudada a associação entre lares desfeitos e o comportamento anti-social na adolescência, tendo-se verificado que os jovens que vivem apenas com a mãe, evidenciam mais comportamentos desviantes e tomam as suas decisões sem recorrer aos pais, relativamente àqueles que vivem com ambos os progenitores. Desta forma, pode concluir-se que a estrutura familiar influencia os comportamentos dos adolescentes, nomeadamente na idade em que saem de casa (Aquilino, 1991; Dornbusch et al., 1985, citado por Carrilho, 2000).

A prevalência deste tipo de perturbação situa-se em 3% nos homens e 1% nas mulheres, na população em geral, valores estes que colocam esta perturbação no mesmo patamar de outras perturbações, como por exemplo a esquizofrenia, às quais é dada maior importância. (APA, 2002).

É imperativo que a sociedade em geral, e a justiça penal em particular, obtenha noções mais precisas, que corroborem ou contestem, a ideia de existirem traços de personalidade criminal que determinam comportamentos delinquentes (Santos, 1998).

No tocante à perturbação narcísica da personalidade, esta tem como característica fundamental um padrão invasivo de grandiosidade, manifestando o sujeito uma enorme necessidade de admiração e falta de empatia, que começa no início da idade adulta, estando presente em diversos contextos (APA, 2002).

Os critérios de diagnóstico para este tipo de perturbação são inúmeros, bastando para tal que estejam presentes cinco ou mais dos seguintes: (1) sentimento de grandiosidade do seu próprio valor, sobrestimando as suas capacidades e enaltecendo as suas realizações; (2) Preocupação com fantasias de sucesso ilimitado, poder, inteligência, beleza ou amor ideal; (3) Crenças de que se é especial e único, levando a refletir muito sobre supostas admiração e privilégios a que teria direito, comparando-se com pessoas famosas e privilegiadas; (4) Necessidade de admiração excessiva; (5) Esperam dos outros esta mesma valorização, por isso surpreendem-se por não receberem o valor que julgam merecer; (6) Utilizam os outros para atingir os seus próprios fins; (7) Ausência de empatia; (8) Frequentemente sentem inveja dos outros ou têm a crença de que os outros é que o invejam; (9) Demonstram arrogância e comportamentos ou atitudes altivas. Estes sujeitos julgam-se superiores e especiais, esperando ser reconhecidos pelos outros como tal (idem, 2002).

Freud foi um dos principais autores do narcisismo, tendo-se aproveitado da mitologia grega para desvendar o inconsciente humano. Assim, serviu-se do mito do Narciso, por um lado para descrever e ilustrar esta condição psíquica, colocando-a

como condição patológica e por outro para demonstrar que esta é uma fase essencial e estruturante do desenvolvimento humano. A ideia base deste autor é a de que o narcisismo primário é uma forma de sexualidade infantil necessária ao desenvolvimento, a qual se encontra entre o auto-erotismo e o amor objetal, em que o Eu se torna objeto de investimento libidinal (Freud, 1992; Holmes, 2001).

Os indivíduos com perturbação narcísica da personalidade têm na figura do objeto/mãe uma imensa identificação e idealização, sabendo que tanto a cumplicidade como a sedução são atribuídas à mãe. Existe uma forte relação de dependência com a mãe, relação essa que é ambivalente, dado que é deslocada para todos os outros objetos (Lazzarini & Viana, 2010).

É de salientar, que os sujeitos com esta perturbação julgam ter sido indesejados na infância, ou mesmo adotados, considerando-se responsáveis por possíveis perturbações que atingem as suas mães, como por exemplo depressão pós-parto. Ora, todos estes fatores apontam para uma representação narcísica de si frustrada. Dado que a estabilidade psicológica está subordinada à capacidade de se formar uma relação de apego segura, em idade precoce, é essencial que se obtenha uma base segura externa da realidade, assim como uma base segura interna de si (Holmes, 2001).

Coimbra de Matos (2007) descreve narcisismo como um estado psicológico – amor por si mesmo – e como um tipo de líbido, a libido narcísica, isto é, aquela que tem como objetivo a promoção do próprio. Assim, afirma ainda, que o narcisismo tem a ver com respeito ao amor-próprio ou auto-estima, sendo que atualmente é entendido como um funcionamento que tem como finalidade regular essa mesma auto-estima.

No tocante à prevalência desta perturbação, as estimativas variam entre 2 a 16% na população clínica e são de menos de 1% na população geral (APA, 2002).

Perturbações do humor

As manifestações de sintomas de depressão são recorrentes na população reclusa, as quais, por norma, surgem associadas a explosões de agressividade, a descompensações do tipo psicótico e, em casos mais graves, a tentativas de suicídio (Gonçalves, 2008).

Coimbra de Matos (2007) entende que a depressão não é mais do que uma estrutura assente entre o neurótico e o psicótico, encontrando-se a problemática desta perturbação na perda de uma boa relação com o objeto de amor, referindo à mãe ou seu substituto. Este autor refere ainda que o sujeito depressivo viveu insuficientemente as suas relações passadas, pelo que não efetuou lutos, mas sim depressões. Ao invés de recordar de forma serena e agradável as pessoas que amou ou o tipo de amor que com elas viveu, recorda sim relações inacabadas, repletas de insucesso, que por sua vez geram raiva e desalento.

Embora sendo um estado de espírito vivenciado pela grande maioria das pessoas, a depressão é uma consequência inevitável aquando da desorganização do comportamento, por exemplo na perda, que segundo Bowlby (1994), resulta na cessação do relacionamento do sujeito com o mundo que o rodeia. Esta situação vai permanecer até que este tenha a possibilidade de constituir novos padrões de intercâmbio em direção a novos objetos, ou mesmo, a novos objetivos.

De acordo com a teoria de Klein (1946), no decorrer do desenvolvimento da vida mental da criança, são estabelecidos dois estados mentais, sendo o primeiro a posição esquizo-paranóide, do qual se transita para a posição depressiva, sendo esta apontada como o ponto de partida para a emergência da noção de separação de si e o objeto, quando a criança adquire a capacidade de entender a mãe como um objeto total. Este último estado vai sendo superado na infância, podendo, no entanto, ser precipitado na idade adulta com a depressão.

Para que uma criança progrida no sentido da identificação primária, a condição necessária é a existência de uma *mãe suficientemente boa*, a qual responde e se adapta ativamente às necessidades do seu bebé, atribuindo-lhe sentido e significado (Winnicott, 1996).

Nas perturbações do humor, a característica predominante é uma perturbação sustentada do humor, cuja maioria dos critérios estabelecidos pressupõem a presença, ou ausência, de episódios de alteração do humor. Estes não constituem por si mesmos perturbações codificáveis, não podendo por isso ser diagnosticados como entidades separadas. No entanto, os episódios de alteração do humor: Depressivo Major, Maníaco, Misto e Hipomaníaco, podem ser utilizados como princípios organizadores para as referidas perturbações (APA, 2002).

As perturbações do humor são diferenciadas entre perturbações depressivas, ou depressões unipolares, e perturbações bipolares, derivando do tipo de alteração do humor, severidade e evolução clínica. O maior fator de distinção entre as duas é a presença de mania ou hipomania, em alguma altura do seu curso clínico. Acrescem ainda as perturbações baseadas na etiologia e perturbações do humor sem outra especificação, as quais permitem alertar os clínicos, para que tenham atenção a estas etiologias, frequentes e importantes, presentes no diagnóstico diferencial de cada uma das perturbações (Borralha, 2011).

De acordo com a APA (2002) estas perturbações subdividem-se conforme descrito na tabela 2:

Tabela 2. Tipos de Perturbações de Humor

Perturbações Depressivas ou Unipolares	Perturbações Bipolares	Perturbações Baseadas na Etiologia	Perturbações do Humor sem outra especificação
Perturbação depressiva major	Perturbação bipolar I	Perturbação do humor devida a um estado físico geral	-
Perturbação distímica	Perturbação bipolar II	Perturbação do humor induzida por substância	-
Perturbação depressiva sem outra especificação	Perturbação ciclotímica	-	-
-	Perturbação bipolar sem outra especificação	-	-

Para efeitos deste trabalho, apenas se descreverá a perturbação depressiva major, tendo esta como característica essencial a presença de um ou mais episódios depressivos major e a ausência de episódios maníacos, mistos ou hipomaniacos. Pode caracterizar-se o Episódio Depressivo Major através de um conjunto de cinco, ou mais, sintomas, os quais devem estar presentes durante um período de duas semanas, representando estes uma alteração ao funcionamento prévio do sujeito. Assim, um dos sintomas tem que envolver o elevado humor depressivo ou a perda de prazer – anedonia -, ou do interesse nas atividades rotineiras. De entre os restantes sintomas, salientam-se as alterações no peso, seja perda ou aumento, ou na diminuição ou aumento do apetite, perturbações no sono - insónias ou hipersónias - e a atividade psicomotora - agitação ou lentificação -, fadiga ou perda de energia e alterações nos processos cognitivos, incluindo sentimentos de desvalorização ou culpa excessiva, diminuição da capacidade de pensamento e concentração, bem como dificuldade no processo de tomada de decisão (APA, 2002).

A perturbação depressiva major afigura-se como um dos quadros clínicos com maior prevalência e morbilidade ao longo da vida, pelo que constitui a principal causa de incapacidade e conseqüentemente um enorme problema de saúde pública. Tendo por base informações relativas a 2010, é expetável que cerca de 120 milhões de pessoas no mundo venham a ser atingidas por esta perturbação (Borralha, 2011)

Pode relacionar-se esta perturbação a disfuncionamentos físicos e sociais, a múltiplas doenças e a uma maior experiência da dor. Está igualmente relacionada a uma mortalidade elevada, uma vez que a percentagem de suicídio, em casos graves, pode atingir os 15% (APA, 2002).

O risco de suicídio em pessoas com depressão major é cerca de vinte vezes maior do que a população em geral. Acresce também que os sujeitos que tiveram vários episódios de depressão têm maior risco de suicídio do que aqueles que tiveram apenas um episódio (Serretti, 2013). O suicídio pode ser definido como sendo um ato autolesivo, previamente organizado pelo indivíduo, tendo este a intenção clara de por termo à sua vida. A presença de perturbação mental e de abuso ou dependência de substâncias têm sido apontadas como os fatores de risco que mais intensificam estes comportamentos (Moreira & Gonçalves, 2010).

Referem os mesmos autores, que um ato suicida contém evidências de agressão para com outros, como se pode constatar nos assassínios seguidos de suicídio, bem como na alta incidência de suicídios entre os presos que cumprem uma condenação por crimes violentos (idem, 2010).

Não obstante ser viável o aparecimento da perturbação depressiva major em qualquer idade, o grupo etário mais afetado situa-se entre os 25 e os 44 anos, sendo a sua prevalência de cerca de 5 a 9% para as mulheres e 2 a 3% para os homens (APA, 2002).

De igual forma defende Borralha (2011), cujo estudo permite aferir que, embora em média, a perturbação depressiva major surja na adultez, pode no entanto ter tido o seu início na infância, tornando-se crónica e recorrente ao longo da vida adulta.

No que diz respeito ao padrão familiar, esta perturbação é 1,5 a 3 vezes mais comum nos familiares biológicos de primeiro grau do que entre a população em geral. Também a dependência de substâncias, nomeadamente de drogas como a cocaína, podem contribuir para o início e agravamento desta perturbação (APA, 2002).

Objetivos Propostos para o Estágio Académico

Dada a especificidade do HPSJD, os objetivos tiveram que ser minuciosamente estabelecidos, pois embora seja um hospital como todos os outros, não deixa de ser um estabelecimento prisional, com todas as suas particularidades. Assim, os objetivos propostos para o estágio passaram, inicialmente, pela observação direta da dinâmica da própria instituição, com vista a uma integração na equipa multidisciplinar e compreensão da importância do psicólogo clínico na unidade orgânica.

Após este período inicial, foi dado início ao acompanhamento de vários casos clínicos, de reclusos internados, com a finalidade de efetuar a respetiva avaliação psicológica e subsequente apoio psicológico.

Metodologia

Participantes

A intervenção psicológica realizada no decorrer do estágio académico abrangeu sete pacientes/reclusos, do género masculino, com idades compreendidas entre os 23 e os 96 anos. Os participantes estavam à data internados no HPSJD, pertencendo três destes ao Pavilhão Clínico e os restantes à Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental.

De forma a ilustrar o acompanhamento dos casos clínicos dos pacientes/reclusos supracitados, apresenta-se no capítulo Outras Atividades Realizadas, uma descrição sumária dos mesmos, constando os seus nomes fictícios, tendo em vista proteger a respetiva identidade e privacidade, a idade, data da primeira sessão, motivo da consulta, número de sessões efetuadas, o tipo de intervenção psicológica realizada e o serviço no qual a referida intervenção foi efetuada.

De salientar que, dois dos casos clínicos, não constarão na descrição acima mencionada, tendo em conta que serão descritos detalhadamente mais à frente neste relatório.

Procedimento

Atendendo aos objetivos do estágio, deu-se início a todo um processo terapêutico, tendo por base uma estrutura que inclui: entrevista inicial/anamnese, avaliação psicológica, devolução de resultados e sessões individuais de apoio psicológico de orientação psicodinâmica.

Instrumentos

Durante a avaliação psicológica é possível recorrer a um ou mais instrumentos, sendo por isso uma medida objetiva padronizada de uma amostra de comportamento. Neste sentido, torna-se um meio poderoso e exclusivo do psicólogo, visto que este é o único a possuir conhecimentos que permitem o seu manuseamento e respetiva interpretação (Pedinielli, 1999).

A avaliação psicológica é uma subdisciplina da psicologia, a qual serve o objetivo geral de apoio a processos de tomada de decisão, constituindo uma matriz para os psicólogos (Diniz, Almeida, & Pais, 2007).

Para além da observação e da compreensão da especificidade de cada indivíduo, a psicologia clínica tem ainda que avaliar previamente o respetivo estado mental, de forma a estabelecer um diagnóstico inicial de referência. Assim, o psicólogo clínico dispõe de uma variedade de técnicas, nas quais se pode apoiar, obtendo desta forma uma análise detalhada, objetiva e fidedigna da realidade psicológica de um sujeito (Leal, 2010).

A peça fundamental da avaliação é a entrevista clínica, visto que é no decorrer da mesma que se dá o intercâmbio de informação (de forma assimétrica) e o estabelecimento de uma relação. No entanto, por vezes, não permite aferir com precisão informações que se encontram inacessíveis, tornando-se necessário enveredar por outra forma de avaliação: as provas psicológicas. Estas, para além de enriquecerem o balanço clínico, fornecem resultados válidos e objetivos (Leal, 2010; Pedinielli, 1999).

De seguida, apresenta-se uma descrição de cada instrumento utilizado neste estágio, aquando da avaliação psicológica dos casos clínicos:

Entrevista clínica/psicológica

A entrevista, enquanto técnica de investigação científica, é genericamente utilizada nas ciências sociais e humanas e mais especificamente na psicologia, sendo um instrumento essencial de intervenção, sobretudo do método clínico. É uma prática que possibilita o acesso às representações mais pessoais dos indivíduos, nomeadamente a sua história, os seus conflitos, as suas crenças e acontecimentos passados, pelo que o paciente tem de ser escutado, pois só ele mesmo poderá dizer “onde” e “como” sofre (Sampaio, 2008).

Segundo Martorell e González (1997), a entrevista é um instrumento imprescindível para as várias áreas de intervenção do psicólogo clínico, podendo mesmo afirmar-se que é o mais utilizado na prática clínica. Deve ser complementada com outros instrumentos de avaliação psicológica, pois apenas constitui a primeira aproximação do paciente identificado e de pessoas significativas na sua vida, tratando-se assim do princípio de um processo de avaliação.

Bleger (1987) propõe um conceito para entrevista psicológica:

“é uma relação, com características particulares, que se estabelece entre duas ou mais pessoas. O específico ou particular dessa relação reside em que um dos integrantes é um técnico da psicologia que deve actuar nesse papel, e o outro ou os outros, necessitam da sua intervenção técnica. (p.12)”

Designam-se de entrevistas psicológicas, aquelas entrevistas que, por serem realizadas por psicólogos, contêm objetivos claros, sustentáveis à luz das teorias da psicologia, ou seja, diferenciam-se das demais por recorrerem a teorias e modelos psicológicos, que possibilitam a organização da própria informação adquirida por esta via e das interações que se estabelecem (Leal, 2010).

Na verdade, a entrevista psicológica é um instrumento fundamental não apenas

para o psicólogo, mas também para outros profissionais de saúde (psiquiatra, assistente social, sociólogo, entre outros), sendo uma relação de contornos particulares, que se estabelece entre duas pessoas: o profissional de saúde em causa, que terá de agir como tal, e o elemento que necessita da intervenção desse técnico. (Bleger, 1998).

Podem classificar-se as entrevistas psicológicas segundo o objetivo que se pretende alcançar ou pela orientação da própria entrevista. Assim, podemos encontrar entrevistas de recolha de dados, cuja pretensão é obter informações significativas, de forma a verificar a necessidade de intervenção psicológica; entrevistas de estudo de caso, sendo esta o aprofundar dos dados obtidos na entrevista de recolha de dados. O seu objetivo rever a natureza dos conflitos do sujeito, focalizando-se nos seus períodos críticos e antecedentes; entrevistas de avaliação do estado mental, que se destina a avaliar o grau de deterioração mental ou de doença psiquiátrica grave; entrevista de pré e pós-teste, que visa introduzir ou esclarecer pormenores genéricos ou específicos de testes a aplicar ou já aplicados; entrevista breve de avaliação, a qual tem um tempo limitado para avaliar um determinado detalhe do sujeito; entrevista de conclusão, que tal como o nome indica, leva a termo uma relação terapêutica, seja por alta do sujeito ou por impedimento do psicólogo, devendo, nesta ocasião, ser avaliado o benefício que o sujeito obteve e traçado o período seguinte; e por fim, entrevista de investigação, podendo esta aglomerar todas as anteriormente citadas, tendo apenas a particularidade de que os dados obtidos são unicamente para efeitos de pesquisa (Leal, 2008).

As entrevistas clínicas são uma categoria específica dentro das entrevistas psicológicas, visto estarem rigorosamente assentes num quadro teórico de referência. Estas têm uma vertente de aconselhamento, de ajuda e de intervenção psicológica, cuja pretensão é acarretar modificações positivas no sujeito em sofrimento. Assim, decorrente das suas técnicas, produzem uma avaliação do sujeito, traduzindo-se

frequentemente em propostas terapêuticas ou ainda psicoterapêuticas (Leal, 2010).

De acordo com McIntyre (1994), a entrevista clínica é um meio privilegiado que o psicólogo dispõe para uma abordagem ideográfica do comportamento humano e para a compreensão individualizada da problemática apresentada pelo paciente. O objetivo essencial da entrevista clínica é a recolha de informação, possibilitando uma formulação válida da problemática do paciente, assim como o planeamento de intervenções terapêuticas apropriadas ao mesmo.

O discurso do sujeito, que a entrevista clínica proporciona, é repleto de informações sobre factos com que este se confronta, seja na realidade ou no seu imaginário, sobre a sua posição perante tais factos e sobretudo sobre o que este espera do psicólogo. Este discurso é, tão-somente, o terreno onde se vão reconhecer indícios patológicos, seja na queixa enunciada ou naquilo que é relatado pelo sujeito (Pardinielli, 1999).

Independentemente da entrevista que se realize, existem uma série de técnicas que facilitam a angariação de informação do paciente. Nem sempre se consegue o que se pretende apenas com uma sequência de pergunta/resposta, pois a entrevista tem ritmo próprio e particular forma de desenvolvimento. Assim, Craig (1989, citado por Leal, 2010) propõe designações para as técnicas mais vulgarmente utilizadas: o questionamento, reflexão, reformulação, clarificação, confrontação, auto-revelação, silêncio, exploração, reestruturação, interpretação e humor. Leal (2010) acrescentou novas técnicas às já existentes, nomeadamente: a generalização, a focagem, o ecoar, a provocação, a informação à medida do esclarecimento. No decorrer das entrevistas, por norma, todas estas categorias surgem interligadas e interdependentes.

Para além das competências utilizadas na entrevista, como sendo o saber ouvir e saber falar, outra importante competência é a observação do comportamento verbal e não-verbal do paciente, a qual pode ser utilizada isoladamente ou ser conjugada a outras técnicas de recolha de dados (Flick, 2005).

A entrevista possibilita observar parte da vida do paciente, contudo não permite a emergência da totalidade do repertório da personalidade do mesmo, o que pressupõe que a entrevista psicológica não substitui, nem exclui a aplicação de outros instrumentos (Bleger, 1998).

Genograma familiar

Trata-se de um modelo gráfico do sistema relacional familiar que se assemelha à árvore genealógica, o qual deve incluir, pelo menos, três gerações. Cada membro da família é representado por um símbolo gráfico convencional, tendo sido acordado que as mulheres se representariam através de círculos e os homens de quadrados e, na representação gráfica da família, o pai/marido vem à esquerda e a mulher/mãe é colocada à direita, unidos pela linha de casamento ou geracional (Rebelo, 2007).

Muitos foram os profissionais de saúde, das mais variadas áreas, que descreveram a aplicação deste instrumento, nos mais distintos contextos. No entanto, para a psicologia, esta técnica é usada essencialmente para facilitar o estabelecimento da relação terapêutica, ou seja, entre o psicólogo e o paciente (Teles, 2008).

O objetivo do genograma é interpretar o presente usando dados do passado, levando à definição de padrões repetitivos disfuncionais, isto porque, a família tende a transmitir, de geração em geração, pautas relacionais (Sampaio & Martins, 1985).

Uma vez que o genograma tem por função ser um mapa orientador da família, nele devem apenas figurar os membros e fatores importantes, que permitam explorar acontecimentos passados importantes, situar os estádios relevantes da história familiar e como se passaram as diversas etapas do ciclo evolutivo nas três gerações (Teles, 2008).

Este modelo gráfico deve ser iniciado na 1ª consulta, com o contributo do paciente, podendo ser enriquecido, progressivamente, ao longo das sessões. Para simplificar este trabalho, já existe hoje a possibilidade de o efetuar informaticamente, através de *software* adequado para o efeito (Rebelo, 2007).

Provas psicológicas

Face à sintomatologia apresentada pelos pacientes/reclusos do HPSJD, bem como às razões que levaram ao seu internamento, procurou-se aplicar as provas psicológicas que pareceram mais adequadas e que possibilitassem uma análise objetiva: *Symptom Check List–90 Revised* (SCL-90-R) e Mini-Mult (Inventário da Personalidade). Optou-se pela primeira prova, porque avalia um grande número de padrões da personalidade e perturbações emocionais, assim como se optou pela segunda, porque efetua uma avaliação multidimensional da personalidade, tendo como objetivo a pesquisa de problemas psicológicos e de sintomas psicopatológicos de desajustamento fundamental.

Symptom Check List – 90 Revised (SCL-90-R).

O SCL-90-R é um teste clínico de auto-avaliação composto por 90 itens, da autoria de Derogatis (1992). Enquanto teste psicológico, o SCL-90-R apresenta níveis adequados de consistência interna, validade factorial e fidelidade teste-reteste, estando aferido para a população portuguesa (Baptista, 1993).

Os itens que o constituem reportam-se a queixas sintomáticas médicas e psiquiátricas e a problemas psicológicos referidos habitualmente pelos sujeitos.

O autor considera que os tempos de referência a considerar pelos sujeitos na resposta aos itens deste teste, são os últimos sete dias anteriores e o próprio dia da aplicação. Outros períodos de tempo podem ser usados, em particular se esse período de tempo específico deriva naturalmente da situação ou do contexto em estudo.

A cada um dos 90 itens deste inventário de sintomas de auto-resposta é atribuída uma classificação de 0 a 4 pontos, numa escala tipo Likert, os quais variam entre 0 (*nunca*) a 4 (*bastante*). Uma pontuação final superior a 1,3 indica que existe a probabilidade de haver uma psicopatologia.

Estes itens são classificados e interpretados em:

- a) Nove dimensões de sintomas primários: Somatização (12 itens),

Obsessões Compulsões (10 itens), Sensibilidade Interpessoal (9 itens), Depressão (13 itens), Ansiedade (10 itens), Hostilidade (6 itens), Ansiedade Fóbica (7 itens), Ideação Paranóide (6 itens) e Psicoticismo (10 itens);

b) Três índices globais: o ISG – Índice Sintomático Global; o NSP – Número de Sintomas Positivos; e o ISP – Índice de Sintomas Positivos. Estes índices globais foram desenvolvidos para flexibilizar e resumir informação relativa aos níveis de sintomatologia e perturbação psicológica do sujeito.

O conceito de dimensão aqui utilizado subentende-se na aceção de Freeman (1974) e reporta-se a “um modo geral de comportamento ou uma espécie de facilidade para reagir, com um marcado grau de consistência a um conjunto de situações funcionalmente equivalentes para um indivíduo”.

O SCL-90-R é uma medida do estado dos sintomas psicológicos de um indivíduo num dado momento. Reflete o *status* da sintomatologia psicológica num largo espectro de indivíduos, desde pessoas aparentemente assintomáticas, pacientes de especialidades médicas, pacientes com perturbações psiquiátricas e adolescentes a partir dos 13 anos (Baptista, 1993; Derogatis, 1992)

Especificando agora sobre as nove dimensões primárias de sintomas identificadas no SCL-90-R:

1 - A Somatização reflete o mal-estar resultante da perceção do funcionamento somático, isto é, queixas centradas nos sistemas cardiovascular, gastrointestinal, respiratório (ou outro qualquer sistema com clara mediação autonómica), cefaleias, dores ou desconforto localizado na musculatura e outros equivalentes somáticos da ansiedade. Os sujeitos com elevada pontuação apresentam sintomas físicos múltiplos que denotam preocupação com a saúde.

2 - A dimensão Obsessões-Compulsões engloba os pensamentos, impulsos e ações que são experimentados como persistentes e aos quais o indivíduo não consegue resistir. São egodistónicos e de natureza indesejada. Estão também

incluídos nesta dimensão comportamentos que indicam uma dificuldade cognitiva mais geral. Os sujeitos com elevada pontuação nesta dimensão apresentam comportamentos ou cognições repetitivos – obsessões recorrentes e compulsões.

3 - A Ansiedade é resultante da associação de um conjunto de sintomas e comportamentos ligados clinicamente à ansiedade manifesta. Foram incluídos indicadores gerais como a agitação, nervosismo e tensão, bem como sinais cognitivos de ansiedade generalizada e de ataques de pânico. Elevadas pontuações refletem estados de tensão, predisposição à prática de comportamentos inconsequentes e apreensão em relação ao futuro.

4 - A Depressão é uma dimensão composta de vários itens que refletem inúmeros sintomas de síndrome depressivo, tais como: sintomas de afeto e humor disfórico, sinais de isolamento, de perda de interesse pela vida, de falta de motivação e perda de energia vital. Estão, igualmente contemplados, itens que deixam transparecer sentimentos de perda de esperança, pensamentos de suicídio e outros correlatos cognitivos e somáticos. Sujeitos com pontuações elevadas são suscetíveis de estarem a experimentar alterações de humor num sentido negativo, em que o indivíduo sente sofrimento, pessimismo e angústia.

5 - Os itens que compõem a dimensão da Hostilidade refletem pensamentos, sentimentos e comportamentos característicos do estado afetivo negativo, que se manifesta pela expressão de emoções negativas como a agressão, a ira, a irritabilidade e o ressentimento.

6 - A Ansiedade Fóbica define-se pela vivência de uma emoção desagradável que envolve uma resposta de medo persistente a uma pessoa, local, objeto ou situação específica e, que se caracteriza por ser irracional e desproporcionada em relação ao estímulo que a desencadeia, conduzindo a um comportamento de evitação. Os itens desta dimensão focalizam-se em dimensões do comportamento mais

patognomónicas e disruptivas. Pontuações altas nesta dimensão remetem para o medo exagerado a determinadas situações, coisas, lugares ou pessoas.

7 - Na Ideação Paranoide, o comportamento paranoide é tratado fundamentalmente como um modo perturbado de pensamento, tendo sido efetuada a seleção dos itens que a compõem de acordo com esta conceitualização. Deste modo, as suas características principais (pensamento projetivo, hostilidade, suspeição, egocentrismo, medo da perda de autonomia e delírios) são pensadas, primariamente, como reflexos desta perturbação. Pontuações altas nesta dimensão remetem para a desconfiança e suspeição persistentes em relação aos outros com interpretação dos seus motivos.

8 - A dimensão Sensibilidade Interpessoal tem como principal objetivo focalizar os sentimentos de inferioridade ou de inadequação pessoal, particularmente em situações de comparação com outrem. Aparecem como manifestações características durante as interações interpessoais, a auto-depreciação, o embaraço e o desconforto, enquanto a timidez e as expectativas negativas são as expressões adotadas a propósito das relações interpessoais. Elevadas pontuações nesta dimensão, associam-se a relacionamento interpessoal fechado, timidez e inibição, bem como tendência a fazer interpretações subjetivas do comportamento/atitude do outro.

9 - A dimensão Psicoticismo é um contínuo numa gradação que vai desde o isolamento interpessoal ligeiro à evidência clara e dramática de uma psicose. Os seus itens são indicadores de isolamento e de um estilo de vida esquizoide, para além de refletirem sintomas primários de esquizofrenia como alucinações e emissão de pensamento. Sujeitos com elevadas pontuações nesta dimensão, têm perda de contato com a realidade, sendo que alguns apresentam alucinações e delírios.

Acrescem ainda sete itens adicionais com significância clínica, que embora não se incluam nas dimensões primárias, contribuem para o apuramento do *Score Global* deste instrumento, por possuírem relevância clínica: falta de apetite; vontade de comer

demais; dificuldade em adormecer; pensamentos sobre a morte; dormir demais; sono agitado ou não repousante; e sentir-se culpado.

Conforme já se fez referência, no SCL 90–R existem três índices globais: o ISG – Índice Sintomático Global; o NSP – Número de Sintomas Positivos; e o ISP – Índice de Sintomas Positivos. A função de cada uma destas medidas globais é traduzir numa única medida global o nível ou profundidade da psicopatologia do sujeito.

O Índice Sintomático Global é o melhor indicador único do nível ou profundidade atual da eventual perturbação. O Número de Sintomas Positivos como a designação sugere, é uma contagem do número de sintomas que foram avaliados com valor acima de zero. O Índice de Sintomas Positivos é uma medida de intensidade e funciona essencialmente como uma medida de estilo de resposta na comunicação pela qual o paciente “agrava” ou “atenua” a angústia sintomática inerente à sua perturbação.

Mini-Mult.

O *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (MMPI), na sua versão original, foi desenvolvido em 1943 por um psicólogo e um neuropsiquiatra. Este teste é um amplo espectro desenhado para avaliar um grande número de padrões de personalidade e perturbações emocionais. O Mini-Mult é uma versão reduzida do MMPI, desenvolvido por Kincannon (1968), tendo este selecionado 71 itens, que representavam as escalas do MMPI.

De referir que neste trabalho, foi utilizada a versão portuguesa deste teste, traduzida por Lopes (1985), do qual existem alguns estudos, não sendo no entanto conhecidas as suas características psicométricas.

Apresenta algumas vantagens em relação ao MMPI, dado o menor número de itens e o conseqüente ganho de tempo e adesão. Assim, por norma, o MMPI demora em média entre 45-90 minutos a ser aplicado (567 itens) e o Mini-Mult demora, sensivelmente, 10 minutos.

O Mini-Mult demonstra ter um valor prático para os clínicos, facultando informação clínica essencial, significativa e investigação empírica. É aconselhado para a avaliação de indivíduos maiores de 16 anos, cujo nível cultural não seja baixo, para que não surjam dificuldades na leitura e interpretação dos itens. As respostas são dadas consoante o parecer do sujeito, ao atribuir verdadeiro ou falso a cada questão apresentada.

Esta prova é constituída por três escalas de validade – L, F e K – e oito escalas clínicas: Hs (Hipocondria), D (Depressão), Hy (Histeria), Pd (Psicopatia), Pa (Paranóia), Pt (Psicastenia), Sc (Esquizofrenia) e Ma (Hipomania).

Especificando as escalas de validade, a escala L é constituída por questões de situações socialmente desejáveis, mas raramente aceites, sendo o seu propósito verificar se o individuo admite uma conduta não ajustada. A escala F é formada por questões que mensuram uma variedade de respostas invulgares e atípicas, assim como identificar, em várias dimensões, comportamentos, crenças, experiências e pensamentos peculiares. A escala K é composta por questões selecionadas e não identificadas, as quais pretendem explorar a atitude do individuo face aos seus sintomas. Possibilita identificar fatores discretos, mas eficazes, bem como amplia a sensibilidade do instrumento, proporcionando um modo de correção.

A escala Hipocondria é considerada uma escala de sintoma, abrangendo queixas, preocupações e sintomas relacionados com a saúde corporal. De referir que esta escala apresenta uma correlação muito elevada com a escala Histeria.

A escala Histeria tem em vista avaliar pacientes que usam mecanismos de defesa do tipo conversivo, incluindo questões que se congregam a presença de queixas, sintomas somáticos, mas com a capacidade social de negar tais sintomas.

O Desvio Psicopático destina-se a detetar um desajustamento social e perturbações de carácter associados com *deficit* no controlo dos impulsos que levam à passagem ao ato.

A escala Paranoia foi desenvolvida no sentido de diagnosticar o quadro clínico da paranoia, enquanto a escala Psicastenia tem em vista a avaliação do padrão neurótico, incluindo aspetos fóbicos e obsessivos compulsivos, fadiga intelectual, dúvida e indecisão. É considerada uma escala de sintoma e é vulnerável a flutuações em função de uma perturbação experienciada.

A escala Esquizofrenia reconhece indivíduos que se caracterizam pela presença de ideias e comportamentos bizarros, sendo classificada como uma escala de sintomas, refletindo distorções da realidade ou pensamentos bizarros, confusos e esquizoides.

A escala Mania possibilita o diagnóstico do estado hipomaniaco e casos leves de mania, caracterizado por hiperatividade, excitação emocional e fuga de ideias. Acresce que as questões envolvem sentimentos de grandiosidade, grau de excitação e nível de atividade, e tanto abrange sintomas do estado hipomaniaco, como questões morais, interação social, familiar e temas somáticos.

Pretende-se com esta prova psicológica efetuar uma avaliação objetiva da personalidade para classificação diagnóstica e aproximativa do grau de severidade. Assim, as notas brutas devem ser convertidas em totais brutos, resultando a cotação de todas as escalas na elaboração de um gráfico que aponta para a normalidade (T50 a T65) ou a existência de patologia (acima de T65) das dimensões acima descritas.

Fundamentação da intervenção psicológica

A psicologia clínica é uma área diversificada que apresenta inúmeras possibilidades no que respeita a abordagens terapêuticas. Ora, de entre esta panóplia de abordagens, torna-se necessário apurar qual a que melhor se ajusta a cada profissional e a cada caso clínico. No âmbito do presente estágio académico, a opção pelo referencial teórico surgiu espontaneamente, tendo sido promovido aos pacientes apoio psicológico de orientação psicodinâmica.

A terapia de apoio de orientação psicodinâmica provém da psicanálise, utilizando o seu corpo teórico, no entanto utiliza técnicas diferentes que permitem caracterizá-la como um modelo distinto, nomeadamente através dos seus objetivos. Assim, abrange um tipo de intervenção que tem por base teorias psicológicas de funcionamento humano, tais como: a teoria pulsional de Freud, a teoria das relações objetais de Klein, a teoria do desenvolvimento emocional de Winnicott e a teoria de vinculação de Bowlby (Berlincioni & Barbieri, 2004).

Esta terapia distingue-se da psicanálise, principalmente pelo facto de não precisar incluir todas as técnicas analíticas, não ser conduzida por analíticos psicanaliticamente treinados; ser realizada durante um período de tempo mais curto, sendo as sessões tipicamente uma/duas vezes por semana, orientadas para a queixa trazida pelo paciente (DeFife, 2010).

Neste tipo de abordagem, o psicólogo vai prestar apoio emocional, tendo por princípio que as relações primárias saudáveis geram adultos com personalidade estável. Neste sentido, torna-se imprescindível o recriar de uma relação semelhante, que vai aproximar o sujeito da saúde mental. Não será esta nova relação que irá apagar os danos outrora gerados, mas ajudará a criar condições favoráveis, permitindo ao sujeito alcançar um equilíbrio e bem-estar na sua vida (Appelbaum, 2012).

Para Shedler (2010), a essência da terapia psicodinâmica prende-se com a exploração de aspetos do *self*, que não são totalmente conhecidos, especialmente como eles se manifestam e potencialmente influenciam na relação terapêutica. Deste modo, esta terapia focaliza-se nas raízes psicológicas do sofrimento emocional, sendo as suas principais características a auto-reflexão e auto-exame, bem como a utilização da relação entre terapeuta e paciente como uma janela para padrões de relacionamento problemáticos na vida do paciente.

De forma idêntica defendem Bateman, Brown e Pedder (2003), ao afirmar que nesta terapia trabalha-se para que as motivações inconscientes dos comportamentos possam ser reconhecidas e elaboradas, com o objetivo de promover os recursos cognitivos, emocionais, afetivos e relacionais, assim como organizar o funcionamento da personalidade, e conseqüentemente promover o equilíbrio e bem-estar do paciente.

Na abordagem psicodinâmica, é dada relevância à interação entre paciente e terapeuta, estabelecendo-se uma aliança terapêutica consistente, baseada em modelos fundamentados nas teorias das relações objetais ou na psicologia do self, convergindo para interpretações de relação transferencial. De realçar que, é de extrema importância, a neutralidade nesta relação, não tomando partido de qualquer instância psíquica do paciente, promovendo apenas o fortalecimento de um ego mais maduro (Riso et al., 2011). Neste sentido, o paciente é convidado a verbalizar livremente os seus conteúdos psíquicos, através de técnicas específicas, tais como: a associação livre, exploração, confrontação, interpretação, desde que este disponha do domínio da linguagem e desenvolvimento das funções cognitivas. Por sua vez, o terapeuta faculta uma escuta ativa, através da qual vai pontuar as resistências que se contrapõem, nomeadamente ao relembrar os conflitos que impedem a elaboração psíquica do paciente. O paciente tende a transferir, para a figura do terapeuta, sentimentos e atitudes outrora vivenciadas com outras pessoas, como se reeditasse padrões de relacionamento primários, experienciados com as figuras parentais na infância (Frederickson, 1998; Weiner & Bornstein, 2009).

A particularidade do *setting* no apoio psicológico de orientação psicodinâmica, é a relação terapêutica e os mecanismos inconscientes que nela surgem, ocorrendo os processos de mudança, essencialmente, através da transferência, a qual permite reconstituir experiências relacionais no desenvolvimento precoce do sujeito. A transferência é um fenómeno através do qual o paciente revive padrões de relacionamento, ocorrendo inevitavelmente no seio de uma relação terapêutica que

está bem estabelecida. Assim, é gradualmente dada a capacidade autónoma de gestão do seu psiquismo, expressa na sua cognição, emocionalidade, afetividade e relacionamento intra e interpessoal (Kanter, Tsai, & Kohlenberg, 2010; Manning, Beitman, & Dewan, 2003).

Acrescem ainda os autores que, poderá ocorrer a contratransferência no terapeuta, visto que este também experiencia emoções no decorrer da sessão, sendo que a diferença está na consciência que o terapeuta tem disso, sabendo manusear os seus sentimentos nessa mesma relação terapêutica. Inicialmente, Freud entendia que num bom terapeuta não ocorria contratransferência, ou seja, mantinha-se neutro. No entanto, veio a verificar-se que isso não era possível, pois este fenómeno torna o terapeuta mais responsável no seu trabalho. Para tal, é imprescindível que o terapeuta trabalhe os seus próprios conflitos (idem, 2010; idem, 2003).

Dado que o apoio psicológico, de orientação psicodinâmica, representa uma proposta de tratamento, tendo em vista recuperar e fortalecer a auto-estima do paciente, os autores apontam a relevância da história pessoal do mesmo, destacando que existem alguns ensaios clínicos que comprovam a eficácia da terapia psicodinâmica, tornando esta abordagem cada vez mais aceite dentro da comunidade científica (Abbass, Hancock, Henderson, & Kisely, 2006; Leichsenring, Rabung, & Leibing, 2004)

De acordo com uma pesquisa publicada pela American Psychological Association (2010), este modelo de terapia é eficaz para uma ampla gama de sintomas de saúde mental, como por exemplo depressão, ansiedade, personalidade e doenças físicas relacionadas com o stress, referindo ainda que os benefícios da terapia permanecem mesmo após o tratamento ter terminado.

De seguida, apresenta-se a intervenção psicológica de orientação psicodinâmica, realizada em dois dos casos clínicos levados a cabo no HPSJD.

Casos Clínicos

Caso clínico A

Nome: Fábio (nome fictício)

Idade Cronológica: 23 anos

Escolaridade: 5º ano de escolaridade

Zona de residência: Barreiro

Profissão: Trabalhador sazonal

Estado civil: solteiro

Filhos: -

Motivo da consulta: Fábio foi encaminhado para a consulta de psicologia, porque preenchia os critérios de internamento do Serviço Psiquiátrico, sendo o fator precipitante para tal, uma tentativa de suicídio cometida antes de dar entrada no HPSJD.

Nº de sessões: 12

Genograma

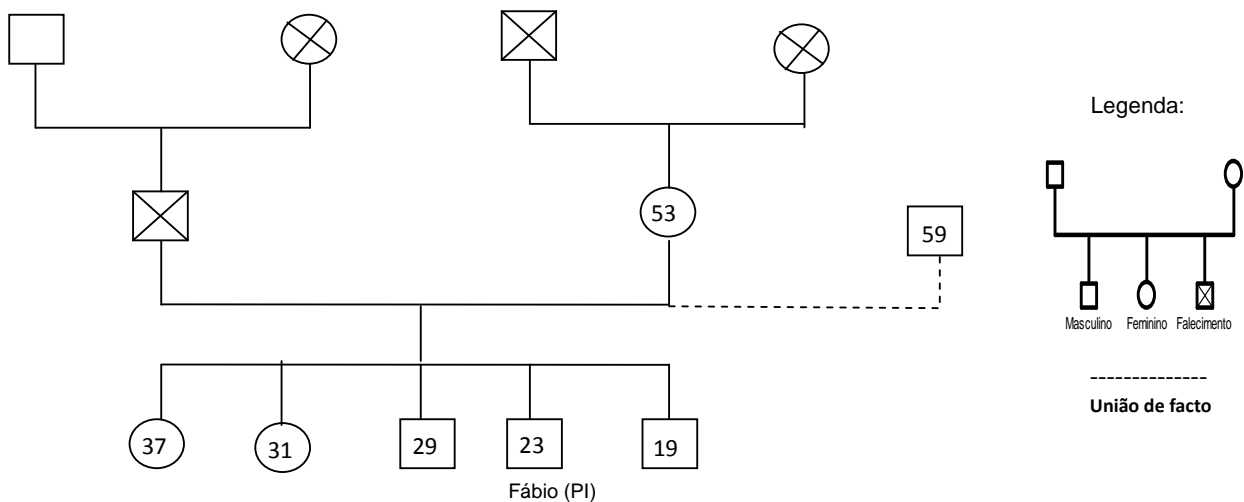


Figura 1. Genograma familiar do Paciente Identificado

História do problema atual

A razão que levou ao internamento do Fábio no HPSJD prendeu-se com o facto de este ter efetuado uma tentativa de suicídio, enquanto aguardava em prisão preventiva no EP da Policia Judiciária. Assim, veio diretamente para o hospital, tendo permanecido até à presente data na Clínica de Saúde Mental e Psiquiatria.

O paciente apresentava sintomas persecutórios relacionados com os seus pares, entendendo que estes falavam mal dele constantemente, que o ridicularizavam e principalmente que o tentavam prejudicar. Reforçava esta ideia ao afirmar que tinha uma imensa dificuldade em manter relacionamentos interpessoais.

Manifestava igualmente ideias de grandeza, que iam muito além das suas possibilidades, entendendo que ninguém o superava em nada. Como manifestação de ideia delirante, mencionou ser detentor de um tesouro “que se encontra escondido no porão de um barco que pertence à minha família”. Por vezes, ouve a voz do pai que lhe diz “não contes a ninguém este segredo”, pois um dia este tesouro vai permitir ter a vida que sempre desejou.

Foram ainda identificados outros indícios importantes, como sendo a propensão a discussões, com muita raiva e irritabilidade, e dificuldade em dormir, associadas a alguma ansiedade.

História clínica

De acordo com informações recolhidas no seu processo clínico, aos 12 anos, Fábio fez internamentos sucessivos no Hospital do Barreiro, cujo diagnóstico efetuado na época apontava para “problemas mentais”.

Aos 18 anos, foi infetado com o Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH), por ter tido relações sexuais com uma prostituta. Desde o seu internamento, que demonstrou alguma fragilidade na sua saúde, mas sempre de forma controlada através de medicação.

Durante as sessões, mostrou grande perturbação pelo facto de em criança não lhe terem cortado o freio da língua, situação essa que lhe trouxe grandes dificuldades em expressar-se.

Importa ainda referir que o Fábio tinha um passado de consumo de drogas, essencialmente haxixe “comecei a consumir ainda muito miúdo, mas nunca me piquei”.

Recentemente foi submetido a uma cirurgia a um quisto, de dimensão considerável, que se detetou numa das axilas.

Segundo o paciente, não havia qualquer registo de problemas de ordem médica e psiquiátrica na família.

História familiar

Fábio era oriundo de uma família numerosa, numa fratria mista (duas irmãs e dois irmãos). Tudo indicava que a família sempre teve poucos recursos monetários, tendo passado muitas privações “comíamos pão e água em muitas refeições”.

A sua mãe, com 53 anos, vivia maritalmente com um homem “que bebe muito”, com quem o paciente não se entendia. Embora o Fábio desconhecesse, foi possível saber, através de informações complementares, que a sua mãe sofria de perturbação bi-polar, estando desde há muitos anos medicada.

Desde sempre, esta trabalhou em casa, saindo apenas para vender o que produzia na mesma. Salienta-se que pintava uns quadros que lhe rendiam pouco dinheiro, pelo que as suas possibilidades económicas eram muito reduzidas.

O Fábio afirmou que nunca teve uma relação próxima com a sua mãe, justificando tal afirmação: “a minha mãe é uma esgrouviada” e “só pensa nela mesma...”. Embora inicialmente, o paciente não tenha encontrado as palavras certas, no desenrolar das sessões já conseguiu verbalizar que “nunca houve um gesto de carinho e afeto dela para nós”. Segundo relato do mesmo, os seus irmãos já haviam comentado que sentiam o mesmo em relação à mãe.

O pai morreu, vítima de cancro do pulmão, quando o paciente tinha apenas 8 anos. Inicialmente, o paciente teve alguma dificuldade em falar deste assunto, o que indicava que esta morte o teria afetado fortemente.

O irmão mais velho foi abandonado pela mulher, com quem vivia em união de facto. Dada esta situação, a vida deste complicou-se, acrescentando ainda o facto de ter ficado com a guarda dos seus dois filhos menores. A irmã mais velha era casada, tinha três filhos e não trabalhava, pelo que tinha uma vida muito modesta. A irmã mais nova era solteira, tinha dois filhos, encontrando-se detida em prisão preventiva no EP de Tires. Dado que estavam ambos presos, foi feito um pedido para que a irmã o pudesse visitar no HPSJD. O irmão mais novo, ainda vivia com a mãe, e dado que trabalhava, servia também de apoio à mesma.

Relativamente aos avós do paciente, apenas o avô paterno era vivo, tendo este cerca de 75 anos. O relacionamento entre ambos nunca foi muito bom, mas deteriorou-se com o passar do tempo, pelo que já não se falavam há mais de 10 anos.

O paciente tinha conhecimento da existência de uns tios, maternos e paternos, mas não mantinham contacto com nenhum deles, há já muitos anos.

Nos primeiros anos de vida do paciente, a família morou numa barraca de madeira, junto ao rio, nas redondezas do Barreiro. No entanto, quando o irmão mais novo, com cerca de dois anos, estava a brincar com uma vela acesa, pegou fogo a umas cortinas e alastrou-se por toda a casa. O paciente e este seu irmão foram salvos por um tio, que na época morava nas proximidades.

Depois desta ocorrência, foram morar, temporariamente, para uma casa facultada pela câmara municipal local, mas passado algum tempo, tiveram que se mudar novamente para uma casa mais simples, onde a sua mãe e irmão ainda habitavam.

História pessoal

Natural do Barreiro, o Fábio desconhecia completamente pormenores relativos à sua vida pré-natal, parto e puerpério.

Quanto ao desenvolvimento na infância, apenas sabia que mamou “até bastante tarde, mas não me lembro que idade tinha...”. Em termos físicos, apresentou sempre peso e altura dentro dos normais para a idade “pelo menos, não me lembro de ser diferente dos da minha idade”. Enquanto criança, nunca dormiu sozinho, em virtude da casa ser bastante pequena, pelo que, sempre partilhou a cama com outros irmãos.

Segundo informação do Fábio, este ainda frequentou a creche do Instituto dos Ferroviários¹, mas a sua mãe acabou por tirá-lo de lá, sem razão aparente para o fazer. Tudo indicava que esteve nesta instituição por pouco tempo, visto que as lembranças eram quase nulas. Também desconhecia quem sugeriu a sua ida para este instituto.

No tocante à sua vida social, o paciente afirmou “nunca tive muitos amigos e aqueles que tive levaram-me para a má vida”. Em criança, brincava com umas crianças que viviam nas redondezas, mas recordava-se que nunca levou um amigo para brincar dentro da sua casa.

De qualquer forma, salientou que, na sequência da mudança de casa, por volta dos 7 anos, começou a isolar-se, não querendo relacionar-se com ninguém, incluindo a família.

No respeitante à escolaridade, Fábio ingressou na primária apenas aos 8 anos, ficando esta situação a dever-se ao facto de o pai ter adoecido. Assim, visto que a doença se arrastou por cerca de dois anos, o paciente afirma: “era eu quem ficava com ele em casa, quando a minha mãe saía para vender os quadros”.

¹ O Instituto dos Ferroviários (I.P.S.S.) é um centro de acolhimento para crianças e jovens privados de uma vida familiar considerada normal.

Quando o pai morreu, sentiu uma tristeza avassaladora “pensei que o meu mundo acabava ali...nós dávamo-nos bem”. Passado algum tempo, a sua mãe refez a sua vida e no início até gostava do novo companheiro desta, mas com o passar do tempo, esse sentimento mudou. Este homem bebia bastante e por vezes era desagradável.

A escola onde estudou tinha alunos do 1º ao 9º ano de escolaridade. Quando iniciou o 1º ano, “provavelmente por ser mais velho do que os outros, andava sempre metido em desordens”, sendo muitas vezes chamado à atenção pelos professores e auxiliares.

Dadas as suas dificuldades de aprendizagem, agravadas pelo seu comportamento, o Fábio acabou o 5º ano com 15 anos, altura em que desistiu de estudar. Entre esta ocasião e até começar a trabalhar, durante cerca de dois anos, pedia dinheiro e comida ou em alternativa já fazia pequenos roubos. A ideia de ir trabalhar como trabalhador sazonal, em Zaragoza - Espanha, foi induzida por dois amigos da época, os mesmos que, dois anos mais tarde, o levaram a regressar novamente. Na verdade, não lhe agradava muito a forma como o patrão o tratava: “estava sempre a reclamar que eu não fazia as coisas bem feitas... ..olha, depois ficou todo zangado quando lhe virei as costas”.

Após a chegada a Portugal, e durante quase três anos, o Fábio não teve morada certa e como forma de sobrevivência foi tendo vários empregos, onde permanecia por pouco tempo. Além disso, ia praticando alguns roubos, razão pela qual a dada altura se dá a sua detenção.

Já desde há alguns meses que nenhum familiar o visitava, alegando todos que “os transportes do Barreiro até ao hospital ficam muito caros”. O irmão mais novo era o único que, de vez em quando, atendia uma chamada, mas não era nada benéfico para o paciente, dado que prometia vir vê-lo, mas nunca aparecia, deixando-o bastante

defraudado. Toda esta situação deixava-o bastante receoso, pois caso tivesse direito a saída precária², o paciente temia não ter para onde ir, pois não acreditava que a mãe e restante família o recebessem em casa, depois de ter estado preso.

Teve poucos relacionamentos com raparigas, sendo estes relacionamentos muitos fugazes e superficiais.

Observação

Ao longo das sessões, o Fábio esteve orientado no espaço e no tempo, com um discurso coerente. Apresentava um ar infantilizado e um aspeto não muito cuidado, denunciando poucos cuidados de higiene. A sua postura em sessão era teatral, demonstrando uma certa facilidade nos movimentos expressivos. Exibia uma atitude de superioridade e um tom de voz elevado.

Quando participava nas atividades em grupo, tinha uma postura diferente da que tinha em setting terapêutico, isto é, em grupo tinha tendência para não colaborar tanto e queria, só para si, toda a atenção dos profissionais envolvidos.

Resultados da avaliação psicológica

No presente caso clínico, procedeu-se ao exame psicológico através das provas psicológicas SCL-90-R, aferido para a população portuguesa (Baptista, 1993) e Mini-Mult, versão traduzida para língua portuguesa por Lopes (1985).

Durante a avaliação psicológica, o paciente apresentou-se vígil, com atividade motora normal, embora, no início, revelasse uma postura que transparecia ansiedade. Ultrapassada esta situação, o paciente colaborou, tendo tido uma atitude adequada à situação.

Assim sendo, os resultados obtidos na prova psicológica SCL-90-R deram-nos conta de valores acima do esperado, em cinco das suas escalas clínicas, uma vez que apresentavam uma pontuação final superior a 1,3, indiciando a existência de psicopatologia.

² Constante no Decreto-Lei nº Decreto-Lei n.º 783/76, de 29 de Outubro

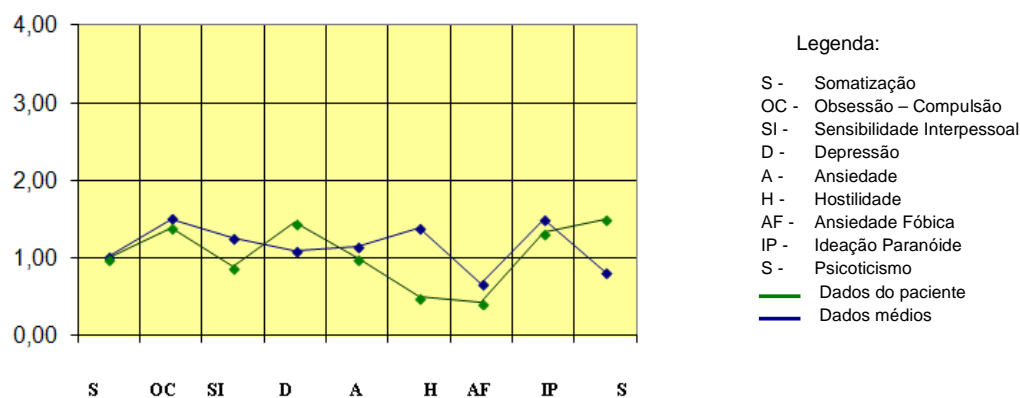


Figura 2. Perfil sintomatológico do SCL-90-R

Como se pode verificar na figura 1, o Fábio apresentava um conjunto de sintomas e pensamentos que apontavam para a existência de psicoticismo ($S=1,50$). O índice depressivo evidenciava-se pelos sinais de isolamento, excessiva preocupação, perda de interesse e de objetivos, falta de motivação, diminuição de energia e ideação auto-destrutiva ($D=1,46$). Demonstrava comportamentos paranóides que se traduziam principalmente ao nível do pensamento projetivo e sentimento de inferioridade ($IP=1,33$). Verificaram-se pensamentos, impulsos e ações muito vincadas às quais não conseguia resistir – rigidez do pensamento ($OC=1,40$). O paciente manifestava sentimentos de inferioridade ou inadequação pessoal ($SI=0,89$). De referir que o paciente não apresentava valores significativos nas Escalas de Somatização, de Hostilidade, de Ansiedade e Ansiedade-Fóbica, o que pressupôs a inexistência de psicopatologia nas referidas dimensões primárias.

No que diz respeito aos resultados obtidos através da prova psicológica Mini-Mult, o Fábio indiciava alguma rigidez cognitiva, apresentando limitações intelectuais e educacionais ($L=56$). Tudo indicava estarmos perante um sujeito com mau contato com a realidade ($F=88$), o qual revelava um sistema de defesas precário, com pouco controlo das emoções e do comportamento ($K=48$). De acordo com as Hipóteses de Vincent, este era um perfil válido.

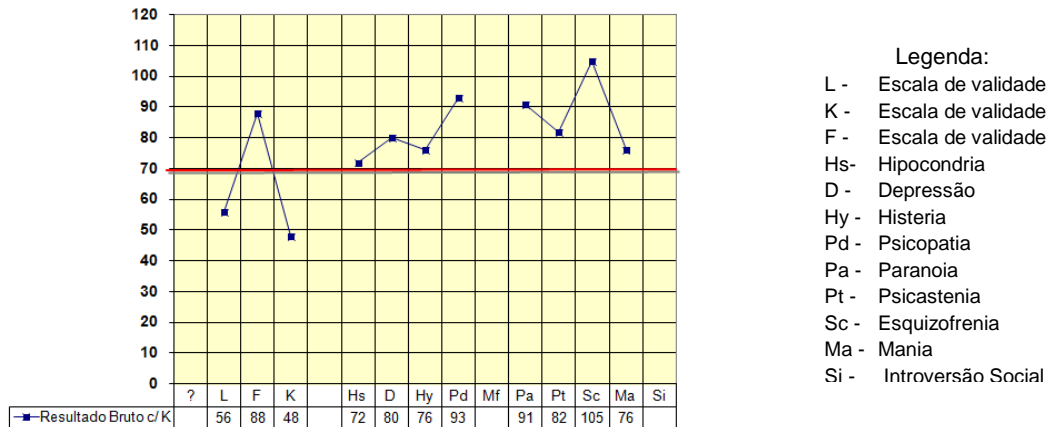


Figura 3. Perfil sintomatológico do Mini-Mult

Conforme se pode verificar na figura 2, o Fábio aparentava ser um sujeito imaturo, queixoso, exigente, pessimista em relação a si mesmo e ao que o rodeava (Hs=72), sentia falta de confiança em si mesmo, proveniente de uma auto-imagem desvalorizada (D=80). Além disso, tinha grande dificuldade em lidar com a heteroagressão e auto-agressão, assim como tinha tendência para evitar a consciência de conflitos internos, mantendo-os a um nível inconsciente e canalizando-os através de sintomas somáticos (Hy=76). O paciente apresentava um comportamento irresponsável, impulsivo, agressivo, ou seja, passagem ao ato com facilidade e, ainda, anti-social, tendo dificuldade em aprender com os seus próprios erros (Pd=93). Dada a sua idade, aliada à sua imaturidade, pode considerar-se que o Fábio ainda apresentava a agressividade característica da adolescência, a qual comprometeu o sucesso escolar e conseqüente evasão escolar (Pa 91). Pode igualmente ser descrito como sendo ansioso, tenso, medroso, insatisfeito e emotivo (Pt=82), demonstrando um pensamento pouco convencional e de caráter pessimista, o qual tendia a ser pautado por confusão de ideias, crenças e ações estranhas. Apontava para uma alienação social e familiar, bem como ausência de interesse pelo que o rodeava (Sc=105). Uma vez que não conseguia controlar os seus impulsos, tornava-se um sujeito irritável (Ma=76).

Avaliação multiaxial

Para efeitos de apresentação dos resultados de uma avaliação, o DSM-IV-TR (APA, 2002) conta com o diagnóstico multiaxial, o qual permite uma avaliação mais ajustada e aprofundada dos pacientes, visto que se baseia em cinco eixos, referindo-se cada um destes a um domínio distinto de informação.

Neste sentido, na tabela 3 apresenta-se o diagnóstico multiaxial referente ao estudo de caso acima descrito:

Tabela 3. Diagnóstico multiaxial

Eixo I:	295.30	Esquizofrenia Tipo Paranóide [F20.0x]
Eixo II:	301.7	Perturbação Anti-Social da Personalidade [F60.2]
Eixo III:	-	Infeção por VIH
Eixo IV:	-	Detenção por assaltos
Eixo V:	AGF=45 AGF=60	(no momento de admissão) (no momento atual)

Discussão do caso

Tendo presente a observação, a anamnese, os resultados da avaliação psicológica e o desenrolar das sessões, o Fábio enquadrava-se no diagnóstico acima apresentado. Especificando, o paciente preenchia os dois critérios de diagnóstico para a perturbação de esquizofrenia tipo paranóide, visto que manifestava a presença de delírios e alucinações auditivas, num contexto de relativa preservação do funcionamento cognitivo e do afeto. Além disso, não apresentava discurso desorganizado, afeto embotado ou inapropriado e comportamento catatónico ou desorganizado, sintomas estes que são característicos do tipo desorganizado e catatónico (APA, 2002).

As ideias delirantes que Fábio apresentava prendim-se essencialmente com tendência persecutória “lá dentro todos me querem fazer mal...”, “estão sempre a

acusar-me de tudo o que é mal feito”. Cordeiro (2003) considera que estes indivíduos auto-relacionam eventos diários como dirigidos a si próprios, levando-os a defenderem-se de supostos inimigos, com conseqüente isolamento, voltando-se para si mesmos.

O paciente também apresentava ideias delirantes de tendência de grandeza “quando eu sair daqui, vou ser um Senhor... tenho um tesouro escondido no porão de um barco que pertence à minha família” e ocasionalmente, também assumiam a forma somática ““sinto que estou mal, que estou a morrer”, “às vezes parece que o meu estomago sai do lugar e às vezes é o coração que bate noutra sítio, sei lá...”. De acordo com Matos, Bragança e Sousa (2003), o delírio estrutura-se segundo temas, nos quais estão patentes as ideias de que o paciente fala regularmente, podendo ser de vários tipos, como ideias de grandeza, de somatização ou místicas.

Relativamente às alucinações auditivas, o paciente apenas se referiu uma vez “às vezes oiço a voz do meu pai que me diz para não contar o segredo do tesouro escondido”. Conforme referido por Dalgalarondo (2008) na esquizofrenia tipo paranóide, as alucinações auditivas manifestam-se com bastante lucidez, como sendo vozes, que interferem diretamente nos atos do paciente, que o censuram ou ameaçam.

O paciente aparentava estar integrado neste mundo delirante e alucinatório, distanciando-se cada vez mais da realidade. Contudo, para poder fortalecer a sua convicção delirante, este retirava da realidade apenas os elementos que contribuíam para tal. Do ponto de vista de Amaral Dias (2005), o importante para o funcionamento psíquico e para a compreensão da psicopatologia são as representações mentais que o sujeito constrói dos objetos, bem como o modo como este é, ou não, capacitado para transformar a frustração, quando estes dão azo a qualquer tipo de desamparo. Ora, quando o sujeito não tem esta capacidade, ou quando se sente mentalmente

impotente para poder mudar a realidade que o frustra, vai começar a odiar a parte da sua mente que é impotente para transformar a realidade adversa.

Em termos de diagnóstico diferencial, a perturbação delirante é especialmente difícil de distinguir da esquizofrenia tipo paranóide, visto que esta última não inclui discurso e comportamento desorganizados ou afeto embotado e inadequado, estando associado com frequência a um menor declínio do funcionamento relativamente a outros subtipos de esquizofrenia (APA, 2002)

No que diz respeito ao diagnóstico para a perturbação anti-social da personalidade, este foi estabelecido tendo por base o facto de o Fábio preencher quatro dos sete critérios de diagnóstico dessa mesma perturbação.

Os referidos critérios de diagnósticos são os seguintes: (1) incapacidade de se conformar com as normas sociais respeitantes aos comportamentos legais, o qual é demonstrado pelo facto do Fábio ter, repetidamente, efetuado vários assaltos, fundamentando a sua detenção; (4) irritabilidade e agressividade, como são demonstradas pelos repetidos conflitos e lutas físicas que trava com os seus companheiros de enfermaria; (6) constante irresponsabilidade, demonstrada pelo não pagamento de dívidas que contrai sistematicamente; e (7) ausência de remorso, como é demonstrada pela indiferença com que o paciente reage após ter magoado, maltratado ou roubado alguém. Na verdade, para o Fábio os outros são ferramentas que o ajudam a alcançar os seus propósitos.

Conforme refere Fonseca (2010), o sujeito com este tipo de perturbação apresenta elevados níveis de perigosidade, na medida em que, o padrão global de menosprezo e violação dos direitos dos outros levá-lo-á a adotar, com regularidade, comportamentos transgressores, aos quais poderão estar associados a violência criminal. Desta forma, torna-se importante avaliar o risco de comportamento violento, de modo a permitir uma intervenção que vise a redução do mesmo.

O paciente demonstrou desde muito cedo um padrão de comportamento persistente e repetitivo, no qual quebrava as regras ou normas sociais “na escola estava sempre à briga com os outros miúdos” ou “chegava-lhes a mão ao pelo e as auxiliares e os professores não tinham mão em mim”, o que provavelmente já indiciava uma perturbação do comportamento. De acordo com Carrilho (2000), quando as crianças e os adolescentes são portadores da referida perturbação, revelam um comportamento insultuoso, ameaçador ou mesmo intimidatório, podendo utilizar armas, ser fisicamente cruéis com pessoas ou animais, ou ainda, confrontar a vítima. Assim, na idade adulta, este processo evolui para a perturbação de personalidade anti-social no que diz respeito aos rapazes, enquanto nas raparigas, o processo evolui para a depressão.

A descrição do comportamento do Fábio, em criança e adolescente vem, segundo a APA (2002), contribuir para o estabelecimento do diagnóstico da perturbação anti-social da personalidade, visto que o paciente apresentou um historial de problemas comportamentais antes de perfazer 15 anos, tendo o padrão de comportamento anti-social continuado na vida adulta.

Tudo indica que o Fábio, ao longo da sua vida, possa ter vivenciado rejeição e maus-tratos, nomeadamente no seio familiar, situação que o levou a experienciar severas perturbações emocionais. Provavelmente, estas resultaram numa atitude de desconfiança no que concerne aos outros que o rodeiam, acrescido a uma conduta impulsiva, imprevisível e inconformista. Estes comportamentos não o permitem ajustar-se, pois tornam-no anti-social e com envolvimento com a justiça.

Em termos de diagnóstico diferencial, deve distinguir-se a perturbação anti-social da personalidade do comportamento criminoso, que foi concretizado tendo em vista o ganho, mas principalmente onde não se denotem sintomas característicos desta perturbação.

Pode igualmente distinguir-se a perturbação anti-social da personalidade da perturbação estado-limite da personalidade, pese embora partilhem o comportamento manipulativo. No entanto, os objetivos são diferentes, pois os sujeitos portadores da primeira perturbação pretendem obter lucros, poder ou outra gratificação material, enquanto os da segunda pretendem obter a preocupação dos cuidadores.

Considerações finais

A partir dos aspetos importante retirados do historial do Fábio, tais como os factos e a sua ligação no tempo, as experiências adjetivadas pelo mesmo, as relações interpessoais e o seu desenvolvimento, assim como a representação que o paciente tem de si, deu-se início ao respetivo apoio psicológico de orientação psicodinâmica, no qual se privilegiou auxiliar o paciente a ter maior entendimento da relação consigo mesmo, com os outros e com o mundo.

Para tal, foi essencial o estabelecimento de uma relação terapêutica, baseada na confiança, ajustada ao contexto hospitalar prisional, com processos de comunicação eficazes, bem como integração do regime de rotinas diárias do paciente.

Durante as sessões, foi criado um espaço de contenção, no qual se efetuou elaboração mental, bem como melhoria de pensamentos, tendo por base uma relação sustentada.

Foi igualmente promovido holding environment, tendo em vista a reestruturação de sentimentos do paciente, nunca descurando que as condicionantes em que este se encontrava, levavam-no a racionalizar o sentimento como forma de defesa.

A atuação enquanto psicólogo não passou exclusivamente por escutar, mas também devolver e responsabilizar o paciente de todos os seus atos, sempre tendo em conta as respetivas necessidades específicas e individuais, em constante articulação com os demais profissionais que prestam serviço no HPSJD.

Este paciente não mostrou grande motivação para a mudança, no entanto esta foi trabalhada no sentido de o Fábio ser transferido para o seu EP de origem, o qual iria permitir o seu crescimento a vários níveis, dando ênfase a um caráter mais pedagógico, principalmente devido à sua idade.

Dada a sua acentuada deterioração da capacidade de responder às suas responsabilidades diárias, bem como nos cuidados de higiene a ter consigo próprio, foram igualmente trabalhadas as competências necessárias para uma reintegração na sociedade, com o objetivo de minimizar o risco de reincidência na delinquência e favorecer o seu enquadramento social.

É importante salientar que a medicação administrada ao paciente (Anexo F) tem sido altamente eficaz, principalmente na diminuição dos sintomas psicóticos do tipo positivo.

À data da elaboração do presente relatório, o Fábio continuava a ser seguido em sessões semanais, pois o processo terapêutico não se encontrava finalizado, pretendendo-se dar continuidade ao mesmo.

Caso clínico B**Nome:** João (nome fictício)**Idade Cronológica:** 41 anos**Escolaridade:** 9º ano de escolaridade**Residência:** Vila Franca de Xira**Profissão:** Empregado numa empresa de *catering***Estado civil:** Divorciado**Filhos:** um filho com 11 anos

Motivo da consulta: João foi encaminhado para a consulta de psicologia, porque preenchia os critérios de internamento do Serviço Psiquiátrico. Neste caso específico, o paciente apresentava uma situação sintomatológica depressiva com ideação suicida.

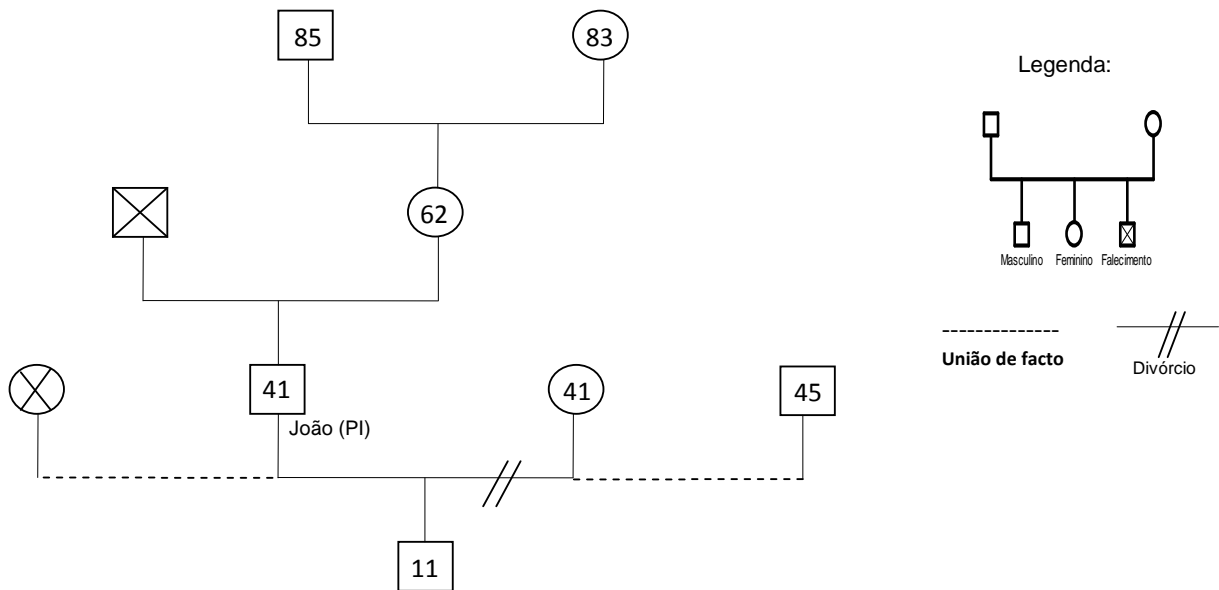
Nº de sessões: 12**Genograma**

Figura 4. Genograma familiar do Paciente Identificado

História atual

João esteve internado durante cerca de oito meses no Hospital de São José, em Lisboa, por tentativa de suicídio, da qual resultaram danos físicos muito graves. Esta tentativa de suicídio vem na sequência da sua responsabilidade no homicídio da companheira.

Após este período, deu entrada no HPSJD, em situação de prisão preventiva, para um processo gradual de recuperação. Apresentava humor depressivo, conjugado com um sentimento de angústia e de desespero. Tinha dificuldade em adormecer e em concentrar-se, assim como perda generalizada de interesse nas atividades habituais. Acresce ainda que tinha dores em todo o corpo, particularmente na cabeça.

Apresentava uma preocupação excessiva consigo próprio, uma constante auto-insatisfação, assim como apontava defeitos e pontos fracos a todos à sua volta, fazendo-se sobressair e superiorizar em relação aos outros.

História clínica

De acordo com informação constante no processo clínico do paciente, durante a sua permanência no Hospital de São José foi-lhe diagnosticada uma perturbação depressiva major, estando medicado para tal, desde o seu internamento no referido hospital.

No que diz respeito à sua história clínica, o paciente apenas realçou que efetuou uma cirurgia bariátrica, isto é, colocação de banda gástrica, tendo em vista reduzir substancialmente o seu peso na época.

História familiar

Toda a família de João é natural de Abrantes, no entanto, após o casamento, os pais deste vieram morar para Vila Franca de Xira, local onde nasceu e criaram o filho. Logo após o nascimento do João, os avós maternos vieram viver para as redondezas da casa dos seus pais, pelo que a avó cuidou dele nas ocasiões em que a

mãe não estava com essa capacidade. Quanto aos avós paternos, provavelmente por terem falecido muito cedo, acabaram por não deixar grandes referências no seu neto.

A condição económica dos pais do paciente era estável, embora fosse o pai o único a trazer dinheiro para casa. Este não trabalhava, pois usufruía da condição de deficiente das Forças Armadas, dado que foi atingido por um engenho explosivo, na mão direita, quando estava a combater na Guerra Colonial, nos anos sessenta. Para além dessa condição física, ao pai tinha igualmente sido diagnosticada perturbação pós stress traumático, situação que, frequentemente, o tornava agressivo. Por vezes, ouvia-o a gritar de noite, com pesadelos recorrentes e ficava extremamente assustado e, conseqüentemente, quieto na cama, com receio dos frequentes acessos de cólera do pai, nestas ocasiões. Também não valia a pena chamar pela mãe, pois esta, devido aos medicamentos que tomava, dormia profundamente.

O pai faleceu há 4 anos, vítima de Acidente Vascular Cerebral, com 60 anos de idade. A morte do pai foi vivenciada sem grande sofrimento para a família, pois “não era fácil lidar com ele... mesmo doente, era bastante mauzinho para nós”. Dado que o seu pai foi cremado por vontade própria, o paciente considerou mais desagradável e difícil de vivenciar, o facto de ter transportado as suas cinzas, de Lisboa a Abrantes, local onde estas estão depositadas “ir ali com aquilo no carro... Oh, pá, que mau...”.

A mãe tem 62 anos de idade, nunca trabalhou fora de casa, sendo descrita pelo paciente como uma pessoa que se arrastava pela casa. Aliás, tudo indicava que, desde há muitos anos, esta apresentava um quadro depressivo, com alguns internamentos hospitalares “inclusive tentou cometer suicídio por várias vezes. Lembro-me perfeitamente de algumas dessas situações quando ainda era bem pequeno ...”.

Era uma senhora “bastante forte, aliás, grande parte da família é assim”, sendo entender do paciente de que na sua família nunca houve padrões de alimentação correta, nem tão pouco apetência para a atividade física. A grande preocupação da mãe era que o João se alimentasse convenientemente “até parecia que fazia gosto em

que eu fosse gordinho”. Esta preocupação ainda se mantinha à data da elaboração deste relatório, dado que, quando o ia visitar ao HPSJD, o seu principal cuidado era levar comida ao seu filho, por vezes de forma ilícita.

Para uma melhor compreensão da dinâmica familiar, descreve-se uma situação ocorrida quando João tinha 5 anos de idade, que nada tem a ver com fatores culturais ou religiosos. Este descobriu que era habitual as pessoas festejarem o Natal em suas casas, tendo apenas dado conta deste facto, quando por motivos de hospitalização da mãe, foi passar a mencionada quadra a casa de uns tios. Assim, pôde vivenciar o Natal pela primeira vez: “não sabia que se enfeitavam assim as casas... nunca tinha havido uma árvore de natal enfeitada lá em casa”. Só a partir desta altura, é que o João passou a “exigir” a comemoração da quadra natalícia em casa dos seus pais, melhor dizendo, a casa passou a ser enfeitada com motivos natalícios.

O seu relacionamento com os avós maternos sempre foi muito próximo, visto que, devido à condição de saúde da sua mãe, este passava muito do seu tempo com os mesmos. Desde sempre sentiu que estes faziam de tudo para o proteger do ambiente vivido em casa. Mais uma vez, eram os avós que lhe estavam a dar o maior apoio, pois vinham visitá-lo todas as semanas ao HPSJD. Mais do que nunca, naquela altura, sentia uma enorme gratidão pelo que lhe estavam a fazer.

João tinha um filho, fruto do seu único casamento, o qual estava a reagir bem à situação que este estava a enfrentar, vindo visitá-lo quase todas as semanas. Era entender do paciente que ambos tinham uma boa relação, embora este fosse bastante exigente para o filho “estou sempre a dizer-lhe que tem de ser o melhor da turma... eu é que sei o é melhor para ele”. Além disso, preocupava-se com o facto de o seu filho também ter tendência para engordar, pelo que o alertava frequentemente para ter cuidado com a alimentação.

História pessoal

João nasceu de parto normal, tendo a gravidez da mãe decorrido sem incidentes. Segundo informação complementar, que o paciente obteve através da sua mãe, este terá mamado cerca de duas semanas, altura em que passou a ser alimentado a biberon, visto que a sua mãe se encontrava doente.

Tudo indicava que o seu desenvolvimento decorreu normalmente, exceto na questão do peso, pois terá sido obeso desde pequeno. Não frequentou nenhuma creche, visto que “os meus pais tinham possibilidade de estar comigo”. No entanto, o paciente recordava-se “que em casa ninguém brincava comigo”, situação que este não entendia, sobretudo porque à partida se não saiam para trabalhar fora de casa, teriam disponibilidade para tal, mas “parecia que nem me viam...”.

Refere ainda o paciente “não me lembro de ter tido colo dos meus pais ou de ter recebido deles uma palavra mais carinhosa”, acrescentando ainda que “fui sempre uma criança triste...”.

Só ingressou na escola aos 6 anos e a adaptação foi bastante difícil, na medida em que João sentia-se inibido naquele local. Com o passar do tempo, verificou que tinha colegas na sua sala com quem também se relacionava na zona de residência. Esta situação acabou por facilitar um pouco a sua integração na escola, embora não tenha sido um processo fácil. Em termos de rendimento escolar, denotaram-se algumas dificuldades de aprendizagem, que se foram arrastando ao longo do tempo. Segundo refere o paciente, os pais entendiam que este não tinha competência para fazer nada, muito menos para os estudos.

Com cerca de 16 anos, João ainda se encontrava a frequentar o 6º ano de escolaridade, tendo começado a consumir drogas, sobretudo heroína, levando-o a adotar um estilo de vida bastante diferente daquele que tinha até aquele momento. Segundo referido pelo paciente, naquela época, este tornou-se mais desinibido e as

suas relações interpessoais mais facilitadas. De salientar que esta questão causou grandes conflitos em casa, nomeadamente com o pai.

Ainda em termos de escolaridade, João viria a completar o 9º ano de escolaridade, já em adulto, através do programa das Novas Oportunidades. Fê-lo principalmente para mostrar que era capacitado para tal, bastando para isso querer.

A questão da obesidade afetou-o muito precocemente, mas sobretudo ainda na fase de adolescência, altura em que se sentiu alvo de preconceito e discriminação: “o pior de tudo era ser constantemente tratado por gordo assim, gordo assado...”. João referiu que esta questão nunca se refletiu nas relações interpessoais, pois para além de alguns amigos, sempre teve namoradas “recordo-me de ter tido a menina mais cobiçada da escola... e tinha aquelas que quisesse, era só eu querer”.

Quando atingiu a idade adulta, chegou a pesar 160 quilos, condição que, segundo relato do próprio, não permitia ter qualquer qualidade de vida. Assim, acabou por ter durante a sua vida um longo historial de tentativas de emagrecimento, as quais, por não culminarem no resultado desejado, causaram uma grande frustração.

Decorrente desta situação, em 2000, decidiu viajar para o Brasil, com o intuito de efetuar a cirurgia atrás mencionada, pese embora a mesma existisse em Portugal, “eu tinha que ser tratado pelos melhores médicos desta área...e como tinha dinheiro para tal ...”

Sentia-se bem com a sua imagem atual, com menos cerca de 90 quilos, excetuando o facto de ainda não ter podido recorrer à cirurgia estética, pois existiam muitas zonas do seu corpo que precisavam de ser adaptadas à sua nova aparência.

Aos 28 anos de idade, casou com a mãe do seu filho, tendo o casamento durado cerca de três anos “ainda hoje não entendo porque é que ela quis o divórcio... dei-lhe sempre tanto: uma boa casa, roupas caras de marca, bons cabeleireiros, sei lá, e ao fim ela diz que não suporta o meu feitio?” Apesar de tudo, continuaram a manter contato por causa do filho.

Após este rompimento, João envolveu-se com inúmeras mulheres, as quais estavam consigo por pouco tempo, embora este não conseguisse perceber o motivo “...se lhes pedia tão pouco, porque não conseguiam elas fazer-me o gosto?”. Referiu que a razão principal pela qual estas mulheres o procuravam prendia-se com o facto “de eu ser um bom amante... em termos de sexo, sou muito bom...”

Acabou por viver maritalmente com uma destas mulheres, de origem brasileira, durante cerca de cinco anos, embora fosse tendo, em simultâneo, outras relações para além desta. Trabalhavam juntos numa empresa de catering e eram membros do Moto Clube de Alverca “mas já fui o presidente, aliás..., eu fui o melhor presidente até hoje...”

A relação com esta mulher era bastante tempestuosa, tendo já dado origem a situações de violência. No dia em que esta acabou por ser assassinada pelo João, o início da discussão teve a ver com a aparência desta, pois o paciente “gostava que ela estivesse esplêndida, para se tornar ainda mais atraente”.

Observação

Ao longo das sessões, o João esteve orientado no espaço e no tempo, teve uma atitude colaborante, postura adequada e um discurso coerente. Por norma, falava espontaneamente, contrastando com outras ocasiões em que respondia unicamente ao que lhe era perguntado.

Apresentava uma aparência adequada à sua idade e o seu aspeto era cuidado, no entanto ao entrar no gabinete, parecia arrastar-se pelo chão.

Resultados da avaliação psicológica

No presente caso clínico, procedeu-se ao exame psicológico através das provas psicológicas SCL-90-R, aferido para a população portuguesa (Baptista, 1993) e Mini-Mult, versão traduzida para língua portuguesa por Lopes (1985).

Durante a avaliação psicológica, o João apresentou-se vígil e com atividade motora normal, tendo demonstrado imediatamente interesse em colaborar, apresentando uma postura adequada à situação.

Assim sendo, os resultados obtidos na prova psicológica SCL-90-R apresentaram valores acima do esperado na quase totalidade das suas escalas clínicas, uma vez que apresentavam uma pontuação final superior a 1,3, indiciando a existência de psicopatologia.

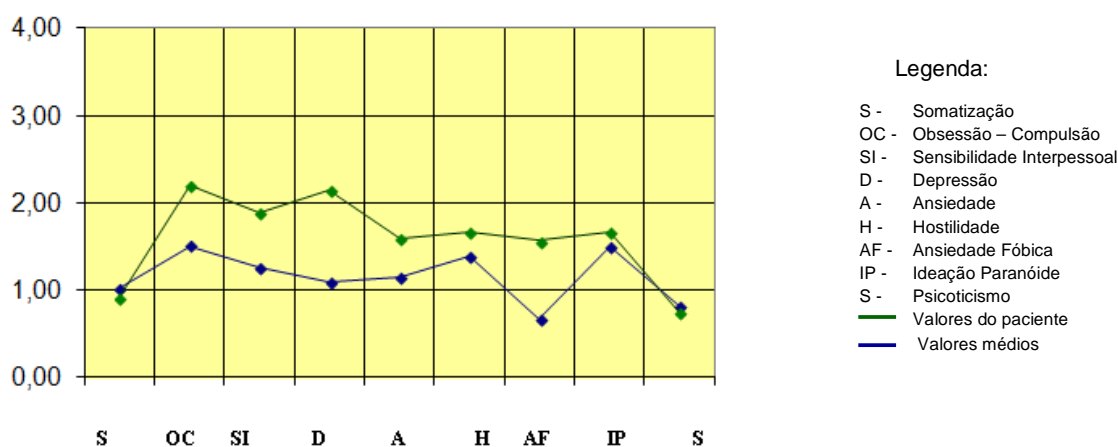


Figura 5. Perfil sintomatológico do SCL-90-R

Como se pode verificar na figura 3, o índice depressivo apresentado pelo João evidenciava-se pelos sinais de isolamento, excessiva preocupação, perda de interesse e de objetivos, falta de motivação, diminuição de energia e ideação auto-destrutiva (D=2,15). Verificavam-se pensamentos, impulsos e ações muito vinculadas às quais não conseguia resistir – rigidez do pensamento (OC=2,20). O paciente manifestava sentimentos inadequação pessoal, particularmente na comparação com os outros (SI=1,89). Denotavam-se preocupações, tensões, medos exagerados, nervosismo, e agressividade latente, pouco domínio sobre pensamentos, imagem ou atitudes, que se repetiam independentemente da vontade (A=1,60). Observava-se a presença de impulsividade de temperamento que não conseguia controlar, bem como uma persistente irritabilidade (H=1,67). Demonstrava comportamentos paranóides que se

traduziam principalmente ao nível do pensamento projetivo e egocentrismo (IP=1,67). De referir que o paciente não apresentava valores significativos nas Escalas de Somatização e de Psicoticismo, o que pressupunha a inexistência de psicopatologia nas referidas dimensões primárias.

No que diz respeito aos resultados obtidos através da prova psicológica Mini-Mult, tudo indicava que o João pretendia, de uma forma ingénua, dar uma imagem favorável de si próprio (L=56). Tudo indicava estarmos perante um sujeito com mau contato com a realidade (F=92). Revelava pouco controlo das emoções e do comportamento (K=43). De acordo com as Hipóteses de Vincent, este era um perfil válido.

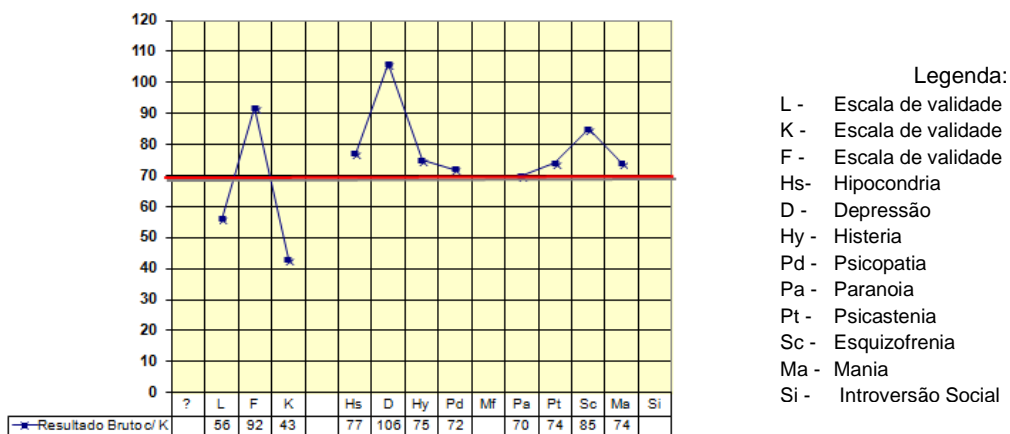


Figura 6. Perfil sintomatológico do Mini-Mult

Como se pode verificar na figura 4, o João revelava ser um sujeito queixoso, teimoso, manipulador e exigente, pois nunca nada era suficiente para si (Hs=77). O paciente satisfazia alguns critérios diagnósticos para um quadro depressivo, sendo considerado um sujeito com desânimo e com manifesta irritabilidade (D=106). As relações que mantinha com os outros eram superficiais, imaturas e narcisistas, procurando através das emoções conseguir afeto e apoio. Além disso, tinha grande dificuldade em lidar com a heteroagressão e auto-agressão, embora estivesse consciente disso, dado que apresentava alguns impulsos hostis (Hy=76). Revelava ausência de respostas emocionais profundas, uma vez que apresentava um elevado

nível de egocentrismo, que o levava a um comportamento impulsivo (Pd=72), evidenciando sentimentos de suspeição ou ressentimento (Pa=70). Tudo indicava estarmos perante um sujeito com grande ansiedade, tensão e preocupação. Este tendia a ser medroso, insatisfeito e emotivo, apenas em relação às suas necessidades (Pt=82). Demonstrava um pensamento pouco convencional (Sc=85). Exteriorizava sentimentos de grandiosidade em relação à sua pessoa (Ma=74).

Avaliação multiaxial

Para efeitos de apresentação dos resultados da avaliação efetuada, apresenta-se (tabela 4) o diagnóstico multiaxial referente ao estudo de caso acima descrito:

Tabela 4. Diagnóstico multiaxial

Eixo I:	296.31	Depressão Major [F32]
Eixo II:	301.81	Perturbação Narcísica da Personalidade [F60.8]
Eixo III:		Em suspenso
Eixo IV:		Detenção por homicídio
Eixo V:	AGF=40 AGF=55	(no momento de admissão) (no momento atual)

Discussão do caso

Tendo presente a observação, a anamnese, os resultados da avaliação psicológica e o desenrolar das sessões, o João enquadrava-se no diagnóstico acima apresentado.

Especificando, o paciente preenchia os critérios de diagnóstico da perturbação depressiva major descritos na APA (2002), visto que já apresentou vários episódios depressivos major, com intervalos de pelo menos dois meses consecutivos, durante os quais não se encontraram critérios para tal. Acresce ainda que os referidos episódios não são melhor explicados por uma perturbação esquizofreniforme, e não se sobrepõem a uma esquizofrenia, perturbação esquizofreniforme ou perturbação

psicótica sem outra especificação. Foi ainda possível verificar que nunca existiu nenhum episódio maníaco, misto ou hipomaníaco. De salientar que o estado clínico do paciente, à data da realização deste relatório, indicava que a perturbação depressiva major era recorrente e apresentava características de cronicidade.

Na análise do presente caso clínico, pode verificar-se que se evidenciavam lacunas na sua infância, nomeadamente ao nível da expressão dos afetos e na apetência para exercer as competências relacionais por parte dos seus progenitores. Estas particularidades na dinâmica familiar do João eram comprovadas pelo próprio quando afirmava: “não me lembro de ter tido colo dos meus pais”, “nem sequer me lembro de me terem feito uma carícia” ou ainda “em casa ninguém brincava comigo” e “parecia que nem me viam”. De acordo com Winnicott (1996), quando o ambiente familiar não proporciona as devidas condições para o desenvolvimento adequado do sujeito, o amadurecimento do seu ego não ocorre, ou ocorre de forma precária. Ora, no caso do João, também se aferiu que este não foi verdadeiramente compreendido, não tendo tido um espelho vivo para o qual pudesse olhar e perceber-se.

A depressão apresentada pelo paciente pode ter surgido como resultado de uma relação de amor não correspondido, na qual o sujeito dá muito mais do que aquilo que recebe, o que, conforme referido por Coimbra de Matos (2007), leva a depressão a desenvolver-se, formando-se como que uma reação à perda afetiva, mais visível e dolorosa para o sujeito.

Por outro lado, tudo indicava que o João não tinha sido valorizado enquanto ainda menino. Eventualmente, nunca lhe terá sido dito que era bonito ou ainda que iria arranjar namorada, pelo que a sua beleza não foi enaltecida. Também as suas competências e capacidades não foram valorizadas, nunca tendo feito nada que satisfizesse os seus pais. Coimbra de Matos (2007) refere que esta é uma forma de depressão de inferioridade, com contornos diferentes da retirada do afeto pelo objeto e que resulta da deficiente narcisização da criança.

A situação que vivia atualmente constituía um fator precipitante para novos episódios depressivos, pois era um período de adaptação bastante doloroso. Esta fase implicava uma despersonalização e uma “mortificação do eu” no decurso do qual este é levado a despojar-se da sua anterior personalidade para ser imbuído, adentro da instituição totalitária, de um novo estatuto e papel: o de recluso (Gonçalves, 2008).

O diagnóstico diferencial entre a perturbação depressiva major e a perturbação distímica torna-se particularmente difícil, dado que ambas as perturbações apresentam sintomas semelhantes, assim como as diferenças entre ambas, no início, duração, persistência e gravidade não são fáceis de avaliar retrospectivamente. Por outro lado, os episódios depressivos major, presentes na perturbação depressiva major devem ser distinguidos de uma perturbação de humor devida a um estado físico geral, se a perturbação de humor for considerada consequência fisiológica direta de um estado físico geral específico.

No que diz respeito ao diagnóstico para a perturbação narcísica da personalidade, este foi estabelecido tendo por base o facto de o João preencher sete dos nove critérios de diagnóstico dessa mesma perturbação.

Os referidos critérios de diagnósticos são os seguintes: 1) sentimento de grandiosidade do seu próprio valor, sobrestimando as suas capacidades e enaltecendo as suas realizações, o qual é demonstrado quando o paciente se referia a si mesmo como sendo difícil de substituir, seja em situações profissionais, seja em relacionamentos amorosos; (2) Preocupação com fantasias de sucesso ilimitado, poder, inteligência, beleza ou amor ideal, demonstrada pela constante procura da mulher ideal; (3) Crenças de que se é especial e único, levando a refletir muito sobre supostas admiração e privilégios a que teria direito, comparando-se com pessoas famosas e privilegiadas, evidenciado pelo paciente quando se deslocou ao Brasil para efetuar uma cirurgia, visto que tinha de ser tratado pelos melhores médicos; (4) Necessidade de admiração excessiva, demonstrada pela fragilidade da sua auto-

estima, tendo que saber constantemente o quão favoravelmente os seus companheiros pensavam de si; (5) Esperam dos outros esta mesma valorização, por isso surpreendem-se por não receberem o valor que julgam merecer, constatado no paciente pelo desagrado de não ser tratado de forma diferente dos outros reclusos; (7) Ausência de empatia, verificado no paciente quando este desprezava ou se impacientava perante os problemas dos outros reclusos, nomeadamente em reuniões de grupo; (8) Frequentemente sentem inveja dos outros ou têm a crença de que os outros é que o invejam, evidenciado pelo paciente quando em situações de atividades entendia merecer sempre os prémios ou elogios que tinham sido atribuídos a outros;

O discurso do João durante as sessões refletia a sua ideia de ser possuidor de perfeição e valor “eu fui o melhor presidente até hoje”, acreditando que ninguém pode ser melhor do que ele e que todos os que o perdem encontram-se em desvantagem em relação aqueles que o sabem conquistar “quando elas se cansam e vão embora, só elas é que perdem... por exemplo, perdem bom sexo...”. A auto-estima está profundamente ligada com a libido narcísica, pelo que na escolha narcísica de objeto, o objetivo é simplesmente ser amado. Freud considera que a demanda narcísica da condição humana passa por uma exigência constante de satisfação interna, adaptada às exigências externas, visando a adaptação e a satisfação em si mesmo, mas que não é possível de ser realizada (Freud, 1992; Holmes, 2001).

De acordo com Coimbra de Matos (2007), o processo de compensação narcísica pela grandiosidade, pela exaltação ilusória da auto-imagem é como um prémio de consolação que o sujeito atribui a si mesmo, visto não se ter sentido, e não se sentir, suficientemente amado e admirado pelos seus objetos. Daqui resulta a necessidade de reparar pelos seus próprios meios o insuficiente investimento que recebeu e ainda recebe dos outros. É o próprio sujeito a amar e a admirar a sua imagem, necessariamente má, visto que não foi apreciada pelo olhar do outro, pelo que o sujeito procura artificialmente valorizar. Tal ideia pode ser observada, quando o

João optou por efetuar a cirurgia bariátrica, tentando reparar a sua imagem corporal, de forma a ser amado e desejado como pretendia. Encarava esta cirurgia como sendo a separação entre o magro e o gordo, mas neste caso específico, esta separação era também reviver inconscientemente e entrar em contato com sentimentos muito antigos e causadores de grande mal-estar.

Lazzarini e Viana (2010) descrevem os pacientes narcísicos como sujeitos capazes de fantasiar, sendo esta fantasia uma forma de preenchimento do vazio. Tudo indicava ser este o caso do João, quando este se referia às relações fugazes que foi mantendo com várias mulheres ao longo da sua vida, sempre fantasiando um ideal de mulher.

João era um homem insatisfeito e exigente, que nunca se sentiu bem-amado pelos seus pais, mas principalmente pela sua mãe. Sempre que esta o visitava, apenas se preocupava com o facto de o filho poder estar mal alimentado, pelo que era sempre portadora de comida. João rejeitava esta ação da mãe, distribuindo toda a comida recebida pelos companheiros de enfermaria. Coimbra de Matos (2007) afirma que todo o sujeito que não foi amado, não aprendeu a amar, e não sabendo amar, dificilmente virá a ser amado. Contudo, a sua sede de amor é enorme, mas o seu ódio à relação amorosa, ou mesmo a sua descrença no amor, levam-no a estragá-la, aderindo apenas pela relação perversa e deteriorante.

Em termos de diagnóstico diferencial, outras perturbações da personalidade podem ser confundidas com a perturbação narcísica da personalidade pelo facto de partilharem características comuns, sendo por isso importante distingui-las com base nas diferenças das suas características típicas. Por norma, o detalhe mais importante na discriminação, é a grandiosidade característica da perturbação narcísica da personalidade (APA, 2002).

Considerações finais

Conforme no caso clínico anterior, também foi com base em aspetos importantes retirados do historial do João, que se deu início ao apoio psicológico de orientação psicodinâmica.

A escolha de efetuar este tipo de abordagem deveu-se ao facto de este paciente apresentar um elevado nível de sofrimento, bem como a necessidade de contenção e reforço da sua auto-estima. Assim, foi estabelecida uma relação terapêutica, enquanto experiência emocional, com a capacidade de reparar eventos traumáticos do passado e conduzir o paciente a novas formas de sentir, pensar e até de se comportar.

No decorrer deste processo, foi evidenciada uma componente forte de intervenção em crise. Na verdade, o paciente tinha grande facilidade em experienciar stress emocional, provocado essencialmente pela situação que atualmente vive, levando-o à ideação suicida. No entanto, com o João foi notório que os períodos de crise eram momentos em que se denotava alguma mudança no funcionamento psicológico, nomeadamente no sentido de uma reestruturação de pensamentos.

Desta forma, a postura enquanto psicólogo foi ativa, mas essencialmente apoiante, procurando ajudar o João a desenvolver estratégias de resolução nas áreas em que se sentia em maior conflito, tendo em vista essencialmente reassegurar e reforçar a sua auto-estima.

É importante salientar que a medicação administrada ao paciente (Anexo F) tem sido altamente eficaz, principalmente na prevenção da recorrência de episódios depressivos major.

À data da elaboração do presente relatório, o João continuava a ser seguido em sessões semanais, não se prevendo o término do processo terapêutico para breve. Se for possível, pretende-se dar continuidade ao mesmo.

Outras Atividades Realizadas

Acompanhamento de outros casos clínicos

Conforme mencionado anteriormente, para além dos casos clínicos já descritos, houve a oportunidade de intervir junto de outros pacientes/reclusos em sessões individuais. Assim sendo, na tabela 5 apresenta-se uma descrição sumária dos respetivos processos terapêuticos.

Tabela 5. Descrição sumária de outros casos clínicos

Paciente /Recluso	Idade	Data 1ª Sessão	Motivo Consulta	Nº Sessões	Intervenção Psicológica	Serviço
João	96	19NOV	Doença terminal	5	Diminuição do medo da morte e preparação para o processo da morte	Clínico
David	34	31JAN	Toxicod dependência	14	Entrevista clínica; Apoio psicológico; Sensibilização e motivação para tratamento da toxicod dependência	Psiquiatria
Nelson	35	28FEV	Desorganização psíquica, incluindo pensamento paranoide; Sentimentos de revolta e desespero	12	Entrevista clínica; Apoio psicológico e promoção do equilíbrio do paciente	Psiquiatria
Reixa	60	05MAR	Sentimentos de angústia relativamente ao seu estado de saúde (neoplasia do cólon)	10	Entrevista clínica; Apoio psicológico; Elaboração e aceitação da doença	Clínico
Joaquim	57	14MAR	Humor depressivo Sentimentos de desespero e angústia relativamente à sua condição jurídico-penal	8	Entrevista clínica; Apoio psicológico; Racionalização e interpretação dos sentimentos	Clínico

Reuniões comunitárias

No Serviço de Psiquiatria do HPSJD, decorrem todas as 2^{as} feiras, sessões de grupo, as quais integram reclusos e diversos profissionais, que ali prestam serviço. Estas sessões, designadas por Reuniões Comunitárias, têm como propósito lançar em discussão temas de interesse comum entre os reclusos.

Habitualmente, as reuniões comunitárias decorrem em serviços orientados para princípios terapêuticos, sendo largamente reconhecidas como sendo um espaço que permite refletir sobre questões que dizem respeito à vida em grupo e as relações interpessoais que se estabelecem. Cada semana é um profissional diferente a moderar o grupo, pelo que durante o período de estágio houve oportunidade de participar ativamente nas referidas reuniões por diversas ocasiões.

A observação das referidas reuniões constituiu um elemento-chave na formação em psicologia clínica, na medida em que permitiu a aprendizagem de técnicas de facilitação utilizadas pelos terapeutas, nas terapias de grupo, nomeadamente no conhecimento do funcionamento intrapsíquico dos pacientes/reclusos e suas condutas externas.

Reuniões Clínicas

Todo o corpo clínico da Clínica de Psiquiatria e de Saúde Mental reúne-se neste local, semanalmente, às quintas-feiras, no período da manhã. Esta equipa exhibe o modelo de organização multidisciplinar, visto que estão presentes membros de diversas disciplinas, interagindo de forma informal, tais como psiquiatras, psicólogos clínicos, psicóloga organizacional, enfermeiros, terapeuta ocupacional e estagiários, sendo as reuniões moderadas pela Diretora Clínica do referido serviço.

Cada um destes profissionais é possuidor de conhecimentos técnicos particulares, sendo cada um responsável por tomar decisões individuais, mas que no entanto, visam um propósito comum. Neste sentido, é essencial que se reúnam para comunicar, colaborar e unir conhecimentos, os quais vão permitir definir e executar ações e decisões futuras.

Assim sendo, tendo por base uma listagem dos pacientes/reclusos internados na Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental, é proporcionado um espaço de reflexão e partilha, que possibilita o envolvimento de toda a equipa no cuidar do doente com qualidade – o objetivo principal dos profissionais de saúde.

Atividade conjunta “Pensar, Agir e Sentir”

No âmbito dos Estágios de Psicologia Clínica e de Animação Sociocultural, a decorrerem no HPSJD, foi proposta à Direção do mesmo, uma atividade conjunta, com a designação acima referida, de forma a pôr em prática, em simultâneo, as duas áreas de intervenção acima referidas.

Pretendeu-se com esta atividade, demonstrar como a psicologia e a animação sociocultural podem estar presentes, em diferentes áreas de intervenção, visto que ambas incluem métodos e técnicas intimamente ligados, incrementando o bem-estar, a melhoria da autoestima e a ocupação adequada do tempo livre na perspetiva grupal. Além disso, teve também como objetivo o desenvolvimento de competências pessoais e sociais, tendo por base as características dos pacientes/reclusos desta instituição.

O propósito foi agir de forma errada, levando o público-alvo a pensar na melhor forma de agir e quais os sentimentos presentes numa situação similar. Assim sendo, optou-se por efetuar *Role-Play*, visto ser um modelo de ensino que pertence à família das interações sociais. Pode ainda considerar-se este modelo uma espécie de simulação, sendo no entanto mais flexível e proporcionando uma variação mais pessoal do exercício (Cardoso, 2009).

Para a presente atividade, foram convidados a participar os pacientes/reclusos de ambos os pisos do Serviço de Psiquiatria, de forma aleatória, com o objetivo de perfazer um grupo heterogéneo, tendo acedido apenas oito elementos.

Após o final de cada um dos role-play, o público presente foi abordado no sentido de aferir se aquela tinha sido a melhor forma de agir perante tal situação. Aguardaram-se as respostas e convidaram-se dois dos presentes para refazerem os papéis ali desempenhados.

Em termos conclusivos, considera-se que a atividade conjunta representou um avanço modesto, mas significativo na temática das competências sociais e pessoais. Por um lado, permitiu verificar que uma pessoa dará um passo decisivo na construção

de atitudes facilitadoras da comunicação interpessoal caso se conheça melhor a si própria e aos que a rodeiam. Por outro lado, visto que as competências sociais não são traços de personalidade, mas sim algo que pode ser aprendido e pode desenvolver-se com treino sistemático e estruturado, tudo indica que foi dado um passo nesse sentido com o desenvolvimento desta atividade.

Ações de formação/sensibilização

No decorrer do estágio, houve ainda oportunidade de frequentar algumas ações de formação/sensibilização, que se mencionam na tabela 6:

Tabela 6. Ações de formação/sensibilização

Data	Designação da Ação	Descrição
23NOV2012	Ação de Sensibilização sobre “Violência doméstica”, apresentada por elementos da Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV)	No HPSJD estão internados muitos pacientes/reclusos, cuja razão porque estão detidos prende-se com crimes de violência doméstica. Neste sentido, é imperativo lançar o tema para discussão, fazendo refletir e interiorizar um pouco sobre esta temática.
03DEZ2012	Ação de formação sobre “PPH -Técnica de Longo” – cirurgia das hemorroidas, ministrada por proctologistas do Hospital de Santarém	Esta ação de formação parece dispensável para o desempenho profissional de um psicólogo, no entanto, dada a existência de um grande número de pacientes/reclusos que sofrem desta patologia, é fundamental estar instruído sobre o assunto, caso seja necessário acompanhar o processo de algum paciente que se recuse a passar, mais uma vez, por uma cirurgia.
24JAN2013	Ação de formação sobre “Suicídio em meio prisional: Estratégias de deteção e prevenção”, ministrada por profissionais de saúde do Serviço de Psiquiatria do HPSJD	O fenómeno suicidário nas prisões é um tema que tem vindo a ser recorrentemente estudado, pelo que a partilha de experiências e saberes são de extrema importância para a prevenção do mesmo, principalmente quando grande parte dos pacientes/reclusos do Serviço de Psiquiatria estão internados precisamente por tentativas de suicídio.
28 ABR2013 / 15MAI2013	Ações de Sensibilização decorrentes do Plano de Promoção da Saúde e Prevenção da Doença para o ano 2013 focando respetivamente a “Reciclagem dos Lixos” e a “Saúde Oral”, conduzidas pelos estagiários do HPSJD.	A intervenção do psicólogo no domínio da saúde contribui para a melhoria da qualidade de vida do paciente e para o bem-estar psicológico, podendo resultar numa redução de internamentos hospitalares e de medicação.
26 e 27 JUN2013	Ação de formação “Tutores de Emprego Apoiado”, ministrada pela Associação para o Estudo e Integração Psicossocial em parceria com o Instituto de Soldadura e Qualidade	O objetivo desta ação foi descrever métodos e abordagens existentes para apoiar a contratação de pessoas em situação de desvantagem face ao mercado de trabalho, nomeadamente ex-reclusos.

Estas ações de formação e de sensibilização, decorridas no HPSJD, foram de grande enriquecimento, uma vez que permitiram aos trabalhadores do mesmo, e em particular aos estagiários, uma aprendizagem consolidada de inúmeros

conhecimentos, e como estes se articulam na prática quotidiana com os pacientes/reclusos.

Participação em congresso

Por ocasião do Congresso Internacional de Psicologia da Criança e do Adolescente, que decorreu na Universidade Lusíada de Lisboa, nos dias 10 e 11 de abril de 2013, procedeu-se à elaboração de uma comunicação em formato *poster*, visando a intervenção psicológica em contexto de hospital prisional. Esta tarefa contou com supervisão conjunta entre a supervisora de estágio da Universidade Lusíada e a orientadora de estágio do HPSJD.

Conclusão

O estágio realizado no HPSJD, durante nove meses, tinha como objetivo a intervenção psicológica em vários casos clínicos, de reclusos internados, tendo em vista efetuar a respetiva avaliação psicológica e subsequente apoio psicológico. Desta forma, foi possível aplicar na prática clínica todos os conhecimentos teóricos adquiridos durante os anos anteriores.

Neste período de tempo, foi possível tomar consciência da importância do papel do psicólogo, principalmente numa instituição como o HPSJD, cujas funções exigem alguns contornos, tendo em conta as contingências de um internamento hospitalar, acrescido à execução de uma medida privativa de liberdade.

Durante a permanência no hospital, houve a possibilidade de intervir junto de sete casos clínicos, sendo que, no presente relatório, foi dado maior ênfase a dois destes. Assim sendo, deu-se início à realização do respetivo processo terapêutico, tendo por base uma estrutura que inclui: entrevista clínica/anamnese, observação, aplicação de provas psicológicas, a partir dos quais se encetou apoio psicológico de orientação psicodinâmica.

De referir que o tempo de estágio foi manifestamente insuficiente, atendendo ao meu entusiasmo e motivação, para levar a cabo uma aprofundada intervenção psicológica. No entanto, os resultados obtidos com os casos clínicos atrás mencionados permitiram aferir que ambos vivenciaram uma infância e uma adolescência sem suporte emocional, o que pode justificar as patologias apresentadas no momento atual. Em ambos os casos, foi igualmente notória a constante propensão à ideação suicida, situação esta que é bastante comum num ambiente hostil como o sistema prisional.

No decorrer deste período, verificou-se uma situação que pode ser apontada como sendo uma limitação, visto que alguns dos pacientes, com os quais tinha sido iniciado acompanhamento psicológico, a dada altura tiveram alta do hospital. Esta não deixa de ser uma situação preocupante, uma vez que estes pacientes regressam ao seu EP de origem, e neste o apoio psicológico é bastante mais escasso.

Foi possível aferir que a passagem por um estabelecimento prisional apresenta uma série de consequências negativas, tanto para os reclusos, como para a comunidade em que estes se inserem. Assim, seria desejável o desenvolvimento de práticas que visem uma reinserção social plena, quer ainda em tempo de reclusão, quer quando este termina, para que estes sujeitos superem ou diminuam os seus comportamentos de rebeldia e personalidades instáveis.

Durante a minha permanência no HPSJD pude constatar a preocupação de reinserir na sociedade reclusos que terminavam o seu tempo de reclusão e não tivessem suporte familiar para os acolher. Por outro lado, em casos de inimputabilidade dos reclusos, era proporcionado aos mesmos o acolhimento em instituições várias para o efeito.

Em termos de expectativas futuras, seria expectável efetuar o estágio profissional no HPSJD, não só para concretizar um projeto por completo, mas essencialmente para dar continuidade aos casos clínicos entretanto iniciados.

Reflexão Final

Com a conclusão do estágio no HPSJD, termina também a parte mais gratificante de todo o percurso académico. Sem dúvida que, a realização do mesmo foi essencial para a formação em Psicologia Clínica, mas também enquanto pessoa.

Pese embora eu soubesse de antemão que este estágio me permitiria aplicar na prática clínica os conhecimentos teóricos adquiridos ao longo dos anos anteriores, não posso deixar de referir que no início deste percurso senti receio de não ter a capacidade de os colocar em prática.

Pelo facto de este ser um local com características muito específicas, os primeiros meses do estágio foram decorridos nos diferentes serviços do HPSJD, tendo estes sido de inestimável importância para aferir a dinâmica da instituição e complementar o processo de aprendizagem, mas numa vertente mais prática.

Curiosamente, este local não foi a primeira escolha para realizar o estágio de final de curso. No entanto, ainda bem que assim foi, pois veio a representar um desafio pessoal, dado o seu público-alvo, tendo por essa razão marcado pela diferença relativamente aos demais.

Apesar de ter conhecimento de que estes pacientes são criminosos, este facto nunca me suscitou qualquer tipo de receio, pois acima de tudo, sempre foram pessoas que precisam de ajuda e essa era a minha missão naquele local.

O ideal neste percurso seria ter tido mais tempo para me dedicar apenas a esta tarefa, pois, por vezes, não foi fácil conciliar a vida de estagiária, com a de profissional e pessoal.

Em síntese, estou assim em condições de afirmar que este foi um período enriquecedor, no qual adquiri novas competências, novos saberes, novas atitudes, tendo tido a importante contribuição de todos os colegas que integravam o corpo clínico do HPSJD.

Referências

- Abbass, A. A., Hancock, J. T., Henderson, J., & Kisely, S. (2006). Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4. doi:10.1002/14651858.
- Afonso, P. (2002). *Esquizofrenia: conhecer a doença* (2ª Ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Alves, A., & Almeida, F. (2011). Anomalia psíquica grave e criminalidade. *Psiquiatria, Psicologia & Justiça*, 4, 111-129. ISBN: 978-989-97581-3-1.
- Amaral Dias, C. (2005). *Freud para além de Freud*, (2). Lisboa: Climepsi Editores.
- American Psychiatric Association. (2002). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*, (4ª Ed. Revista). Lisboa: Climepsi Editores.
- American Psychological Association (2010). *Psychodynamic psychotherapy brings lasting benefits through self-knowledge*. Public and Member Communications, Public Affairs Office. US: Washington, District of Columbia.
- Appelbaum, A (2012). Review of Psychodynamic Psychotherapy: a Clinical Manual. *Psychoanalytic Psychology*, 29 (2), 274-275. doi: 10.1037/a0026431.
- Baptista, A. (1993). *A génese da perturbação de pânico: A importância dos factores familiares e ambientais durante a infância e adolescência*. Dissertação de doutoramento. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto.
- Bateman, A., Brown, D., & Pedder, J. (2003). *Princípios e prática das psicoterapias*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Bergeret, J. (2006). *Psicopatologia – Teoria e Clínica* (9ª Ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Berlincioni, V, & Barbieri, S. (2004). Support and Psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 58 (3), 321-334.
- Bleger, J. (1987). A entrevista psicológica: seu emprego no diagnóstico e na investigação. In J. Bleger, *Temas de psicologia: entrevista e grupos*, 7-41. São

Paulo: Martins Fontes.

Bleger, J. (1998). *Temas de psicologia: entrevista e grupos* (2ª Ed.). São Paulo: Martins Fontes.

Borralha, S. (2011). *Processos cognitivos em adultos com depressão major*. Tese de mestrado apresentada na Faculdade de Psicologia da Universidade Lusófona de Ciências e Tecnologia, Lisboa.

Bowlby, J. (1994). *O apego*. São Paulo: Saraiva.

Brito, M.L. (2005). Intervenções psico-educativas para famílias de pessoas com esquizofrenia. *Revista Portuguesa de Enfermagem*, 5, 15-24.

Brito, S. (2008). A psicologia clínica – procura de uma identidade. *Psilogos: Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca*, 5 (1), 63-68.

Cardoso, A. (2009). *O Role Play como ferramenta no desenvolvimento das competências comunicativas dos alunos do ensino básico*. Tese de mestrado apresentada no Departamento de Estudos Alemães e Departamento de Estudos Anglo-americanos da Faculdade de Letras da Universidade do Porto, Porto.

Carrilho, L.G. (2000). *Influências familiares no desenvolvimento de trajetórias desviantes em adolescentes institucionalizados*. Dissertação de doutoramento apresentada na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Centro de Ciências do Comportamento Desviante, da Universidade do Porto, Porto.

Coimbra de Matos, A. (2004). *Saúde mental*. Lisboa. Climepsi Editores.

Coimbra de Matos, A. (2007). *A depressão*. Lisboa. Climepsi Editores.

Cordeiro, J. (2003). *Psiquiatria forense*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Dalgalarrodo, P. (2008). *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.

Decreto-Lei n.º 469/1988, de 17 de Dezembro. *Diário da República n.º 290 – I Série*. Ministério da Justiça. Lisboa.

- Decreto-Lei nº 51/2011, de 11 de Abril. *Dário da República, nº 31 - I Série*. Ministério da Justiça. Lisboa.
- Decreto-Lei 215/2012, de 28 de Setembro. *Dário da República, nº 189 - I Série*. Ministério da Justiça. Lisboa.
- DeFife, J. (2010). The efficacy of psychodynamic therapy: evidence and its discontents. *Psychologist–Psychoanalyst*, 2 (30), 12-15.
- Derogatis, L. (1992). *SCL-90-R – Administration, Scoring & Procedures Manual II*. Baltimore: Clinic Psychometric Research.
- Diniz, A. M., Almeida, L. S., & Pais, L. G.. (2007). Contextos profissionais e práticas da avaliação psicológica: inquérito aos psicólogos portugueses. *Psico-USF*, 12 (1), 01-12. doi:10.1590/S1413-82712007000100002.
- Flick, U. (2005). *Métodos qualitativos na investigação científica*. Lisboa: Monitor.
- Fonseca, C. (2010). *Perturbação de personalidade anti-social: enquadramento jurídico-legal*. Retirado de <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0244.pdf>.
- Foucault, M. (2004). *Vigiar e punir: história de violência nas prisões* (29ª Ed.). Petrópolis: Editora Vozes.
- Frederickson, J. (1998). *Psychodynamic psychotherapy: learning to Listen from multiple perspectives*. New York: Brunner/Mazel Publishers.
- Freeman, F. (1974). *Teoria e prática dos testes psicológicos*. Lisboa: Edição da Calouste Gulbenkian.
- Freud, S. (1992). *Sigmund Freud: obras psicológicas*. Rio de Janeiro: Imago Editora.
- Freud, S. (1998). *O caso Schreber: notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranóia (dementia paranoides)*. Rio de Janeiro: Imago Editora.
- Gante, P. (2004). *A psicologia clínica nos serviços de infeciologia, medicina e cirurgia no Hospital Prisional São João de Deus – da perspectiva à prática*. Elementos de apoio aos estagiários curriculares de Psicologia Clínica. Manuscrito não publicado. Caxias: Hospital Prisional São João de Deus.

- Gonçalves, R.A. (1993). Psicólogos no sistema jurídico-penal português: situação actual e perspectivas futuras. *Jornal de psicologia*, 11 (1-2), 8-12. ISSN: 0870-4783.
- Gonçalves, R.A., & Lopes, M. (2004). Mulheres na prisão... percursos em família. *Polícia e Justiça*, 3ª série, número especial temático, 169-187.
- Gonçalves, R.A. (2007). Promover a mudança em personalidades anti-sociais: punir, tratar e controlar. *Análise Psicológica*, 4 (25), 571-583. ISSN 0870-8231.
- Gonçalves, R. A. (2008). *Delinquência, crime e adaptação à prisão (3ª Ed.)*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Guerra, C. (2008). *A saúde mental nas prisões*. Tese de mestrado apresentada na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto.
- Hawk, K.M. (1997). Personal reflections on a career in correctional psychology. *Professional Psychology: Research And Practice*, 28 (4), 335-337. doi:10.1037/0735-7028.28.4.335.
- Holmes (2001). *Narcisismo*. Coimbra: Almedina Editora.
- Kanter, J., Tsai, M., & Kohlenberg, R. (2010). *The practice of functional analytic psychotherapy*. London: Springer.
- Kincannon, J. C. (1968). Prediction of the standard MMPI scale scores from 71 items: the mini-mult. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 32, 319-325.
- Klein, M. (1946). Notes on some schizoid mechanisms. *International Journal of Psycho-Analysis*, 27, 99-110. Retirado de <http://nonoedipal.files.wordpress.com/2009/11/notes-on-some-schizoidmechanisms.pdf>
- Laplanche, J., & Pontalis, J. (2001). *Vocabulário de Psicanálise (4ª Ed.)*. São Paulo: Martins Fontes.
- Lazzarini, E. & Viana, T. (2010). Ressonâncias do narcisismo na clínica psicanalítica contemporânea. *Análise Psicológica*, 28 (2), 269-280.

- Leal, I. (2008). *A entrevista psicológica. Técnica, teoria e clínica*. Lisboa: Fim de Século.
- Leal, I. (2010). *Entrevista clínica e psicoterapia de apoio* (4ª ed.) Lisboa: Placebo Editora.
- Leichsenring, F., Rabung, S., & Leibing, E. (2004). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy in specific psychiatric disorders: A meta-analysis. *Archives of General Psychiatry*, 61, 1208 –1216.
- Lopes, J.S. (1985). *Análise multidimensional comparada das timopatias tardias e outras timopatias*. Dissertação de doutoramento apresentada à Faculdade de Medicina de Lisboa, Lisboa.
- Magaletta, P.R., Patry, M.W., Gross, N.R., Butterfield, P.M., McLearn, A.M., Patterson, K.L., & Norcross, J.C. (2011). Clinical practice in corrections: Providing service, obtaining experience. *Psychological Services*, 8 (4), 343–355. doi: 10.1037/a0025315.
- Manring, J., Beitman, B., & Dewan, M. (2003). Evaluating competence in psychotherapy. *Academic Psychiatry*, 27 (3), 136-144.
- Martorell, M., & González, R. (1997). *Entrevista y consejo psicológico*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Matos, M., Bragança, M., & Sousa, R. (2003). *Esquizofrenia de A a Z*. Lisboa: Climepsi Editores.
- McIntyre, T. (1994). A entrevista de avaliação clínica: sua relevância para o processo terapêutico e na formação psicoterapêutica. *Jornal de Psicologia*, 12 (1), 3-7. ISSN: 0870-4783.
- Ministério da Justiça (2010) *Relatório de Actividades da Direcção Geral dos Serviços Prisionais*, (2).

- Miranda, A. (2008). *Bioética e saúde mental: no limiar dos limites: o que o doente mental mantém de homem ético?* Dissertação de mestrado apresentada na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto.
- Moreira, N & Gonçalves, R. (2010). Perturbação mental e ideação suicida. *Análise Psicológica*, 1 (28), 133-148.
- Nunes, L. (2009). Crime – psicopatia, sociopatia e personalidade anti-social. *Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais*, 152-161.
- O'Donovan, A., Halford, W.K., & Walters, B. (2011). Towards Best Practice Supervision of Clinical Psychology Trainees. *Australian Psychologist*, 46, 101–112.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (2011). *Código deontológico*. Lisboa: OPP.
- Organização Mundial de Saúde (2001). *Relatório mundial de saúde 2001: saúde mental, nova compreensão, nova esperança*. Lisboa: DGS.
- Osswald, W. (2009). Uma reflexão ética sobre cuidados de saúde mental. *Estudos de Direito da Bioética*, (3). Coimbra: Editora Almedina.
- Pedinielli, J.L. (1999). *Introdução à psicologia clínica*. Lisboa: Climepsi.
- Pinheiro, I., & Cardoso, J. (2011). Vulnerabilidade ao stress prisional e ao risco de suicídio em população reclusa: estudo exploratório. *Psiquiatria, Psicologia & Justiça*, 4, 5-25. ISBN: 978-989-97581-3-1.
- Rebelo, L. (2007). Genograma familiar. O bisturi do médico de família. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 23, 309-317.
- Ribeiro, J., & Leal, I. (1996). Psicologia clínica da saúde. *Análise Psicológica*, 4 (14), 589-599.
- Ribeiro, L. (2010). Limitações na avaliação de perturbação de personalidade: aspectos conceptuais e metodológicos. *Análise Psicológica*, 28 (4), 651-663. ISSN: 0870-8231.

- Ricou, M. (2011). *A ética e a deontologia no exercício da psicologia*. Tese de doutoramento em Psicologia (Psicologia Clínica) apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Riso, D., Colli, A., Chessa, D., Marogna, C., Condino, V., Lis, A., Lingiard, V., & Mannarini, S. (2010). A supportive approach in psychodynamic-oriented psychotherapy. An empirically supported single case study. *Journal of the Italian Area Group of the Society for Psychotherapy Research*, 14 (1), 49-89.
- Rocha, J. (2007). *Análise da componente pragmática da linguagem de pessoas com esquizofrenia*. Tese de mestrado apresentada no Departamento de Ciências da Educação da Universidade de Aveiro, Aveiro.
- Rohleder, P., Miller, M., & Smith, R. (2006). Doing time: clinical psychologists' experience of community service in a prison placement. *South African Journal of Psychology*, 36 (4), 795–812. doi: 10.1177/008124630603600409.
- Salto, M.C. (2007). O psicólogo no contexto hospitalar: uma visão psicodramática. *Revista Psicologia Brasil*, 5 (39), 12-15.
- Sampaio, A. (2008). *O papel do optimismo no ajustamento psicossocial do doente fibromiálgico*. Tese de mestrado apresentada na Faculdade de Psicologia e de Ciências de Educação da Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Sampaio, D. & Martins, M. (1985). O adolescente suicida e a família, abordagem terapêutica através do genograma. *Acta Médica Portuguesa*, 6, 153-159.
- Santos, C. (1998). *Auto-organização psicológica e transgressão: análise empírico-crítica de duas figuras do comportamento desviante: criminosos e consumidores de drogas*. Dissertação de doutoramento apresentada na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Centro de Ciências do Comportamento Desviante, da Universidade do Porto, Porto.
- Serretti, A. (2013). Influence of family history of major depression, bipolar disorder, and suicide on clinical features in patients with major depression and bipolar

- disorder. *European Archives Of Psychiatry & Clinical Neuroscience*, 263 (2), 93-103. doi:10.1007/s00406-012-0322-y.
- Shedler, J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American Psychologist*, 2 (65), 98-109. doi: 10.1037/a0018378
- Sousa, L., Simões, M., & Firmino, H. (2010). Psicologia forense e competência civil em adultos idosos: reflexão em torno de algumas questões éticas. *Psiquiatria, Psicologia e Justiça*, 3.
- Teixeira, J.M. (2004). Saúde mental nas prisões. *Revista Saúde Mental*, 6 (2), 7-10.
- Teles, C. (2008). *Genograma orientado para a justiça íntima: uma abordagem colaborativa de terapia familiar em contextos de violência íntima*. Tese de mestrado apresentada na Faculdade de Psicologia e de Ciências de Educação da Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Trindade, I. (1999). Competências do psicólogo nos cuidados de saúde primários. *Análise Psicológica*, 17 (3), 569-576. ISSN 0870-8231.
- Weiner, I., & Bornstein, R. (2009). *Principles of psychotherapy: promoting evidence-based psychodynamic practice* (3rd ed). New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Winnicott, D. (1996). *O bebé e suas mães*. São Paulo: Edições Martins Fontes.
- Yochelson, S. & Samenow, S. (1985). *The criminal personality: the change progresso*, 2. New Jersey: Jason Aronson.

ANEXOS

Anexos

Anexo A - Síntese das atividades / horas de estágio

Anexo B - Provas psicológicas – Caso clínico A

Anexo C - Sessões ilustrativas do Caso clínico A

Anexo D - Provas psicológicas – Caso clínico B

Anexo E - Sessões ilustrativas do Caso clínico B

Anexo F- Farmacologia casos clínicos

Anexo G - Poster congresso

Anexo H - Atividade conjunta “Pensar, Agir e Sentir”

ANEXO A

Síntese das atividades / horas de estágio

Síntese das atividades / horas de estágio

Atividades	Horas
Observação direta nos vários serviços do HPSJD	70
Sessões individuais	72
Transcrição de sessões	40
Avaliações psicológicas	10
Cotação e interpretação de provas psicológicas	15
Reuniões clínicas	76
Reuniões comunitárias	90
Trabalho de pesquisa	40
Elaboração de Poster para Congresso	12
IV Congresso de Psicologia, da Criança e do Adolescente - ULL	10
Atividade conjunta	20
Ações de Formação/Sensibilização	34
Preparação de ações de sensibilização	10
Total	499

ANEXO B

Provas psicológicas – Caso Clínico A

SCL - 90 - R

Nome FábioData 12/2/13

INSTRUÇÕES: Encontra em baixo uma lista de problemas ou sintomas que por vezes as pessoas apresentam. Assinale num dos espaços à direita de cada sintoma, aquele que melhor descreve O GRAU COM QUE CADA PROBLEMA O AFECTOU DURANTE _____ INCLUÍDO O DIA DE HOJE. Para cada problema ou sintoma marque somente um espaço com uma cruz (X). Não deixe nenhuma pergunta por responder.

ATÉ QUE PONTO FOI PERTURBADO PELOS SEGUINTE SINTOMAS	Nunca	Pouco	Moderada- mente	Bastante
	0	1	2	3
1. Dores de cabeça				X
2. Nervosismo ou tensão interior			X	
3. Pensamentos desagradáveis repetitivos que não lhe deixam a mente				X
4. Sensações de desmaio ou tonturas	X			
5. Perda do interesse ou prazer sexual	X			
6. Sentir-se criticado pelos outros			X	
7. Ter a impressão que alguém pode controlar os seus pensamentos	X			
8. Ter a impressão que os outros são culpados da maioria dos seus problemas			X	
9. Dificuldade em se lembrar das coisas			X	
10. Preocupado com a sujidade ou com a falta de cuidado				X
11. Sentir-se facilmente irritado ou zangado			X	
12. Dores no coração ou no peito		X		
13. Medo da rua ou dos espaços abertos	X			
14. Falta de forças ou lentidão			X	
15. Pensamentos de acabar com a vida			X	
16. Ouvir vozes que as outras pessoas não ouvem		X		
17. Tremuras		X		
18. Sentir que a maioria das pessoas não são de confiança		X		
19. Falta de apetite		X		
20. Choro fácil	X			
21. Sentir timidez ou falta de à vontade perante o sexo oposto	X			
22. Ter a impressão de se sentir preso ou apanhado em falta			X	
23. Sentir medo súbito sem razão aparente	X			
24. Impulsos de temperamento que não consegue controlar	X			
25. Sentir medo de sair de casa sozinho	X			
26. Sentimentos de culpa			X	
27. Dores no fundo das costas (cruzes)		X		
28. Sentir-se bloqueado para terminar as suas tarefas	X			

ATÉ QUE PONTO FOI PERTURBADO PELOS SEGUINTE SINTOMAS	Nunca	Pouco	Moderada- mente	Bastante
	0	1	2	3
29. Sentir-se só			X	
30. Sentir-se triste			X	
31. Preocupado em demasia				X
32. Não ter interesse por nada	X			
33. Sentir-se amedrontado	X			
34. Melindrar-se facilmente			X	
35. Ter a impressão que as outras pessoas conhecem os seus pensamentos	X			
36. Sentir que os outros não o compreendem ou não vivem os seus problemas		X		
37. Sentir que as outras pessoas não são suas amigas ou não gostam de si			X	
38. Fazer as coisas muito devagar para ter a certeza que ficam bem feitas			X	
39. Palpitações ou batimentos rápidos do coração		X		
40. Vontade de vomitar ou mal estar no estômago	X	X		
41. Sentir-se inferior aos outros		X		
42. Sentir dores nos músculos		X		
43. Sentir que é observado ou comentado pelos outros				X
44. Dificuldades em adormecer			X	
45. Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz		X		
46. Dificuldades em tomar decisões	X			
47. Medo de viajar de autocarro, metro ou comboio	X			
48. Dificuldades em respirar (sensação de falta o ar)		X	X	
49. Afrontamentos ou calafrios		X		
50. Evitar certos lugares ou actividades porque lhe causam medo	X			
51. Sensação de cabeça vazia	X			
52. Adormecimentos ou picadas (formigúeiros) no corpo		X		
53. Nó na garganta		X		
54. Sentir-se sem esperança perante o futuro	X			
55. Dificuldades de concentração		X		
56. Sensações de fraqueza em algumas partes do corpo		X		
57. Sentir-se tenso ou aflito		X		
58. Sentir as pernas ou os braços pesados	X			
59. Pensar na morte ou que vai morrer			X	
60. Comer demais	X			
61. Não se sentir à vontade quando é observado ou falam a seu respeito	X			
62. Ter pensamentos que não são os seus próprios				X
63. Ter impulsos de bater, ofender ou ferir alguém	X			

ATÉ QUE PONTO FOI PERTURBADO PELOS SEGUINTE SINTOMAS	Nunca	Pouco	Moderada- mente	Bastante
	0	1	2	3
64. Acordar muito cedo de manhã				X
65. Ter de repetir várias vezes as mesmas acções, como tocar, contar ou lavar-se			X	
66. Sono agitado ou perturbado	X			
67. Ter impulsos para destruir ou partir as coisas	X			
68. Ter pensamentos ou crenças que os outros não partilham	X			
69. Sentir-se muito embaraçado junto a outras pessoas	X			
70. Sentir-se mal no meio de multidões, como em lojas ou no cinema		X		
71. Sentir que tudo constitui esforço			X	
72. Ataques de terror ou de pânico	X			
73. Sentir-se pouco à vontade quando come ou bebe em lugares públicos	X			
74. Envolver-se frequentemente em discussões		X		
75. Sentir-se nervoso quando fica só			X	
76. Sentir que as pessoas não dão o devido valor às suas capacidades			X	
77. Sentir-se sozinho mesmo quando está com pessoas			X	
78. Sentir-se tão desassossegado que não consegue manter-se sentado ou quieto			X	
79. Sentir-se sem préstimo ou sem valor			X	
80. Ter a sensação que algo de mau lhe está para acontecer			X	
81. Gritar ou atirar coisas	X			
82. Medo de desmaiar em público	X			
83. Ter a impressão que se deixasse as outras pessoas se aproveitariam de si	X			
84. Ter pensamentos acerca do sexo que o incomodam bastante		X		
85. Ter a ideia que deveria ser castigado pelos seus pecados				X
86. Pensamentos ou imagens de natureza assustadora		X		
87. Ter a ideia que algo grave está a acontecer no seu corpo				X
88. Nunca se sentir "próximo" de outra pessoa			X	
89. Sentimentos de culpa			X	
90. Ter a ideia que alguma coisa não regula bem na sua mente				X

Fabio
12/2/13

MINI-MULT

Nestas folhas encontram-se várias frases. Pedimos-lhe que responda **VERDADEIRO** ou **FALSO** a cada uma delas.

Se a sua resposta for **VERDADEIRO** faça um círculo à volta da letra **V**.

Se a sua resposta for **FALSO** faça um círculo à volta da letra **F**.

Não demore muito tempo entre uma resposta e a seguinte e dê todas as respostas por ordem.

1.	Tenho bom apetite	<input checked="" type="checkbox"/>	F
2.	Quase sempre acordo bem disposto	<input checked="" type="checkbox"/>	F
3.	A minha vida de todos os dias está cheia de coisas que me interessam	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Trabalho num estado de grande tensão nervosa	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Às vezes penso em coisas demasiado indecentes para poder falar delas	<input checked="" type="checkbox"/>	F
6.	Raramente tenho prisão de ventre	<input checked="" type="checkbox"/>	F
7.	Há alturas em que desejo muito deixar a minha casa	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
8.	Algumas vezes tenho crises de riso ou de choro que não consigo impedir	<input checked="" type="checkbox"/>	F
9.	Sofro de náuseas e vômitos	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
10.	Parece que ninguém me compreende	<input checked="" type="checkbox"/>	F
11.	Às vezes apetece-me praguejar	<input checked="" type="checkbox"/>	F
12.	Tenho pesadelos quase todas as noites	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
13.	Tenho dificuldade em fixar a atenção quando trabalho ou quando estou ocupado	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
14.	Tenho passado por coisas muito especiais e esquisitas	<input checked="" type="checkbox"/>	F
15.	Se os outros tivessem querido, com certeza eu teria tido mais sorte	<input checked="" type="checkbox"/>	F
16.	Numa certa altura da minha infância aconteceu-me roubar pequenas coisas	<input checked="" type="checkbox"/>	F
17.	Tenho tido períodos (dias, semanas, meses) durante os quais nada pude fazer bem feito, porque não conseguia tomar atenção a nada	<input checked="" type="checkbox"/>	F
18.	O meu sono é agitado e incómodo	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
19.	Quando estou ao pé de outras pessoas sinto-me contrariado porque ouço coisas esquisitas	<input checked="" type="checkbox"/>	F
20.	A maior parte das pessoas que me conhecem gostam de mim	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
21.	Muitas vezes sou obrigado a receber ordens de pessoas que sabem menos que eu	<input checked="" type="checkbox"/>	F
22.	Gostava de ser tão feliz como os outros parecem ser	<input checked="" type="checkbox"/>	F
23.	Acho que muitas pessoas aumentam as suas desgraças só para receberem a simpatia e a ajuda dos outros	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

24.	As vezes fico furioso	<input checked="" type="checkbox"/>	F
25.	Acho que tenho pouca confiança em mim	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
26.	Nunca reparei que os meus músculos estremeçam ou tremam numa maneira incómoda ou estranha	<input checked="" type="checkbox"/>	F
27.	A maior parte das vezes tenho a impressão de que fiz qualquer coisa mal ou desastrada	<input checked="" type="checkbox"/>	F
28.	Sinto-me quase sempre feliz	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
29.	Há pessoas que são tão autoritárias que tenho vontade de fazer o contrário do que elas dizem, mesmo que eu tenha a certeza que elas têm razão	<input checked="" type="checkbox"/>	F
30.	Tenho a impressão de que os outros tentam prejudicar-me	<input checked="" type="checkbox"/>	F
31.	Acho que todas as pessoas são capazes de usar meios pouco honestos para ganhar qualquer coisa ou qualquer vantagem em vez de perderem	<input checked="" type="checkbox"/>	F
32.	Tenho muitas vezes problemas com o meu estômago ou os meus intestinos	<input checked="" type="checkbox"/>	F
33.	Muitas vezes não percebo porque sou brusco e rabugento	<input checked="" type="checkbox"/>	F
34.	As vezes os meus pensamentos andam tão depressa que não consigo contá-los	<input checked="" type="checkbox"/>	F
35.	Estou convencido de que tenho na minha casa uma vida familiar tão agradável como a maior parte das pessoas que eu conheço	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
36.	As vezes sinto que não sirvo para nada	<input checked="" type="checkbox"/>	F
37.	Nos últimos anos tenho gozado, geralmente, de boa saúde	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
38.	Há alturas em que faço coisas sem saber mais tarde o que fiz realmente	<input checked="" type="checkbox"/>	F
39.	Acho que muitas vezes tenho sido castigado sem razão	<input checked="" type="checkbox"/>	F
40.	Nunca me senti tão bem como agora	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
41.	Não me importo com o que os outros pensam de mim	<input checked="" type="checkbox"/>	F
42.	Acho que tenho boa memória	<input checked="" type="checkbox"/>	F
43.	Para mim é difícil começar uma conversa quando encontro pessoas que não conheço	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
44.	Muitas vezes sinto um estado de fraqueza geral	<input checked="" type="checkbox"/>	F
45.	Tenho muito poucas vezes dores de cabeça	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
46.	Não acho difícil conservar o equilíbrio quando ando	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
47.	Não gosto de toda a gente que conheço	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
48.	Há pessoas que tentam aproveitar-se das minhas ideias e dos meus pensamentos	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
49.	Gostava de não ser envergonhado	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
50.	Estou convencido que os meus pecados não podem ser perdoados	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
51.	Preocupo-me muitas vezes com coisas que não são muito importantes	<input checked="" type="checkbox"/>	F
52.	Os meus pais muitas vezes criticam as pessoas com quem me dou	<input checked="" type="checkbox"/>	F
53.	As vezes acontece-me dizer um pouco mal dos outros	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
54.	Há momentos em que tenho a impressão de que o meu espírito trabalha melhor do que é costume	<input checked="" type="checkbox"/>	F
55.	Quase nunca senti palpitações e raramente me falta o fôlego	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
56.	Fico furioso com facilidade mas esqueço-me depressa	<input checked="" type="checkbox"/>	F
57.	Tenho alturas em que estou tão nervoso que sou incapaz de estar sentado numa cadeira	<input checked="" type="checkbox"/>	F

~

58.	Os meus pais e os meus amigos acham que eu tenho mais defeitos do que realmente tenho	X	F
59.	Ninguém se preocupa com o que pode acontecer aos outros	X	F
60.	Não censuro uma pessoa que se aproveita de outra se esta deixar	X	F
61.	Há alturas em que me sinto cheio de energia	X	F
62.	A minha vista não tem enfraquecido	X	F
63.	Raramente sinto barulhos ou zumbidos nos ouvidos	X	F
64.	Numa ou em várias alturas da minha vida senti que alguém tentava hipnotizar-me	V	X
65.	Às vezes sinto-me cheio de alegria sem nenhuma razão especial	V	X
66.	Mesmo quando estou ao pé de outras pessoas sinto-me só a maior parte do tempo	X	F
67.	Julgo que quase toda a gente é capaz de mentir para se livrar de uma situação desagradável	V	X
68.	Sou mais sensível que a maioria das pessoas	X	F
69.	Às vezes o meu espírito parece que trabalha mais devagar do que de costume	X	F
70.	As pessoas desiludem-me muitas vezes	X	F
71.	Tenho abusado das bebidas alcoólicas	V	X

ANEXO C

Sessões ilustrativas - Caso Clínico A

2ª Sessão | 5 de março de 2013

Esta sessão ficou marcada essencialmente pela reestruturação do pensamento e holding emocional. O aspeto do Fábio, quando entrou no gabinete, era de semblante carregado, com alguma rigidez corporal e com reduzido contato visual.

Foi necessário algum tempo, até que este começasse a explicar exatamente o que sentia, tendo mesmo ocorrido alguns momentos de silêncio, o que demonstra dificuldades em expressar as suas emoções e sentimentos.

Eis alguns excertos dessa mesma sessão:

Ψ – Então Fábio como se sente?

Silêncio...

F – Não estou bem, nada mesmo... Estou bastante deprimido.

Ψ – O que é isso de estar deprimido?

F – Estou triste, muito triste. Estou de cabeça perdida. Já há vários dias que ando com ideias de pôr um lençol ao pescoço e acabar com este sofrimento.

Ψ – O que é que o leva a esse sofrimento?

F – Ninguém me liga, já viu? Estou bastante triste, porque nunca tenho visitas. Nem imagina o quanto é mau chegar o dia das visitas, ver os outros a receber familiares ou amigos e eu nada...

Ψ – Eu compreendo, Fábio, mas você sabe que não é fácil para a sua família deslocar-se aqui ao hospital, principalmente porque fica bastante caro. O Fábio foi o primeiro a dizer-me isso. Além disso, este assunto não é razão para o levar a pensamentos tão radicais. O Fábio aguentou até aqui, e portanto vai aguentar o resto do tempo da pena.

F – Eu sei, mas queria tanto que algum deles viesse cá. Ao princípio, o meu irmão vinha cá, mas agora nem as chamadas atende...

Ψ – Bom, pode acontecer que esteja no emprego e não possa atender... Os seus familiares têm uma vida lá fora e por mais que pensem em si, na maioria das vezes não agem como tal.

F – Ah, mas eu penso neles...

Ψ – Acredito... O Fábio está mais disponível para isso do que eles, e portanto é natural que o faça com maior regularidade.

F – Pode ser, mas não acredito. Para eles é muito fácil, estão lá fora a viver as suas vidinhas e um gajo fica para aqui abandonado. O que mais receio, é que não permitam que eu vá de precária, por causa de não ter uma casa e família para me receber...

Ψ – Compreendo que essa seja uma grande preocupação para si.

F – Ah, pois é... Eu já só penso nisso.

Ψ – Mas, como sabe, a cedência da saída precária é uma preparação para a liberdade. Logo, a questão de ter família para o acolher é valorizada, assim como outras situações também o são.

F – Mas eu nunca tive castigos cá dentro, nem nada...

Ψ – Pois, ainda bem que assim foi, mas não é suficiente. É importante, mas não é suficiente... O mais importante agora é você provar que merece que esse processo seja iniciado e se não tiver hábitos de trabalho, vai ser muito mais difícil. O Fábio precisa provar que está apto a viver lá fora e isso passa por ter uma ocupação laboral.

F - Eu estou apto a viver lá fora. Porque é que não havia de estar?

Ψ – Porque é que o Fábio acha que está apto?

J – Antes de vir dentro, eu vivia sozinho e governava-me bem. Agora iria ser igual.

Ψ – Mas vai ser preciso algum esforço da sua parte

Fábio ficou algum tempo em silêncio, de olhos fixados no chão. Após algum tempo, prossegui com a sessão:

Ψ – É perfeitamente normal que esteja a sofrer, uma vez que a que a situação de recluso o afasta da sua família e amigos.

F – Nunca ninguém gostou de mim. Eu nunca devia ter nascido. Porque é que a minha mãe não me matou logo? Porque é que o meu pai não me levou com ele? A minha vida é uma desgraça e o meu futuro é muito incerto.

Ψ – O que interessa é que o Fábio está aqui, tem uma vida lá fora à sua espera e eu estou aqui para o apoiar nesta caminhada. Tem que ser o Fábio a lutar pela sua vida, por si mesmo e não ficar à espera que os outros o façam por si.

Até ao final da sessão, foi criado um ambiente acolhedor e de contenção, para que o paciente pudesse projetar todos os seus conteúdos perturbadores.

11ª Sessão | 24 de junho de 2013

Fábio surgiu na sessão com muita raiva e grande irritabilidade, pelo que a sessão decorreu principalmente em torno da situação que o deixou neste estado. Da observação efetuada, pode verificar-se que o paciente se encontrava bastante agitado. Além disso, o seu aspeto transparecia poucos cuidados de higiene, nomeadamente ao nível do seu vestuário.

Assim que nos sentámos, começou logo a falar de tal forma, que mal o entendia, pelo que tentei colocar alguma ordem na sessão:

Ψ – Fábio, vamos falar com mais calma... O que é que se passou para o irritar desta maneira?

F – Olhe, andaram para aí a dizer que o lugar do bar seria para mim, quando o Joaquim fosse embora e vai-se a ver já lá puseram outro. É sempre assim, já quando foi da biblioteca, também me prometeram que eu ia para lá e nada.

Ψ – O que é que o leva a pensar dessa maneira?

F – Então, são sempre os outros os escolhidos... É sempre o mesmo... nunca fazem nada por mim.

Ψ – Nunca fazem nada por si... O Fábio espera sempre que sejam os outros a fazer algo por si?

F- Se não me ajudarem, eu não vou a lado nenhum. Porque é que não me deram o lugar do Joaquim?

Ψ – Nós já tínhamos falado sobre este assunto. E ambos sabíamos que as hipóteses de o Fábio conseguir este lugar eram bastantes escassas.

F – Porquê? Não sei o que é que quer dizer com isso. Estão com medo que eu roube, é? Já no tempo do Joaquim, eu dava uma ajuda lá no bar e havia sempre quem falasse mal de mim. Parece que não querem ver um gajo a melhorar.

Ψ – Não tem nada a ver com isso, Fábio. Você sabe que, a principal razão porque não o deixam ir para aquele lugar, tem a ver com algumas características suas, como por exemplo em termos de higiene, que são essenciais para alguém que está a lidar com alimentos.

F – Isso não pode ser... Andam sempre a dizer que eu não tomo banho... mas eu tomo...

Ψ – Oh Fábio, parece que está muito insatisfeito com o hospital. Já pensou que talvez este não seja o EP correto para si?

F – Não, claro que é... quero ficar aqui. Estou farto de ouvir dizer que aquilo lá é pesado, que é muito diferente daqui. Nem sei se a minha cabeça aguentaria.

Ψ – O que o leva a responder dessa maneira? No EP de Leiria, teria a hipótese de estar mais próximo de pessoas da sua idade, podia voltar a estudar e quem sabe fazer algum curso profissional. Era bastante importante que o Fábio aprendesse uma profissão, que lhe permitisse a sua sustentação quando um dia sair da prisão...

F – Já pensei muitas vezes nisso, mas não sei.

Ψ – Tudo o que o hospital tinha para lhe oferecer, já lhe ofereceu... Agora a vida futura depende unicamente de si...

F – Eu sempre quis estudar...bem e continuo a querer... mas estudar no EP de Leiria? Não serve de nada... Não tem...

Ψ – Equivalência?

F – Isso mesmo...

Ψ – Tem, sim. Se por exemplo o Fábio fizer o 12º ano ou algum curso profissional, no EP de Leiria, é-lhe dado um certificado de frequência desse mesmo curso.

Fábio mostrou-se bastante renitente quanto a esta mudança na sua vida, mas o paciente tem de ser trabalhado neste sentido, pois a permanência no HPSJD é apenas uma situação temporária.

ANEXO D

Provas psicológicas – Caso Clínico B

ATÉ QUE PONTO FOI PERTURBADO PELOS SEGUINTE SINTOMAS	Nunca	Pouco	Moderada- mente	Bastante
	0	1	2	3
29. Sentir-se só				×
30. Sentir-se triste				×
31. Preocupado em demasia			×	
32. Não ter interesse por nada				×
33. Sentir-se amedrontado			×	
34. Melindrar-se facilmente		×		
35. Ter a impressão que as outras pessoas conhecem os seus pensamentos	×			
36. Sentir que os outros não o compreendem ou não vivem os seus problemas			×	
37. Sentir que as outras pessoas não são suas amigas ou não gostam de si			×	
38. Fazer as coisas muito devagar para ter a certeza que ficam bem feitas				×
39. Palpitações ou batimentos rápidos do coração		×		
40. Vontade de vomitar ou mal estar no estômago	×			
41. Sentir-se inferior aos outros		×		
42. Sentir dores nos músculos			×	
43. Sentir que é observado ou comentado pelos outros			×	
44. Dificuldades em adormecer			×	
45. Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz				×
46. Dificuldades em tomar decisões		×		
47. Medo de viajar de autocarro, metro ou comboio			×	
48. Dificuldades em respirar (sensação de falta o ar)	×			
49. Afrontamentos ou calafrios	×			
50. Evitar certos lugares ou actividades porque lhe causam medo				×
51. Sensação de cabeça vazia				×
52. Adormecimentos ou picadas (formigueiros) no corpo		×		
53. Nó na garganta			×	
54. Sentir-se sem esperança perante o futuro			×	
55. Dificuldades de concentração		×		
56. Sensações de fraqueza em algumas partes do corpo				×
57. Sentir-se tenso ou aflito		×		
58. Sentir as pernas ou os braços pesados		×		
59. Pensar na morte ou que vai morrer				×
60. Comer demais		×		
61. Não se sentir à vontade quando é observado ou falam a seu respeito				×
62. Ter pensamentos que não são os seus próprios	×			
63. Ter impulsos de bater, ofender ou ferir alguém	×			

ATÉ QUE PONTO FOI PERTURBADO PELOS SEGUINTE SINTOMAS	Nunca	Pouco	Moderada- mente	Bastante
	0	1	2	3
64. Acordar muito cedo de manhã				×
65. Ter de repetir várias vezes as mesmas acções, como tocar, contar ou lavar-se	×			
66. Sono agitado ou perturbado				×
67. Ter impulsos para destruir ou partir as coisas		×		
68. Ter pensamentos ou crenças que os outros não partilham				×
69. Sentir-se muito embaraçado junto a outras pessoas			×	
70. Sentir-se mal no meio de multidões, como em lojas ou no cinema			×	
71. Sentir que tudo constitui esforço		×		
72. Ataques de terror ou de pânico		×		
73. Sentir-se pouco à vontade quando come ou bebe em lugares públicos			×	
74. Envolver-se frequentemente em discussões	×			
75. Sentir-se nervoso quando fica só	×			
76. Sentir que as pessoas não dão o devido valor às suas capacidades			×	
77. Sentir-se sozinho mesmo quando está com pessoas		×		
78. Sentir-se tão desassossegado que não consegue manter-se sentado ou quieto				×
79. Sentir-se sem préstimo ou sem valor			×	
80. Ter a sensação que algo de mau lhe está para acontecer		×		
81. Gritar ou atirar coisas				×
82. Medo de desmaiar em público			×	
83. Ter a impressão que se deixasse as outras pessoas se aproveitariam de si			×	
84. Ter pensamentos acerca do sexo que o incomodam bastante		×		
85. Ter a ideia que deveria ser castigado pelos seus pecados				×
86. Pensamentos ou imagens de natureza assustadora			×	
87. Ter a ideia que algo grave está a acontecer no seu corpo		×		
88. Nunca se sentir "próximo" de outra pessoa		×		
89. Sentimentos de culpa				×
90. Ter a ideia que alguma coisa não regula bem na sua mente		×		

Jocão
14/2/13

MINI-MULT

Nestas folhas encontram-se várias frases. Pedimos-lhe que responda **VERDADEIRO** ou **FALSO** a cada uma delas.

Se a sua resposta for **VERDADEIRO** faça um círculo à volta da letra **V**.

Se a sua resposta for **FALSO** faça um círculo à volta da letra **F**.

Não demore muito tempo entre uma resposta e a seguinte e dê todas as respostas por ordem.

1.	Tenho bom apetite	V	F
2.	Quase sempre acordo bem disposto	V	F
3.	A minha vida de todos os dias está cheia de coisas que me interessam	V	F
4.	Trabalho num estado de grande tensão nervosa	V	F
5.	Às vezes penso em coisas demasiado indecentes para poder falar delas	V	F
6.	Raramente tenho prisão de ventre	V	F
7.	Há alturas em que desejo muito deixar a minha casa	V	F
8.	Algumas vezes tenho crises de riso ou de choro que não consigo impedir	V	F
9.	Sofro de náuseas e vômitos	V	F
10.	Parece que ninguém me compreende	V	F
11.	Às vezes apetece-me praguejar	V	F
12.	Tenho pesadelos quase todas as noites	V	F
13.	Tenho dificuldade em fixar a atenção quando trabalho ou quando estou ocupado	V	F
14.	Tenho passado por coisas muito especiais e esquisitas	V	F
15.	Se os outros tivessem querido, com certeza eu teria tido mais sorte	V	F
16.	Numa certa altura da minha infância aconteceu-me roubar pequenas coisas	V	F
17.	Tenho tido períodos (dias, semanas, meses) durante os quais nada pude fazer bem feito, porque não conseguia tomar atenção a nada	V	F
18.	O meu sono é agitado e incómodo	V	F
19.	Quando estou ao pé de outras pessoas sinto-me contrariado porque ouço coisas esquisitas	V	F
20.	A maior parte das pessoas que me conhecem gostam de mim	V	F
21.	Muitas vezes sou obrigado a receber ordens de pessoas que sabem menos que eu	V	F
22.	Gostava de ser tão feliz como os outros parecem ser	V	F
23.	Acho que muitas pessoas aumentam as suas desgraças só para receberem a simpatia e a ajuda dos outros	V	F

24.	As vezes fico furioso	<input checked="" type="checkbox"/>	F
25.	Acho que tenho pouca confiança em mim	V	<input checked="" type="checkbox"/>
26.	Nunca reparei que os meus músculos estremeçam ou tremam duma maneira incómoda ou estranha	<input checked="" type="checkbox"/>	F
27.	A maior parte das vezes tenho a impressão de que fiz qualquer coisa mal ou desastrada	<input checked="" type="checkbox"/>	F
28.	Sinto-me quase sempre feliz	V	<input checked="" type="checkbox"/>
29.	Há pessoas que são tão autoritárias que tenho vontade de fazer o contrário do que elas dizem, mesmo que eu tenha a certeza que elas têm razão	<input checked="" type="checkbox"/>	F
30.	Tenho a impressão de que os outros tentam prejudicar-me	<input checked="" type="checkbox"/>	F
31.	Acho que todas as pessoas são capazes de usar meios pouco honestos para ganhar qualquer coisa ou qualquer vantagem em vez de perderem	<input checked="" type="checkbox"/>	F
32.	Tenho muitas vezes problemas com o meu estômago ou os meus intestinos	<input checked="" type="checkbox"/>	F
33.	Muitas vezes não percebo porque sou brusco e rabugento	<input checked="" type="checkbox"/>	F
34.	Às vezes os meus pensamentos andam tão depressa que não consigo contá-los	<input checked="" type="checkbox"/>	F
35.	Estou convencido de que tenho na minha casa uma vida familiar tão agradável como a maior parte das pessoas que eu conheço	V	<input checked="" type="checkbox"/>
36.	Às vezes sinto que não sirvo para nada	<input checked="" type="checkbox"/>	F
37.	Nos últimos anos tenho gozado, geralmente, de boa saúde	<input checked="" type="checkbox"/>	F
38.	Há alturas em que faço coisas sem saber mais tarde o que fiz realmente	<input checked="" type="checkbox"/>	F
39.	Acho que muitas vezes tenho sido castigado sem razão	<input checked="" type="checkbox"/>	F
40.	Nunca me senti tão bem como agora	V	<input checked="" type="checkbox"/>
41.	Não me importo com o que os outros pensam de mim	<input checked="" type="checkbox"/>	F
42.	Acho que tenho boa memória	V	<input checked="" type="checkbox"/>
43.	Para mim é difícil começar uma conversa quando encontro pessoas que não conheço	<input checked="" type="checkbox"/>	F
44.	Muitas vezes sinto um estado de fraqueza geral	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
45.	Tenho muito poucas vezes dores de cabeça	<input checked="" type="checkbox"/>	F
46.	Não acho difícil conservar o equilíbrio quando ando	<input checked="" type="checkbox"/>	F
47.	Não gosto de toda a gente que conheço	<input checked="" type="checkbox"/>	F
48.	Há pessoas que tentam aproveitar-se das minhas ideias e dos meus pensamentos	<input checked="" type="checkbox"/>	F
49.	Gostava de não ser envergonhado	V	<input checked="" type="checkbox"/>
50.	Estou convencido que os meus pecados não podem ser perdoados	<input checked="" type="checkbox"/>	F
51.	Preocupo-me muitas vezes com coisas que não são muito importantes	<input checked="" type="checkbox"/>	F
52.	Os meus pais muitas vezes criticam as pessoas com quem me dou	<input checked="" type="checkbox"/>	F
53.	Às vezes acontece-me dizer um pouco mal dos outros	V	<input checked="" type="checkbox"/>
54.	Há momentos em que tenho a impressão de que o meu espírito trabalha melhor do que é costume	<input checked="" type="checkbox"/>	F
55.	Quase nunca senti palpitações e raramente me falta o fôlego	<input checked="" type="checkbox"/>	F
56.	Fico furioso com facilidade mas esqueço-me depressa	V	<input checked="" type="checkbox"/>
57.	Tenho alturas em que estou tão nervoso que sou incapaz de estar sentado numa cadeira	<input checked="" type="checkbox"/>	F

~

58.	Os meus pais e os meus amigos acham que eu tenho mais defeitos do que realmente tenho	<input checked="" type="checkbox"/>	F
59.	Ninguém se preocupa com o que pode acontecer aos outros	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
60.	Não censuro uma pessoa que se aproveita de outra se esta deixar	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
61.	Há alturas em que me sinto cheio de energia	<input checked="" type="checkbox"/>	F
62.	A minha vista não tem enfraquecido	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
63.	Raramente sinto barulhos ou zumbidos nos ouvidos	<input checked="" type="checkbox"/>	F
64.	Numa ou em várias alturas da minha vida senti que alguém tentava hipnotizar-me	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
65.	As vezes sinto-me cheio de alegria sem nenhuma razão especial	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
66.	Mesmo quando estou ao pé de outras pessoas sinto-me só a maior parte do tempo	<input checked="" type="checkbox"/>	F
67.	Julgo que quase toda a gente é capaz de mentir para se livrar de uma situação desagradável	<input checked="" type="checkbox"/>	F
68.	Sou mais sensível que a maioria das pessoas	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
69.	As vezes o meu espírito parece que trabalha mais devagar do que de costume	<input checked="" type="checkbox"/>	F
70.	As pessoas desiludem-me muitas vezes	<input checked="" type="checkbox"/>	F
71.	Tenho abusado das bebidas alcoólicas	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

ANEXO E

Sessões ilustrativas – Caso Clínico B

2ª Sessão | 7 de março de 2013

João chegou à sessão com um ar abatido e a arrastar os pés no chão como se o corpo lhe estivesse a pesar imenso. Enquanto esteve na sessão, cruzou os braços em cima da mesa, apoiando o queixo, em cima destes, de vez em quando.

Questionado sobre como se encontrava, este respondeu que se sentia profundamente triste, que nem lhe apetecia estar com os outros reclusos na enfermaria. Perguntei se havia uma razão específica para estar tão triste, tendo este respondido que “é mesmo assim... há dias melhores e dias piores...”.

Mencionou estar bastante perturbado por lhe mexerem nos seus pertences, mas tem noção que esta é uma situação incontornável, visto que estão todos num espaço circunscrito e são todos muito diferentes entre si. Sabe que está rodeado de pessoas muito diferentes daquelas que até então faziam parte da sua vida, as quais o valorizavam e o compreendiam.

Tendo em vista conhecer um pouco mais da sua história passada, pedi que me falasse um pouco da sua infância:

J – A minha infância foi normal...

Ψ – O que é que considera normal?

J – Então, é o que é comum... Na verdade, é uma forma de expressão. Lá em casa nunca houve grande afetividade.

Ψ – E isso parece-lhe normal?

J – Não, agora não. Mas, na época parecia mais natural.

Ψ – Porque é que sente que não havia muita afetividade?

J – A minha mãe sempre teve muitos problemas de depressão, tendo inclusive tentado cometer suicídio por várias vezes. Ela levava o dia todo deitada na cama ou a choramingar pela casa. E eu, ficava lá por casa, de um lado para o outro.

Ψ – Frequentou alguma creche?

J – Não, não valia a pena. Os meus pais tinham a possibilidade de estar comigo em casa. Mas era o mesmo que não estarem, visto que em casa ninguém brincava comigo. Foi coisa que nunca entendi, até porque nenhum deles saía para trabalhar fora de casa, por isso haviam de ter tempo para estar comigo. Mas não, parecia que nem me viam. Cada um vivia a sua vida.

Ψ – Como é que se sentia o João?

J – Sentia-me sozinho. Fui sempre uma criança triste, talvez por falta do tal afeto. Além disso, não me lembro de ter tido colo dos meus pais ou de ter recebido deles uma palavra mais carinhosa.

Ψ – Quando a sua mãe tentou cometer suicídio, o João presenciou alguma dessas situações ou foi-lhe apenas relatado?

J – Recordo-me pelo menos de uma vez, quando ela tomou demasiados comprimidos e foi encontrada desmaiada na cama. Levaram-na para o hospital e ficou internada durante uns dias. Este tipo de situação aconteceu mais vezes, mas esta é aquela de que melhor me lembro. Por causa de uma destas situações, fui passar uns dias a casa de uns tios, da parte da minha mãe. Foi nessa altura que descobri que era comum festejar o Natal em casa das pessoas, pois na nossa casa nunca se festejou o Natal. Eu não sabia que se enfeitavam assim as casas e sabia lá que se punham árvores de natal em casa. Nunca tinha havido uma árvore de natal enfeitada lá em casa.

Ψ – Qual foi a sua sensação?

J – Desagradável... talvez de raiva. Como podiam ter feito aquilo a uma criança? Todos nós gostamos de festejar o Natal e toda aquela envolvência. O meu filho adora...

Ψ – Depois deste episódio, questionou os seus pais?

J – Sim, fiz mais do que isso. A partir daquele ano, exigi que passássemos a festejar essa quadra lá em casa. Bom, se é que se pode chamar áquilo festejar. Na verdade,

enfeitávamos a casa e mais nada. Não passou a ser uma quadra mais alegre, só porque se enfeitava a casa.

Ψ – Como é que uma criança se sente perante tal situação?

J – Penso que se sente mal, claro. Hoje já não faz tanta moossa, mas naquela altura, faço ideia, devo ter ficado todo baralhado e ainda mais triste do que já era. Mas, mais tarde, a vida deu-me tudo aquilo que eu quis.

Ψ – Ah, sim? Especifique.

J – Sim... antes de acontecer este percalço na minha vida... eu era apenas membro do Moto Clube de Alverca, mas já fui o presidente, aliás... eu fui o melhor presidente até hoje.

Ψ – O que é que o leva a dizer isso?

J – Porque todos os grandes empresários ligados ao Moto Clube assim o diziam. Quando deixei de ser presidente, as pessoas deram logo conta disso. Bom, mas não foi qualquer um a comentar isso, claro. Foram pessoas com quem me relacionava... pessoas de bem. E isso para mim, é muito importante.

Ψ – Sim, já me apercebi disso, João.

J – O meu filho adorava quando eu era presidente. Dizia que eu era o ídolo dele.

Ψ – E isso para si também é importante... Ser adorado, seja pelo seu filho ou pelas outras pessoas que o rodeiam...

J – Claro, uma pessoa sente-se bem.

Ψ – O João tem uma boa relação com o seu filho?

J - Sim, sim. Tem vindo visitar-me sempre. Mas eu sou exigente para ele.

Ψ – Como assim?

J – Estou sempre a dizer-lhe que tem de ser o melhor da turma, até porque sei que é o melhor para ele.

Ψ – Porque é que é tao importante que o seu filho seja o melhor da turma?

J – Porque é o melhor para ele.

Ψ – Ou é o melhor para si?

J – Bom, para mim também. Então não queremos o melhor para os nossos filhos? Só quero é que ele vá longe na vida.

Ψ – Para o João se sentir bem...

J – Também, mas para ele ter uma vida boa... Também já lhe disse para ele ter cuidado com a alimentação, pois ele também tem tendência para engordar, por isso estou sempre a alertá-lo.

Ψ – A imagem é algo muito importante para si...

Ainda durante esta sessão, foi notório que o João continua preso a falsas imagens de si mesmo, principalmente em imagens de grandiosidade e megalomania, tentando compensar a imensa fragilidade outrora vivida. Além disso, projeta no seu filho uma necessidade sentida, que nunca foi satisfeita.

3ª Sessão | 14 de março de 2013

João surge na sessão com aspeto enfraquecido, de ombros caídos, dando a impressão de ter emagrecido desde a última sessão. Questionado sobre como se sentia, respondeu que não tem estado nada bem.

J - Na maior parte dos dias, a minha vontade é simplesmente morrer. Sabe, eu estou só à espera da minha condenação e quando for para um EP acabo logo comigo. Que sentido tem a vida para mim?

Ψ – Compreendo que seja terrível pensar nesse assunto dessa maneira. Mas tem noção do sofrimento que iria causar ao seu filho? É que aí a responsabilidade do sofrimento dele é inteiramente sua.

J – Ele sofre durante um tempo e esquece...

Ψ – Seja muito ou pouco tempo, será sempre o João o responsável por tal sofrimento e não me parece que queira vê-lo sofrer mais ainda. Compreendo que, na sua atual situação, o desespero seja imenso e que não encontre motivos para viver. Mas estes

existem e ambos sabemos quais são. Não pode deixar esta desesperança ganhar terreno.

J - Não sei... Só sei que o desespero é grande e estas ideias passam pela cabeça todos os dias e todas as horas.

Durante o restante tempo da sessão foi necessário compreender se tinha ocorrido algum evento precipitante. No entanto, segundo o paciente teria sido toda a sua condição atual a fazê-lo ter tais pensamentos.

Antes de se ausentar, João referiu que se sentia mais tranquilo, pois tinha sido benéfico falar sobre o assunto, que tanto o atormentou nos últimos dias.

8ª Sessão | 14 de maio de 2013

Quando João surgiu nesta sessão, apresentava-se muito lentificado e com sinais de fraqueza física. Começou por referir que tem tido alterações de sono, nomeadamente insónias.

Depois de referidos estes pormenores, questionei o paciente:

Ψ – Há algum assunto em particular de que pretenda falar?

J – Não, podemos falar de qualquer coisa...Faz-me bem falar das coisas que costumamos falar. Vou mais leve...

Ψ – Muito bem. Então, hoje podíamos começar por falar sobre a sua adolescência. Como foi passar por esta fase?

J – Esta fase da minha vida foi muito agitada. Como já lhe tinha dito, a integração na escola não foi fácil, e quando as coisas melhoraram nesse sentido, o rendimento escolar continuava mal. Os meus pais entendiam que eu não tinha competência para fazer nada e muito menos para estudar. Então, com 16 anos, ainda estava no 6º ano e para cúmulo, comecei a consumir drogas, principalmente heroína, e a minha vida passou a ser completamente diferente. Por um lado, trouxe problemas com os meus pais, mas por outro tornou-me muito mais desinibido e com menos problemas em falar com toda a gente.

Ψ – Foi a forma que encontrou para ser aceite pelos seus amigos?

J – Quem sabe... Hoje, se pudesse voltar atrás, nunca o teria feito, mas quando somos novos, não pensamos.

Ψ – Como é que os seus pais reagiram a esta situação? Eles sabiam que o João era consumidor de drogas?

J – Sabiam...e reagiram mal, aliás, como quaisquer outros pais. Se fosse comigo, nem sei o que faria. Principalmente a minha mãe reagiu muito mal. Se já era deprimida, mais deprimida ficou. Andava sempre a dizer-me que não merecia tal vida.

Ψ – E o seu pai? Quase não falou nele...

J – O meu pai já faleceu há quatro anos, com um AVC.

Ψ – Que idade tinha o seu pai quando faleceu?

J - Tinha 60 anos.

Ψ – Como vivenciou a morte do seu pai?

J – O meu pai foi um caso muito especial. Para lhe dizer a verdade, ninguém na família sofreu muito com a sua morte. Não era fácil lidar com ele. Acredite que, mesmo doente era bastante mauzinho para nós, não que nos agredisse fisicamente, mas tinha grandes acessos de cólera. De certa forma, senti uma espécie de alívio pela morte dele. Mas ainda vivi uma situação ainda mais difícil depois de ele morrer. Como foi cremado, por vontade própria, tive que levar as cinzas dele até Abrantes, para serem depositadas na sua terra natal. Ir ali com aquilo no carro. Oh, pá, que mau...

Ψ – O que é que sentiu nessa altura?

J – Desconforto, porque ele continuava ali mesmo depois de morto.

Ψ – A sua mãe acompanhou-o nessa tarefa?

J – Sim. Ela ainda conhece pessoas lá em Abrantes e portanto pediu ajuda para esta situação.

Ψ – Retornando ainda à adolescência, gostaria de saber se a questão da obesidade já se fazia sentir nessa altura?

J – A obesidade começou muito mais cedo. Já em miúdo eu era gordo. Mas, claro, foi pior na adolescência, porque nessa altura fui alvo de preconceito e discriminação. O pior de tudo era ser constantemente tratado por gordo assim, gordo assado. Eu sabia que era gordo, mas não gostava nada daquele tratamento.

Ψ – O que é que o fazia sentir?

J – Às vezes sentia raiva por eu ser assim, mas também pelo facto de os outros terem aqueles comportamentos. Mesmo assim, sempre tive muitos amigos e namoradas. Nunca me faltaram namoradas, recordo-me de ter tido a menina mais cobiçada da escola. Andavam todos atrás dela e foi comigo que ela ficou. E tinha aquelas que eu quisesse, era só eu querer.

Ψ – Isso era importante para si?

J – Claro que sim. É bom saber que gostam de nós, principalmente quando somos gordos e gozados por toda a gente.

Ficou ainda evidente nesta sessão, que as referidas namoradas tinham que estar dispostas a aceitar as suas ideias, tornando estas relações muito fugazes. Além disso, o paciente salientou ainda que os outros colegas sentiam muita inveja dele, embora não assumissem, dado que este conseguia relacionar-se com todas as raparigas que queria.

11ª Sessão | 4 de junho de 2013

João apresenta-se na consulta com o semblante carregado e com aspeto cansado. As suas mãos apresentavam manchas vermelhas, que o João justificou como sendo eczema, que se desenvolve em situações de maior ansiedade.

Afirma que tem tido imensa dificuldade em adormecer, seja de dia ou de noite. Além disso, perturba-o o facto de os outros conseguirem dormir todo o dia e mesmo assim conseguirem dormir de noite. Acrescentou ainda que enquanto os outros dormem, ele pensa na sua vida.

Ψ – Pensa em quê?

J – No que vai ser a minha vida daqui para a frente. Sei perfeitamente que vou apanhar uma pena enorme, alguns vinte anos, por isso o que vai ser de mim?

Ψ – O João tem de viver um dia de cada vez.

J – Sim, eu sei, mas às vezes é difícil. Eu sei que tenho que cumprir esta pena. Fiz asneiras, agora tenho que pagar. E tudo porque aquela mulher me tirava do sério. As discussões eram sempre porque ela não se arranjava minimamente. Quando a conheci não era assim, era uma beleza.

Ψ – Para si, o que significa o belo?

J – Para mim, o belo significa a beleza de cada um de nós.

Ψ – Como é que se acha a si mesmo?

J – Acho-me uma pessoa interessante, claro que agora nem tanto, mas se me visse antes de vir para aqui... Sinto orgulho daquilo que fui. Nós não somos só beleza física. Essa é importantíssima, mas todo o resto que somos é também importante.

Ψ – Como por exemplo?

J – Depois de me divorciar da mãe do meu filho, envolvi-me com várias mulheres. Todas elas me procuravam pelo facto de eu ser um bom amante. Melhor dizendo, em termos de sexo, sou muito bom. Uma vez, no Moto Clube, esta minha companheira apanhou-me na casa de banho com uma. Se as coisas não andavam bem, aí pioraram. Mas o que é que havia de fazer? Recordo-me de esta mulher me ter dito que tinha levado todo o dia a olhar para mim, até que agiu.

Ψ – Se o João se acha uma pessoa interessante, porque é que a dada altura não pensou dessa maneira?

J – Bom, aí foi diferente. Não quer dizer que não gostasse de mim, mas a qualidade de vida era muito diferente e entendi que tinha de fazer qualquer coisa. Senti esse “clic” quando um dia estava na banheira a brincar com o meu filho e não me conseguia mexer, pois cheguei a pesar 160 quilos. Além disso, todos na rua ou no supermercado olhavam para mim e não era bom o que pensavam de mim.

Ψ – O que pensa que os outros pensavam sobre si?

J – Pensavam que eu estava horrorosamente gordo e que a minha vida devia ser um suplício.

Ψ – Então, foi nesta altura que pensou fazer a cirurgia bariátrica?

J – Sim. Fui fazê-la ao Brasil, não pelo facto de não existir em Portugal, mas porque eu tinha de ser tratado pelos melhores médicos desta área, que na época se encontravam no Brasil. E como tinha dinheiro para tal, lá fui eu tratar deste assunto.

Ψ – E agora, sente-se bem com a sua imagem atual?

J – Claro, mas também é preciso ver que tenho menos 90 quilos em cima. Agora só precisava de tratar de recorrer à cirurgia estética, pois ainda há zonas do meu corpo que precisam de ser adaptadas à minha nova aparência. Tenho fotografias do tempo em que era obeso e a diferença é abismal.

Ψ – E costumava vê-las?

J – Nem por isso... Não é algo agradável de ver, nem de lembrar.

Ψ – Alguma vez pensou em deitá-las fora?

J – Não, isso também não.

Ψ – Então a cirurgia foi uma boa opção?

J – Claro que sim. Apenas notei que mudei em termos de temperamento, ou seja, desde essa altura, fiquei muito mais nervoso por tudo e por nada. Bom, mas antes disso do que ser gordo como eu era.

No restante tempo de sessão, João manifestou necessidade de que os outros vejam nele aquilo que ele mesmo vê, principalmente depois de toda a sua imagem alterada.

ANEXO F

Farmacologia

Farmacologia administrada ao Fábio

Antipsicótico	Haloperidol (na forma de uma injeção mensal)
Estabilizador do Humor	Valproato
Neuroléptico	Queatiapina
Ansiolítico	Diazepam
VIH	Vários fármacos

Farmacologia administrada ao João

Antidepressivo	Amitriptilina
Estabilizador do Humor	Ácido Valpróico
Neuroléptico	Queatiapina
Ansiolítico	Flurazepam

ANEXO G

Poster Congresso



Hospital Prisional S. João de Deus



Ana Luísa de Sousa Alves Rodrigues*

Dra. Dília Bom**

A Instituição



O Hospital Prisional São João de Deus (HPSJD) está situado no Concelho de Oeiras. A sua criação remonta a 1951, funcionando na dependência das antigas cadeias de Lisboa com a designação de Prisão-Hospital de S. João de Deus. Em 1962 foi inaugurado como estabelecimento autónomo, com a denominação que ainda hoje apresenta.

É um estabelecimento prisional (EP) com grau de complexidade de gestão e segurança elevados.

O HPSJD é um serviço externo da Direção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais, com a natureza de um estabelecimento prisional especial e sem autonomia administrativa.

SERVIÇOS

Serviço de Cirurgia, Serviço de Medicina, Serviço de Infeciologia, Serviço de Psiquiatria, Serviço de Consulta Externa.

ESPECIALIDADES CLÍNICAS

Anestesiologia, Cardiologia, Cirurgia Geral, Cirurgia Plástica Dermatologia, Estomatologia, Fisioterapia, Gastrenterologia, Infeciologia, Neurologia, Medicina Interna, Oftalmologia, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Psicologia e Psiquiatria. Prevê-se, a curto prazo, a existência da especialidade de Urologia.

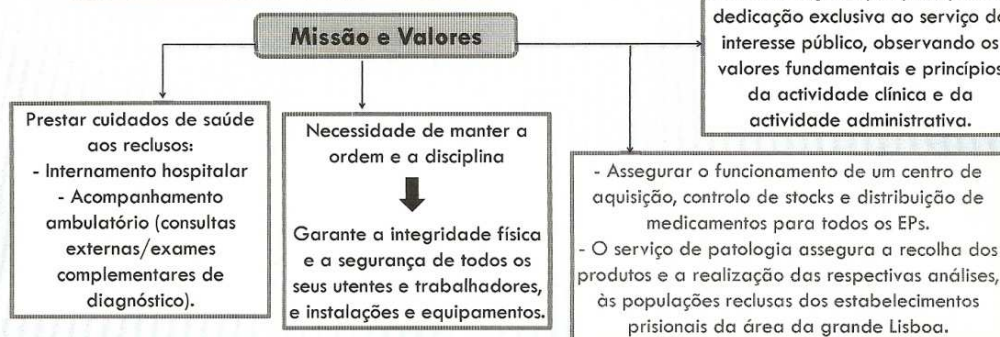


Serviço de Cirurgia



Pavilhão Clínico

O HPSJD rege-se por princípios de dedicação exclusiva ao serviço do interesse público, observando os valores fundamentais e princípios da actividade clínica e da actividade administrativa.



Papel do Psicólogo

- Promover o equilíbrio emocional do recluso, desempenhando o importante papel de continente das suas preocupações, frustrações, dores físicas e emocionais, situações de imobilidade, dependência e perdas.
- Proporcionar espaços de aconselhamento psicológico, visando abordar temáticas específicas.
- Acolhimento do recluso e familiarização com as regras do estabelecimento; plano de readaptação individual do recluso; acompanhamento durante o seu internamento; mediação dos contactos com a família do recluso.
- Promover *holding environment*, pois as contingências de um internamento hospitalar, acrescido à execução de uma medida privativa de liberdade, acabam por acarretar comportamentos de risco.
- Conhecimento das leis que regem a reclusão, pois faculta informações sobre a forma como a sociedade vê os reclusos, assim como possibilita compreender aquilo com que estes foram defrontados.
- Elaboração e aceitação da doença para conseguir uma melhor qualidade de vida, assim como diminuir o medo da morte e levar a preparação para o processo de morrer.

* Mestranda em Psicologia Clínica (Universidade Lusíada) ** Psicóloga Clínica - Orientadora de Estágio (HPSJD)

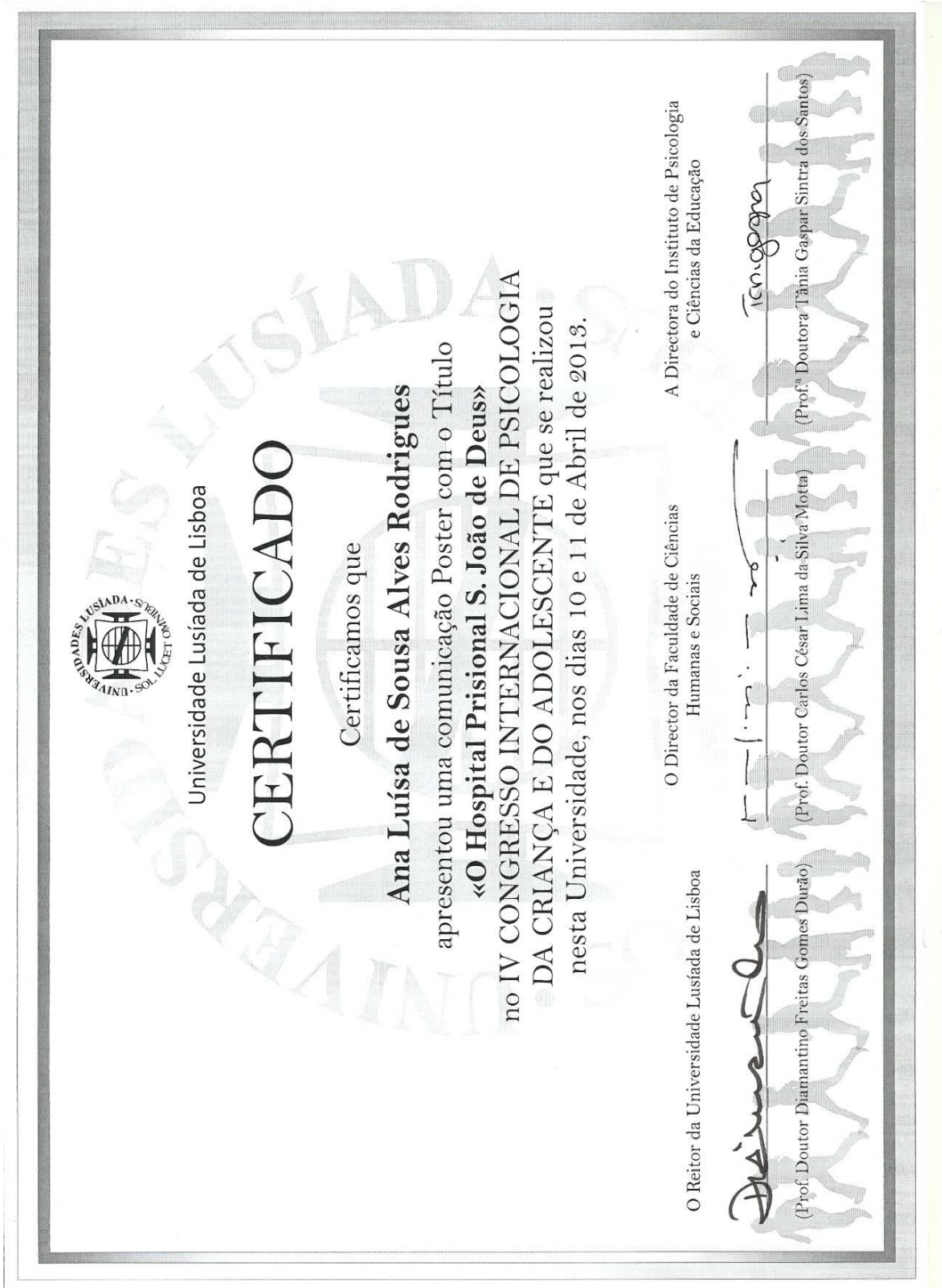
Referências

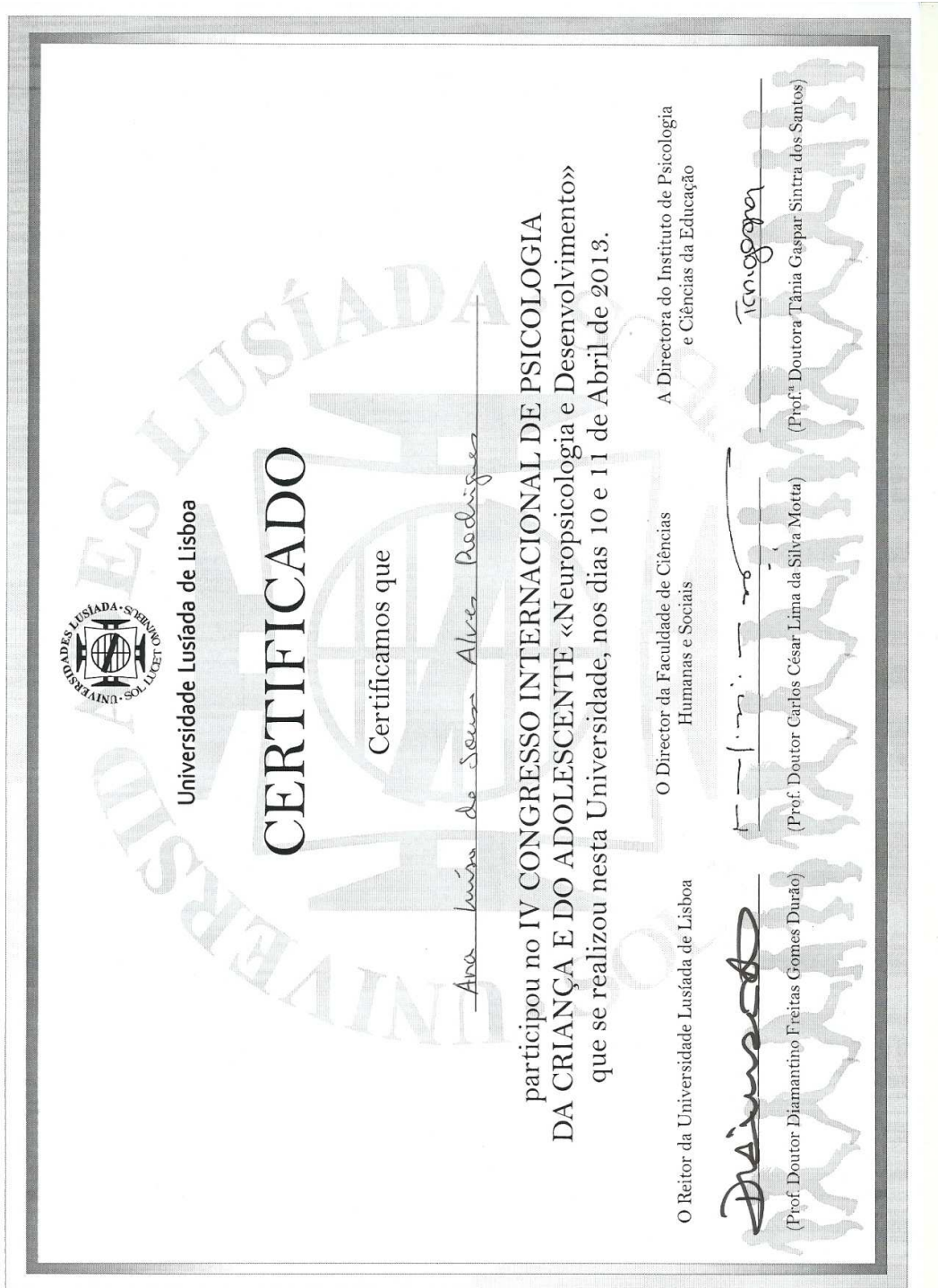
Ministério da Justiça (2010) Relatório de Actividades da Direcção Geral dos Serviços Prisionais (II). Disponível em http://www.dgsp.mj.pt/backoffice/Documentos/DocumentosSite/Rel_Actividades/Rel_Act_Vol_II.pdf

Gonçalves, R.A. (1993). Psicólogos no sistema jurídico-penal português: situação actual e perspectivas futuras. *Jornal de psicologia*, 11(1-2), 8-12. ISSN: 0870-4783

Agradecimentos

Dra. Dília Bom (HPSJD)
 Professora Doutora Luísa Gentil Carrilho (Univ. Lusíada)
 Prof. Doutora Tânia Gaspar (Univ. Lusíada)





ANEXO H

Atividade conjunta “Pensar, Agir e Sentir”

Proposta de Atividade Conjunta
Pensar, Agir e Sentir

Enquadramento

A atividade Agir, Pensar e Sentir segue a linha de intervenção do Teatro do Oprimido, um método da autoria do brasileiro Augusto Boal, o qual reúne exercícios, jogos e técnicas teatrais. Este autor pretendia que os meios de produção teatral chegassem às camadas mais desfavorecidas da sociedade e que a realidade fosse transformada através do diálogo.

Deste modo, após análise dos reclusos do Serviço de Psiquiatria, aferiu-se a necessidade de realizar um trabalho, não centrado na assistência e na carência, mas nas potencialidades endógenas que existem na própria pessoa. Este facto faz com que os indivíduos procurem soluções para os seus problemas, a partir de uma consciencialização autónoma e crítica.

Nesta atividade, foram igualmente consideradas as competências sociais, ou seja, comportamentos que se manifestam durante o relacionamento com os outros e que expressam sentimentos, atitudes, desejos, opiniões ou direitos da pessoa que os emite, de um modo adequado à situação. Estes comportamentos devem ser respeitados pelos outros e resolvem os problemas imediatos da situação, minimizando a probabilidade de futuros problemas.

As competências sociais são inerentes ao próprio indivíduo e dependem de alguns fatores relacionados com as suas origens e com o seu desenvolvimento infantil. Além disso, não são traços de personalidade, logo podem ser aprendidas e desenvolver-se mediante um treino sistemático e estruturado.

Interagir com outras pessoas requer uma série de ajustamentos constantes ao que elas estão a dizer ou a fazer, sendo necessário para isso observar e interpretar as situações sociais.

Intenção dos Dinamizadores

Os signatários propõem efetuar um Role-Play, visto ser um modelo de ensino que pertence à família das interações sociais, para que os reclusos tenham a possibilidade de compreender e observar os diferentes comportamentos e interações entre si.

Objetivo geral da atividade

Esta atividade tem como principal objetivo desenvolver competências sociais, tendo por base as características do público-alvo.

Pretende-se abranger doentes/reclusos de ambos os pisos, de forma a diversificar as reações à mesma.

O propósito é agir de forma errada, levando o público presente a pensar qual a melhor forma de agir e quais os sentimentos presentes numa situação similar.

Visto com interesse.
 Valorizo ainda por
 ser uma atividade
 conjunta.
 Solicito que me repor-
 tem posteriormente
 informação pertinen-
 te sobre o decorrer
 da iniciativa.

Dilcia Dom

2013/10/31/25

Descrição da atividade

1º **role-play** – Ausência de interação com o restante grupo.

Simulação de entrada num campo de basquete. Um dos intervenientes traz uma bola debaixo do braço e incentiva os presentes no referido campo a iniciarem um jogo. O outro interveniente senta-se a um canto e não interage com ninguém. É abordado no sentido de se juntar ao referido grupo, mas não aceita. Vão passar-se vários dias (com cartolina a indicar isso mesmo) e o registo mantém-se, pelo que se vai verificar o oposto do que se pretende, ou seja, o interveniente que costuma incentivar à atividade, vai baixar os braços e desistir, sentando-se ao lado do outro.

Objetivo específico

Incentivar os reclusos/pacientes a motivarem os companheiros a participarem em atividades de grupo, tentando perceber o que os leva a tal atitude.

2º **role-play** – Violência em contexto desportivo

Dois amigos estão prestes a assistir a um jogo de futebol, sendo estes adeptos de equipas contrárias. Inicialmente a situação está controlada, mas à medida que o jogo vai avançando, a discórdia instala-se. O diálogo entre ambos vai se tornando mais agressivo, até que um envereda pela violência física e o outro responde de igual forma.

Objetivo específico

Levar os reclusos/pacientes a pensarem na melhor forma de agir em casos de violência, levando-os a chegar ao conceito “respeito”.

Após cada um dos casos, os signatários abordam os presentes, aferindo se esta foi a melhor forma de agir perante tal situação. Aguardam-se respostas e convidam-se dois dos presentes para refazerem os papéis ali desempenhados.

Planeamento

- Arrumação prévia da sala;
- Reclusos entram e sentam-se;
- Os intervenientes entram em cena quando todos estiverem sentados.

Sugere-se que esta atividade conjunta tenha a sua apresentação na 3ª feira, dia 26 de Março, entre as 11:00H e as 12:00H.

Tendo em conta a escassez de tempo, poder-se-á apresentar apenas o 1º role-play, apresentando-se o 2º na semana seguinte.

Numa primeira fase, esta atividade será apresentada em conjunto, após o que será desenvolvida apenas pelo signatário, durante o restante período de estágio, envolvendo nesta reclusos previamente selecionados.

Caxias, 21 de Março de 2013


Ana Luísa Rodrigues


João Rosa